

**LE SCHÉMA DÉPARTEMENTAL  
2013 - 2015  
EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES**  
"Gérontologie : défis 2015"

## **PREAMBULE**

### **1<sup>ère</sup> partie : ETAT DES LIEUX**

#### **1. Le profil de la population âgée ligérienne**

- > Les données démographiques
- > Les principaux revenus des ménages
- > Les indicateurs de santé
- > Les conditions de vie

#### **2. L'APA, 10 ans après**

- > L'évolution du nombre de bénéficiaires
- > Le profil des bénéficiaires
- > Les causes d'entrée dans la dépendance au regard des pathologies
- > Le contenu des plans d'aide
- > L'impact budgétaire

#### **3. Les territoires**

- > Des bassins gérontologiques aux territoires de filières
- > La mobilité
- > L'environnement autour du domicile
- > L'offre de santé

#### **4. Une politique départementale dynamique**

- > L'adaptation de l'offre
- > La tarification
- > La qualité du service rendu
- > L'emploi
- > La prévention

## **LES GRANDS TEMOINS**

### **2<sup>ème</sup> partie : 4 DEFIS POUR 2015**

#### **DEFI 1 – Changer de regard sur les personnes âgées**

- > Action 1.1 – Promouvoir la parole des aînés avec l'appui du Coderpa
- > Action 1.2 – Promouvoir le « bien vieillir »
- > Action 1.3 – Favoriser la participation des personnes âgées à la vie sociale
- > Action 1.4 – Développer l'innovation à domicile
- > Action 1.5 – Réfléchir autour du projet de vie individualisé

#### **DEFI 2 – Adapter le parcours résidentiel des personnes âgées**

- > Action 2.1 – Améliorer la connaissance du parcours résidentiel
- > Action 2.2 – Labelliser l'offre de logements adaptés avec services : Habitat Loire Autonomie
- > Action 2.3 – Développer l'offre d'hébergement par appel à projet pour la création de petites unités de vie
- > Action 2.4 – Favoriser la mise en réseau des logements-foyers
- > Action 2.5 – Soutenir la démarche qualité

### **DEFI 3 – Soutenir l'entourage aidant**

- > Action 3.1 – Améliorer le repérage des proches aidants et de leurs besoins
- > Action 3.2 – Améliorer l'information auprès des proches aidants
- > Action 3.3 – Former les professionnels à l'évaluation des besoins des proches aidants
- > Action 3.4 – Intervenir auprès des aidants
- > Action 3.5 – Accompagner les porteurs de projets

### **DEFI 4 – Coordonner le champ de l'autonomie**

- > Action 4.1 – Poursuivre la mise en œuvre opérationnelle de la Maison Loire Autonomie
- > Action 4.2 – Déployer les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) sur l'ensemble du territoire
- > Action 4.3 – Se positionner au sein des filières gérontologiques
- > Action 4.4 – Structurer les nouvelles instances de coordination de l'autonomie
- > Action 4.5 – Proposer un accompagnement gradué

## PREAMBULE

Au carrefour des projections démographiques, des questions de santé publique, du développement de l'offre médico-sociale, de la politique d'aménagement du territoire, des enjeux de l'habitat et des nouvelles technologies, la gérontologie est devenue aujourd'hui **une question sociétale de premier ordre**.

### Un cadre juridique et institutionnel unique

Au cours des dernières années, le cadre juridique dans lequel s'inscrit l'accompagnement des personnes âgées a beaucoup évolué :

- > la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 qui confie aux départements un rôle premier dans le domaine de l'action sociale.
- > la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).
- > la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 créant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).
- > la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements accueillants les personnes âgées introduisant à côté des tarifs Hébergement et Soins une troisième source de financement, le tarif dépendance.
- > la volonté de structurer une action gérontologique de proximité affirmée en 2000 au travers du développement progressif des Comités Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC).
- > la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale précisant le processus d'autorisation, de contrôle, de tarification, d'évaluation pour les gestionnaires des établissements et services.
- > la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale venant clarifier notamment le statut des accueillants familiaux de personnes âgées et de personnes handicapées.
- > la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales positionnant le département comme le réel pilote de l'action sociale.
- > la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées instituant les maisons départementales pour personnes handicapées et la prestation de compensation du handicap.
- > la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne créant un droit d'option entre l'agrément délivré par les services de l'État et l'autorisation délivrée par le Conseil général.
- > la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- > Le plan national Alzheimer 2008-2012 faisant émerger les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA).
- > la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et création notamment des Agences Régionales de Santé (ARS).

Au cœur de ces réformes **le département s'est érigé comme acteur principal de la politique vieillesse de proximité** avec un champ de compétence qui n'a cessé d'évoluer : autorité compétente pour délivrer seule ou conjointement les autorisations de fonctionnement d'établissements et services sociaux ou médico-sociaux / service social de référence pour l'accueil, l'orientation et l'information des publics / équipe médico-sociale de proximité pour évaluer les besoins et élaborer des plans d'aide à domicile / financeur de prestations sociales dédiées à la vie à domicile ou en institution de personnes âgées en perte d'autonomie / coordonnateur de l'action sociale gérontologique par l'animation d'un réseau de partenaires / régulateur de l'offre médico-sociale par la planification et le contrôle de la qualité du service rendu aux usagers.

### Le financement de la dépendance en débat

Le grand débat national sur la dépendance conduit en 2011 a permis de mieux cerner les enjeux de la prise en charge du grand âge et de mettre en exergue certaines carences soulignées par les familles, les associations et les collectivités locales. Afin de préparer une réforme de la dépendance, il a été jugé nécessaire d'organiser quatre groupes de travail réunissant l'ensemble des acteurs du secteur et des experts du sujet pour traiter le thème de la dépendance sous tous ses aspects : sociétaux, démographiques, médicaux et financiers.

Conscients des restes à charge importants pouvant être supportés par les familles, les départements ont souligné à cette occasion leurs difficultés de gestion des prestations de solidarité – l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) tout particulièrement – confrontés à **un effet ciseau mesuré par une compensation des dépenses par l'État en baisse progressive, inversement proportionnelle aux dépenses départementales en forte accélération.**

### **Les efforts de la Loire pour maintenir une politique gérontologique dynamique**

Pendant la période 2008-2012 qui s'achève, le schéma du département de la Loire en faveur des personnes âgées a poursuivi quatre orientations prioritaires :

1. Assurer une offre de service de qualité, diversifiée, à domicile comme en établissement.
2. Construire une action gérontologique coordonnée.
3. Développer une prise en charge spécifique pour les personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée.
4. Promouvoir des solutions nouvelles et/ou alternatives.

Cette politique volontariste a été saluée en 2010 au niveau national par la remise du **premier prix des départements en faveur des aînés** et la labellisation en **pôle d'excellence territorial**, sous le patronage de Mme Nora BERRA alors Secrétaire d'État en faveur des aînés.

À cette occasion, 3 projets ont été valorisés par le Conseil général de la Loire :

- > la création du Diplôme universitaire « Innovation en gérontologie »
- > le développement du réseau Équilibre qui vise à prévenir le risque suicidaire chez le sujet âgé
- > la modélisation du pôle intergénérationnel de Rive-de-Gier qui allie à la fois une structure petite enfance à un accueil de jour Alzheimer

Ce concours dont le but était de détecter, de fédérer et de lancer les projets innovants autour du thème « les aînés au cœur de nos villes et de nos territoires » résume pleinement l'état d'esprit des acteurs de la Loire en faveur des personnes âgées.

Plus récemment, le Conseil général de la Loire a été invité à présider un groupe de travail national portant sur la bientraitance et à siéger au sein du Comité National pour la Bientraitance et des Droits afin d'identifier des propositions pour améliorer les pratiques des différents intervenants qui accompagnent les personnes âgées.

### **Une méthodologie atypique pour l'élaboration d'un schéma « transitoire »**

En 2007, l'élaboration du schéma s'était faite à partir des objectifs suivants :

- > volonté d'une réelle démarche participative où les personnes concernées ont une part, négociable dans les orientations et les décisions prises par les élus.
- > utiliser la méthode du développement social local.
- > se rapprocher du projet de service du Pôle Vie Sociale du Conseil général de la Loire qui s'était fixé comme objectif de développer le "Agir avec".
- > valoriser la vieillesse et la considérer comme une richesse.

La démarche participative s'était illustrée par la méthodologie suivante :

- > les jeudis du schéma : plus de 320 professionnels réunis au cours du 1er semestre 2007
- > la parole des usagers : 62 entretiens auprès de personnes âgées dépendantes à domicile, personnes âgées dépendantes en établissement, seniors (personnes âgées non dépendantes) et aidants familiaux.
- > des débats locaux territorialisés : plus de 300 citoyens consultés

L'Assemblée départementale a décidé de renouveler le schéma sur une période plus courte « 2013-2015 » pour se synchroniser avec l'échéance du schéma handicap 2010-2014, en vue d'élaborer à terme un schéma dédié à l'Autonomie (Handicap et Grand âge).

Le calendrier d'élaboration de ce schéma « transitoire » a donc été très court et les grandes lignes ont été présentées aux acteurs et partenaires de la gérontologie à l'occasion des **Assises départementales de l'Autonomie et de la Gérontologie** à la Cité du Design de Saint-Etienne, le 19 octobre 2012.

Ce schéma dénommé « **Gérontologie : défis 2015** » est le fruit d'un travail rigoureux mené avec le concours du CODERPA-Loire et de son groupe de travail dédié.

En cohérence avec les réformes institutionnelles engagées et notamment les travaux de l'Agence Régionale de Santé en Rhône-Alpes au sein du Projet Régional de Santé, ce nouveau schéma poursuit les objectifs suivants :

- > S'inscrire dans une logique de proximité autour des principaux leviers du Conseil général : la participation des usagers, l'action sociale, la coordination,
- > Ne pas raisonner en termes de planification de l'offre dans un contexte financier relativement contraint mais plutôt en termes d'accompagnement du parcours de vie des personnes âgées,
- > Repenser la question de l'autonomie par le déploiement d'un nouveau service public départemental la Maison Loire Autonomie,
- > Dépasser les seuls contours du secteur médico-social pour s'adresser aux acteurs du logement et de l'habitat, de la santé et de la prévention, de la vie sociale et familiale,
- > Offrir des fiches techniques pratiques destinées aux professionnels du secteur,
- > Et surtout donner la parole aux personnes âgées elles-mêmes avec le souci de leur égalité devant les droits et les chances, leur participation et leur citoyenneté.

Après un état des lieux circonstancié, cet outil est construit autour de **4 défis et 20 fiches-actions** :

#### **DEFI 1 – Changer de regard sur les personnes âgées**

- > Action 1.1 – Promouvoir la parole des aînés avec l'appui du Coderpa
- > Action 1.2 – Promouvoir le « bien vieillir »
- > Action 1.3 – Favoriser la participation des personnes âgées à la vie sociale
- > Action 1.4 – Développer l'innovation à domicile
- > Action 1.5 – Réfléchir autour du projet de vie individualisé

#### **DEFI 2 – Adapter le parcours résidentiel des personnes âgées**

- > Action 2.1 – Améliorer la connaissance du parcours résidentiel
- > Action 2.2 – Labelliser l'offre de logements adaptés avec services : Habitat Loire Autonomie
- > Action 2.3 – Développer l'offre d'hébergement par appel à projet pour la création de petites unités de vie
- > Action 2.4 – Favoriser la mise en réseau des logements-foyers
- > Action 2.5 – Soutenir la démarche qualité

#### **DEFI 3 – Soutenir l'entourage aidant**

- > Action 3.1 – Améliorer le repérage des proches aidants et de leurs besoins
- > Action 3.2 – Améliorer l'information auprès des proches aidants
- > Action 3.3 – Former les professionnels à l'évaluation des besoins des proches aidants
- > Action 3.4 – Intervenir auprès des aidants
- > Action 3.5 – Accompagner les porteurs de projets

#### **DEFI 4 – Coordonner le champ de l'autonomie**

- > Action 4.1 – Poursuivre la mise en œuvre opérationnelle de la Maison Loire Autonomie
- > Action 4.2 – Déployer les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) sur l'ensemble du territoire
- > Action 4.3 – Se positionner au sein des filières gérontologiques
- > Action 4.4 – Structurer les nouvelles instances de coordination de l'autonomie
- > Action 4.5 – Proposer un accompagnement gradué

# LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES

## 1. Population et pyramide des âges

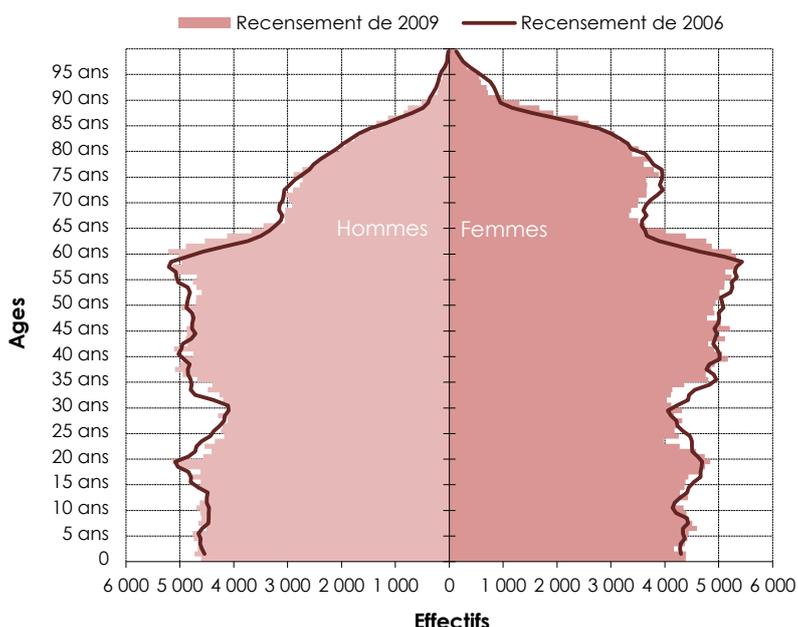
▪ Densité de population : **156,3** habitants/km<sup>2</sup>

- Population totale : **746 115** (+ 0,7 %)
  - Moins de 6 ans : **54 320** (+ 1,5 %)
  - Moins de 20 ans : **182 513** (+ 0,8 %)
  - 60 à 74 ans : **111 202** (+ 4,5 %)
  - 75 ans et plus : **76 767** (+ 6,9 %)

Les % d'augmentation sont calculés par rapport au recensement de la population de 2006

▪ Nombre de ménages : **327 667**

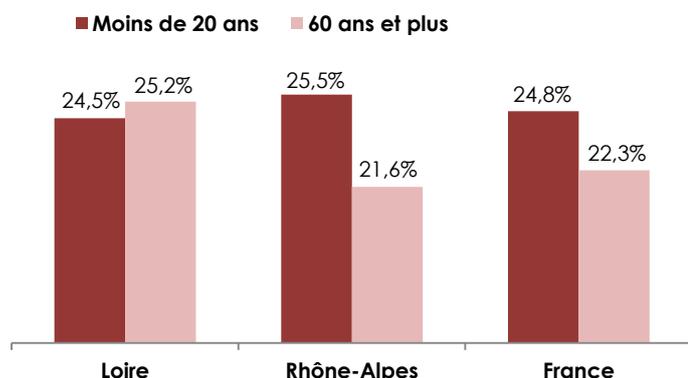
- Nombre de familles : **205 992**
  - Couples avec enfants : **90 223** (43,8%)
  - Familles monoparentales : **24 308** (11,8%)
  - Couples sans enfants : **91 461** (44,4%)
- Familles nombreuses : **21 437** (10,4%)



Source : INSEE 2012 – Recensement rénové de la population 2009

## 2. Répartition de la population par tranche d'âge

Part des moins de 20 ans et des plus de 60 :



Source : INSEE 2012 – Recensement rénové de la population 2009

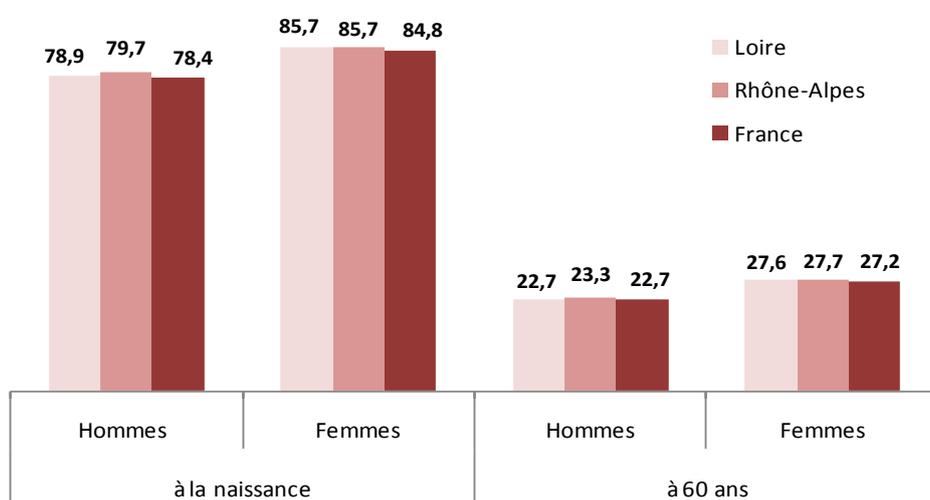
## 3. Indice de vieillissement

Nombre de personnes de 60 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans :



Source : INSEE 2012 – Recensement rénové de la population 2009

## 4. Espérance de vie à la naissance et à 60 ans en 2011 (en année)



Source : INSEE 2012 – Estimations de population. État-civil. 2011

### Espérance de vie en bonne santé à la naissance en France en 2010

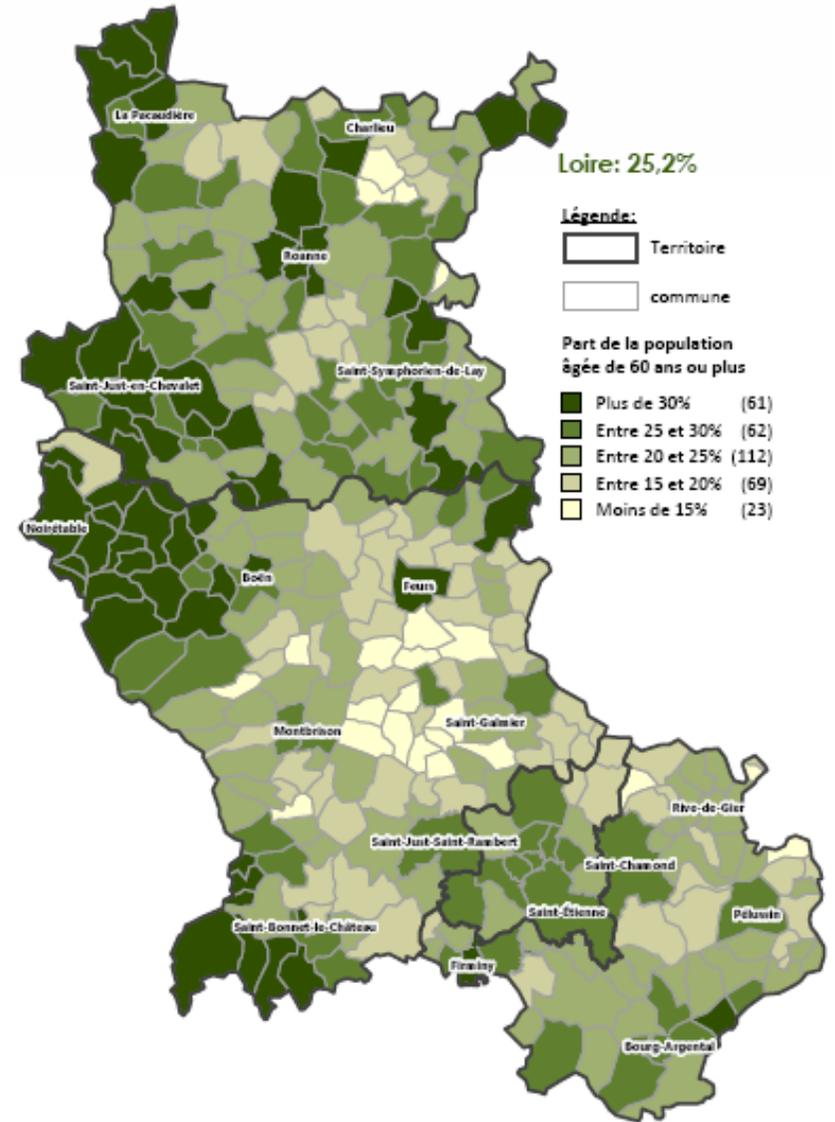
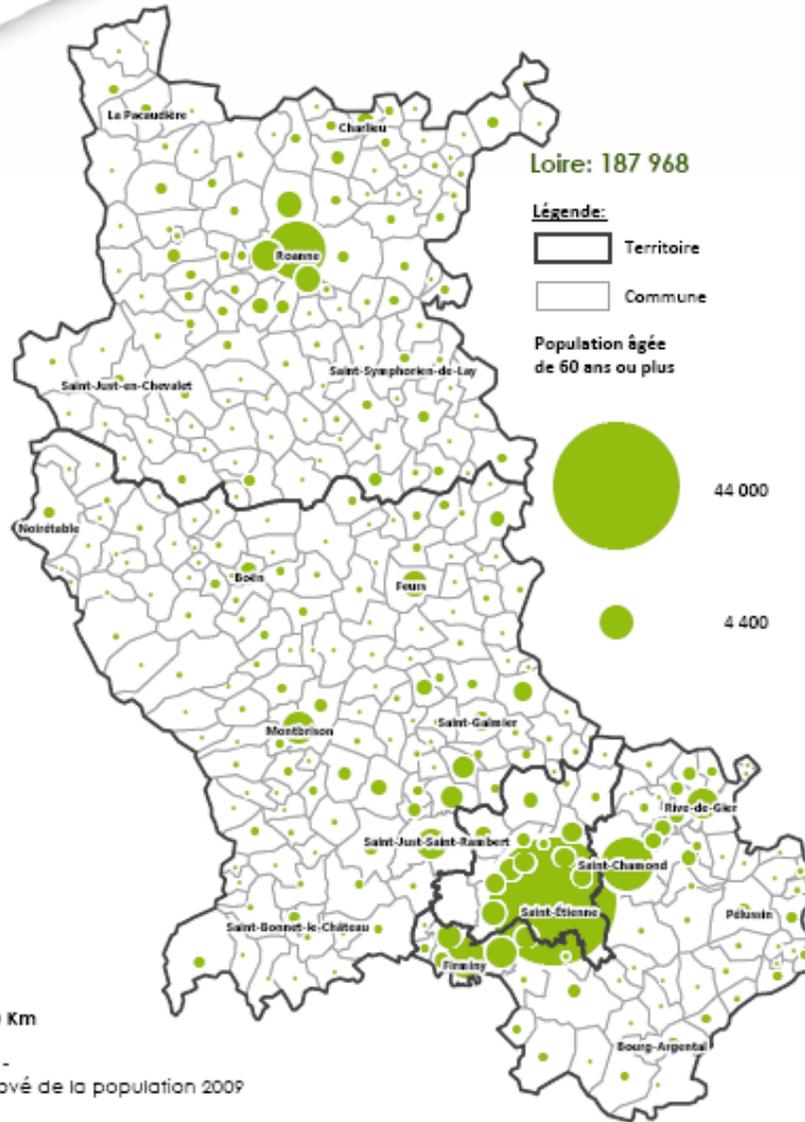
Hommes	Femmes
61,9 ans	63,5 ans

Il s'agit de l'espérance de vie sans limitation d'activité ou sans incapacité.

Cette donnée est indisponible pour les niveaux régional et départemental

Population âgée de 60 ans ou plus  
par commune en 2009

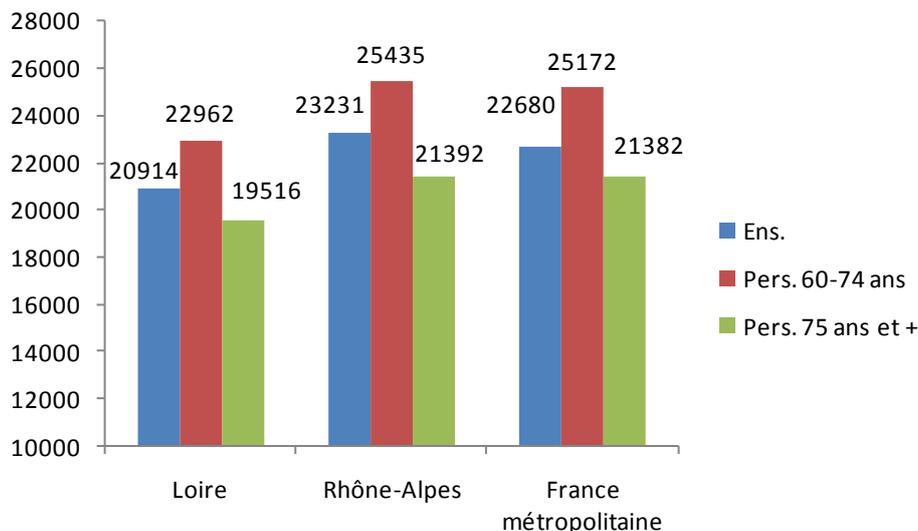
Part de la population âgée de 60 ans ou plus  
par commune en 2009



# LES PRINCIPAUX REVENUS DES MENAGES

## 1. Le niveau de revenu des ménages

Les niveaux de vie moyens des ménages en 2010 (ensemble des ménages et ménages dont le référent fiscal est âgé de 60 ans et plus



Source : Insee, Revenus disponibles localisés 2010

### Revenu disponible d'un ménage

C'est la somme de toutes les ressources des différentes personnes composant le ménage : revenus d'activité (salaires nets, bénéfices,...), de remplacement (allocations chômage, retraites,...), du patrimoine et prestations reçues (prestations familiales, aides au logement, minima sociaux) ; total duquel on déduit les impôts directs payés par le ménage (impôt sur le revenu, taxe d'habitation) et les prélèvements sociaux : contribution sociale généralisée (CSG), contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

### Unité de consommation (UC)

Le nombre d'Unités de Consommation d'un ménage permet de tenir compte des économies d'échelle que procure la vie en commun. Le décompte effectué est le suivant :

- 1 unité de consommation pour le premier adulte du ménage,
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus,
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Exemple : un couple sans enfant compte pour 1,5 UC, un couple avec deux enfants de moins de 14 ans compte pour 2,1 UC.

### Niveau de vie d'un individu

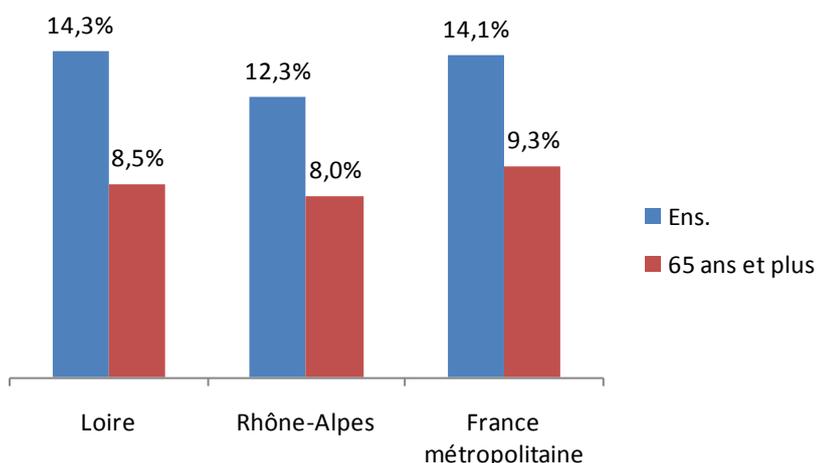
C'est le rapport du revenu disponible du ménage auquel appartient l'individu au nombre d'unités de consommation (UC). Par convention, tous les individus d'un même ménage ont le même niveau de vie. L'échelle la plus utilisée actuellement (en particulier pour RDL) pour calculer le nombre d'UC d'un ménage est l'échelle de l'OCDE modifiée.

Exemple : le niveau de vie d'un individu vivant dans un ménage disposant d'un revenu disponible de 1 000€ s'élève à 1 000€ s'il vit seul, à 667€ s'il vit en couple (1 000/1,5) ou encore à 476€ s'il vit avec un conjoint et deux enfants de moins de 14 ans (1 000/2,1).

Quel que soit l'âge du référent fiscal du ménage, les niveaux de vie moyens sont plus faibles dans la Loire qu'en Rhône-Alpes et qu'en France métropolitaine.

De même, quel que soit le niveau géographique étudié, **le niveau de vie des ménages dont le référent fiscal est âgé de 75 ans et plus est moins élevé que celui de l'ensemble des ménages**. Cet écart est encore plus important avec le niveau de vie des ménages dont le référent est âgé de 60 à 74 ans.

## Le taux de pauvreté monétaire de la population en 2010



### Définition de la pauvreté monétaire

Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le **niveau de vie** est inférieur au seuil de pauvreté.

Source : Insee, Revenus disponibles localisés 2010

Le taux de pauvreté de la Loire est supérieur aux niveaux national et régional pour l'ensemble de la population.

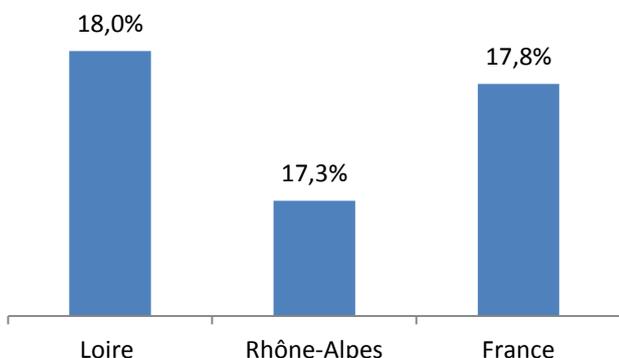
En revanche, **pour les personnes de 65 ans et plus, le taux de pauvreté de la Loire est inférieur à celui de la France et légèrement supérieur à celui de Rhône-Alpes.**

En France, le niveau de consommation des ménages stagne, mais celle des plus âgés progresse. En 2005, les ménages dont la personne de référence était âgée de 65 ans ou plus consommait un tiers de moins que la moyenne. En 2011, l'écart n'est plus que de 20 %.

Source : INSEE – Les comportements de consommation en 2011

## 2. Niveau de revenu des personnes âgées ligériennes

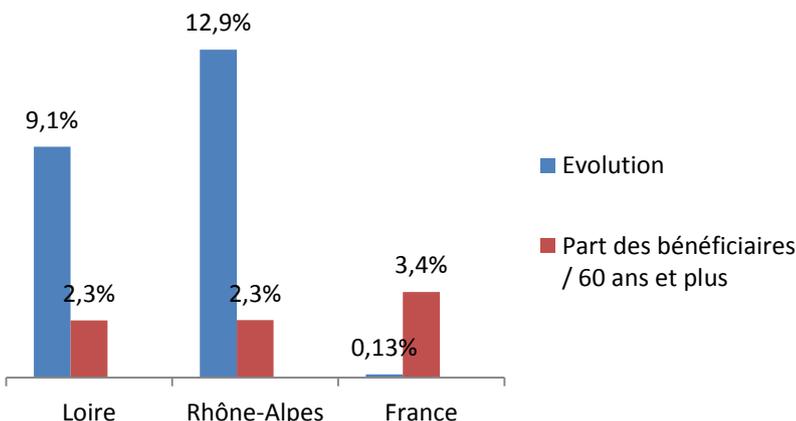
### Le taux d'évolution du montant mensuel moyen de pension de retraite générale entre 2005 et 2011



Entre 2005 et 2011, le montant mensuel moyen de la retraite générale a augmenté de 18 % dans la Loire.

Ce taux d'évolution est légèrement supérieur à celui de la France 17,8 % et à celui de Rhône-Alpes 17,3%.

### Les bénéficiaires du minimum vieillesse entre 2005 et 2011

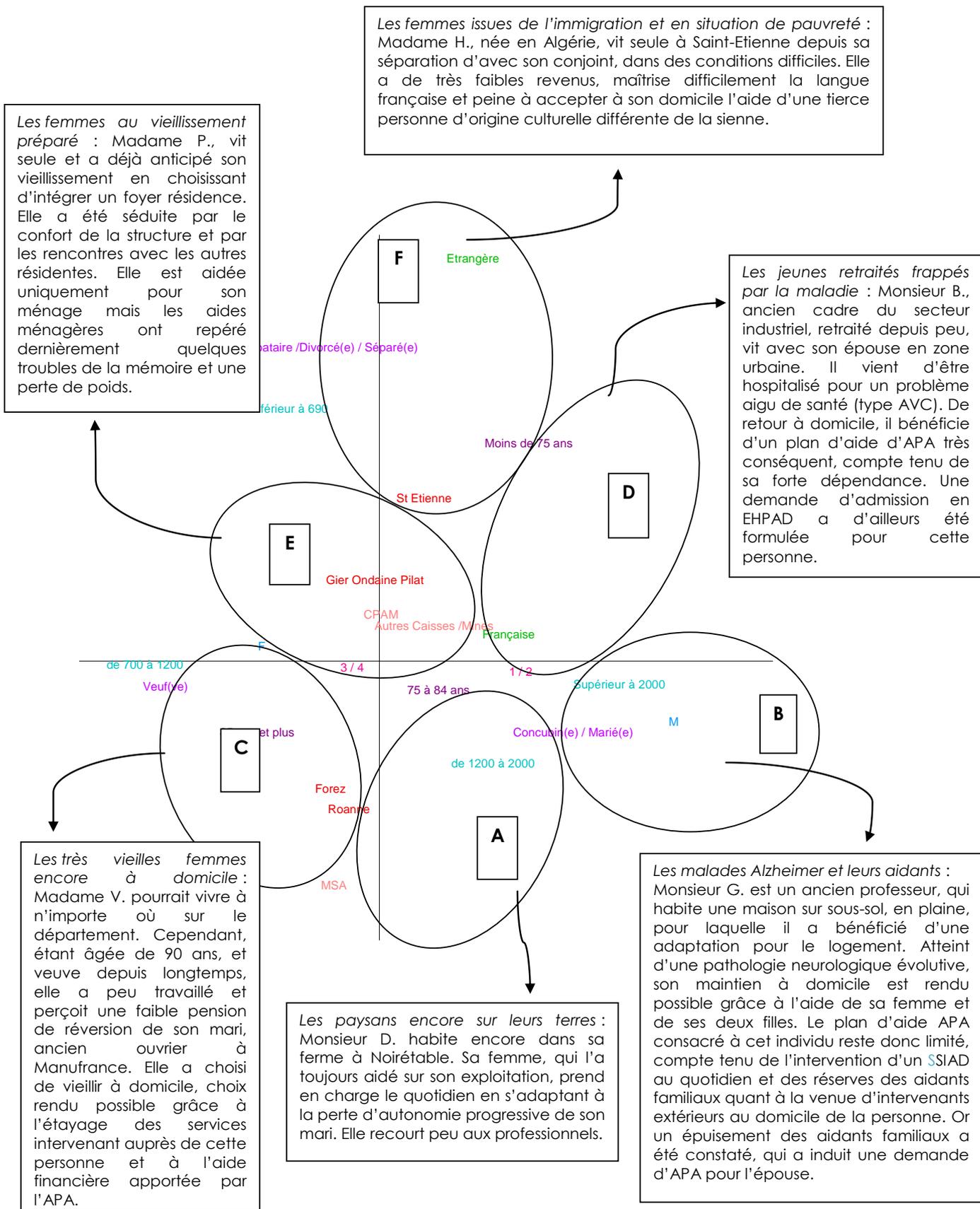


Le nombre des bénéficiaires du minimum vieillesse a augmenté moins vite dans la Loire, qu'au niveau régional (respectivement +9,1 % et +12,9%), entre 2005 et 2011. Toutefois, ces évolutions restent bien supérieures à l'évolution nationale.

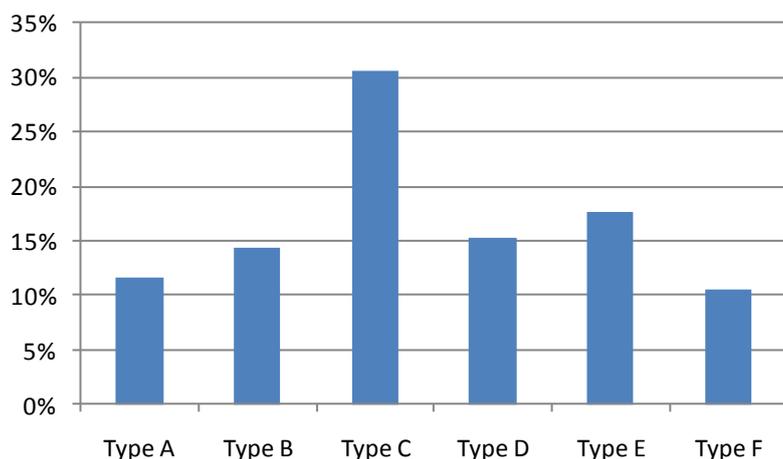
Ces bénéficiaires représentent 2,3% de la population âgée de 60 ans et plus de la Loire. Cette proportion est identique à celle de la région et reste inférieure à celle de la France.

### 3. Reste à charge des bénéficiaires

#### L'analyse des divers profils des bénéficiaires de l'APA : un préalable à l'étude du coût de la dépendance



Poids de chaque type parmi les bénéficiaires de l'APA



### Plus de 10 000 bénéficiaires de l'APA : une globalité qui cache des profils spécifiques

Une typologie en 6 profils discriminants à partir de variables démographiques, sociales et médicales : Sexe, âge, Territoire, nationalité, situation familiale, montant des ressources, Caisse de sécurité sociale, GIR, Taux de participation, montant du plan d'aide.

Autant de profils masculins que féminins : cela ne décrit pas une parité parfaite des bénéficiaires de l'APA mais montre des caractéristiques plus discriminantes chez les hommes que chez les femmes.

### Le poids financier de la dépendance dans le budget des bénéficiaires : illustrations à partir de grilles budgétaires renseignées par les TMS lors des visites à domicile

Sur l'ensemble des dépenses mensuelles, le poids de la dépendance varie, pouvant atteindre le 2ème poste après celui du logement :

- ✓ Pour les types dits classiques (A, B, C) : une charge de la dépendance représentant environ 7% du total des dépenses
- ✓ Pour le type D (forte dépendance) : le reste à charge s'élève à 20% des dépenses (2ème poste après celui du logement)
- ✓ Pour le type E (fort taux de participation) : 12% des dépenses sont consacrés à la dépendance

Au-delà des types, des disparités selon le statut lié au logement (locataire ou propriétaire) et selon la situation familiale (seul ou en couple)

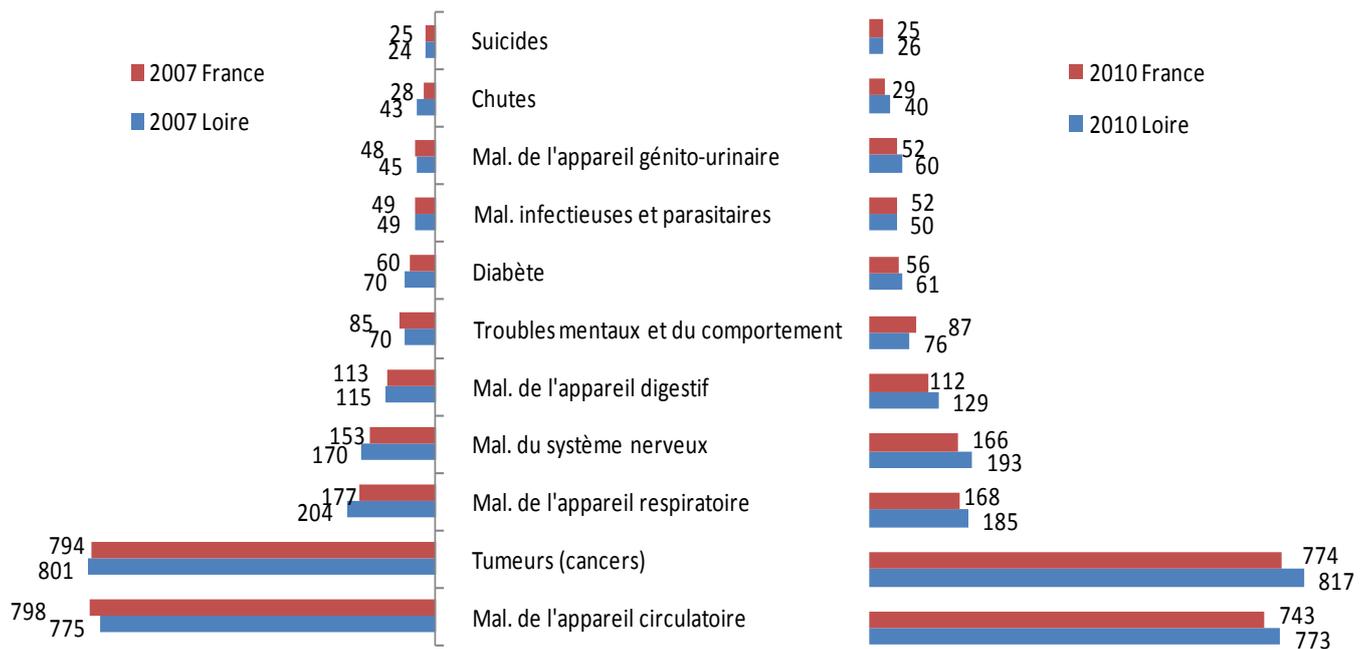
Le reste à charge de la dépendance varie selon les disparités entre bénéficiaires, mais doit s'analyser sur un périmètre plus large autour des aidants familiaux :

- ✓ Leur contribution financière
- ✓ La charge psychologique

Ne faut-il pas s'interroger plus globalement sur le reste à vivre après toute déduction des charges courantes ?

# LES INDICATEURS DE SANTÉ

## 1. Causes de décès où les taux pour 100 000 habitants de 55 ans et plus sont particulièrement importants



Source : INSERM (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès 2007 et 2010)  
INSEE Estimations de population 2007 et 2010

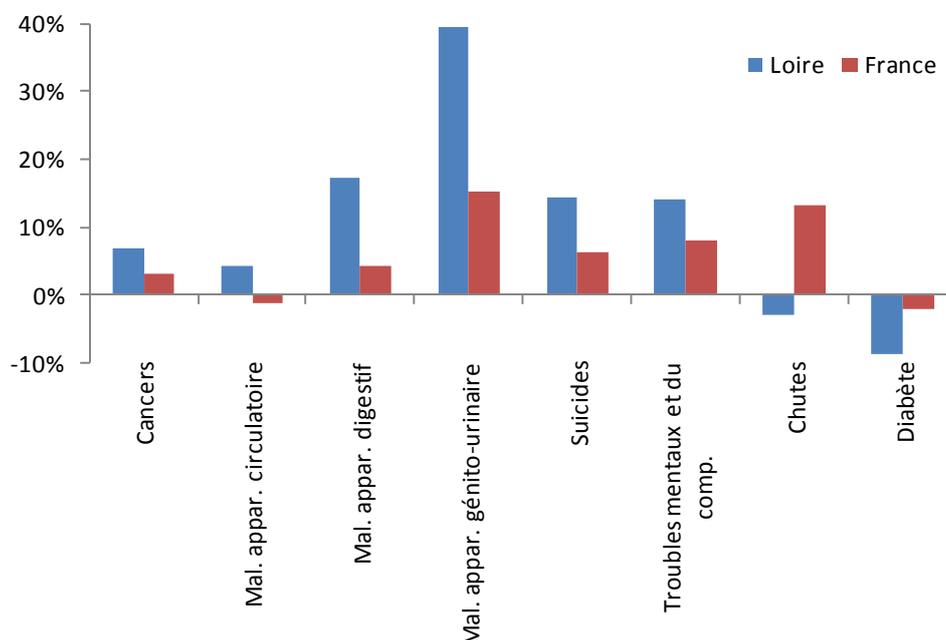
Entre 2003 et 2007, la mortalité était en baisse suite à la surmortalité de l'été 2003, anticipant des décès qui auraient dû se produire plus tard.

Depuis 2007, la Loire, à l'image du niveau national, connaît une **légère augmentation des décès** chez les personnes de 55 ans et plus, atteignant de nouveau le volume de décès d'avant 2003.

Ces évolutions se traduisent différemment selon les causes de décès, comme l'illustrent les taux pour 100 000 habitants de 55 ans et plus ci-dessus.

Les décès pour cause de troubles mentaux et du comportement sont les seuls qui maintiennent une situation nationale plus dégradée que dans la Loire. Néanmoins, ces dernières années, l'augmentation des décès dus à cette cause est plus importante dans le département qu'en France métropolitaine.

En pourcentage d'augmentation, **seuls les décès pour cause de chutes ou de diabète évoluent plus favorablement dans la Loire entre 2007 et 2010 qu'au niveau national.**



## 2. État de santé des personnes dans la Loire : approche infra-départementale par les zones de soins de proximité (ZSP)

Le département de la Loire est couvert par 6 zones de soins de proximité (ZSP) : Roanne / Feurs / Montbrison / Firminy / Saint-Etienne / Saint-Chamond

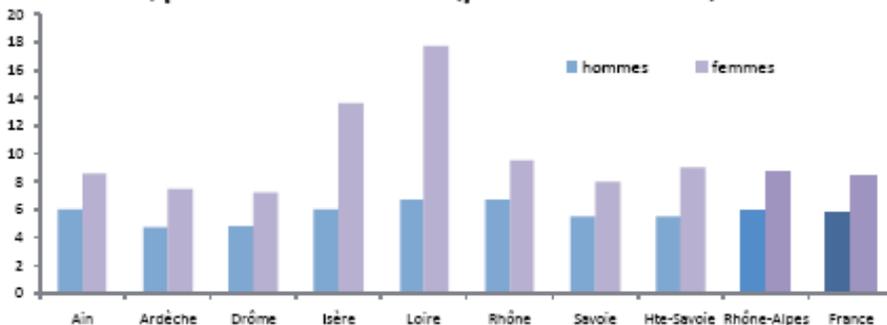
Indicateurs de santé publique	Moyenne régionale	Moyenne Loire	Moyennes des 10 taux les plus forts *	ZSP ligériennes concernées par les taux les plus forts
Taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire	255,1	266,0	303,2	Saint-Chamond / Feurs / Montbrison
Taux de mortalité par diabète	55,4	62,0	69,4	Firminy / Saint-Chamond / Montbrison
Taux de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus	24,1	33,1	38,0	Montbrison / Saint-Etienne
Taux de mortalité par cancer	229,5	239,1	256,0	Firminy / Roanne
Taux de mortalité liée à l'alcoolisation chronique	25,9	29,1	35,5	Firminy / Montbrison / Roanne
Taux de personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde	95,0	120,5	136,3	Firminy / Saint-Chamond / Roanne
Taux de personnes hospitalisées pour diabète	852,7	1 293,9	1 125,4	Firminy / Saint-Chamond / Montbrison / Saint-Etienne / Roanne
Taux de patients sous traitement antidépresseur	60,5	74,7	71,8	Firminy / Saint-Etienne / Montbrison / Roanne / Saint-Chamond / Feurs

Source : ORS Rhône-Alpes - Indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône-Alpes, PRSP, décembre 2008

\* Classement des ZSP de la Loire par rapport aux ZSP des autres départements de Rhône-Alpes

## 3. Maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées) dans la Loire

### Taux comparatifs annuels d'admission en ALD pour maladie d'Alzheimer, pour 10 000 habitants (période 2004-2006)



Source : CNAMTS, RSI, MSA, INSEE estimations 2005

*Le taux comparatif, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre sexes et entre territoires différents.*

Les taux comparatifs d'admission en affection de longue durée (ALD) pour maladie d'Alzheimer sont équivalents en France et en Rhône-Alpes.

Ils sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes au niveau régional et à l'échelle départementale, néanmoins, **cette différence est plus marquée encore dans la Loire.**

Ces disparités entre départements peuvent être liées à des différences de pratiques médicales au niveau du diagnostic et de la reconnaissance de la maladie comme ALD ou à une offre médicale variable d'un département à l'autre.

## Taux comparatifs annuels de patients hospitalisés pour 10 000 habitants de 65 ans et plus

Près de 18 000 hospitalisations par an pour la maladie d'Alzheimer ou apparentée dans la région Rhône-Alpes.

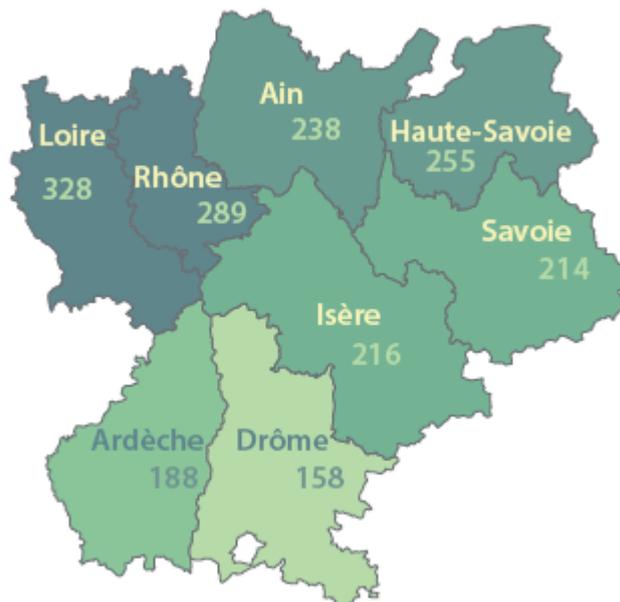
**La Loire a un taux comparatif annuel de personnes hospitalisées nettement supérieur au taux régional :**

Rhône-Alpes :

250 hospitalisations pour 10 000 habitants de 65 ans et plus.

Loire :

328 hospitalisations pour 10 000 habitants de 65 ans et plus.



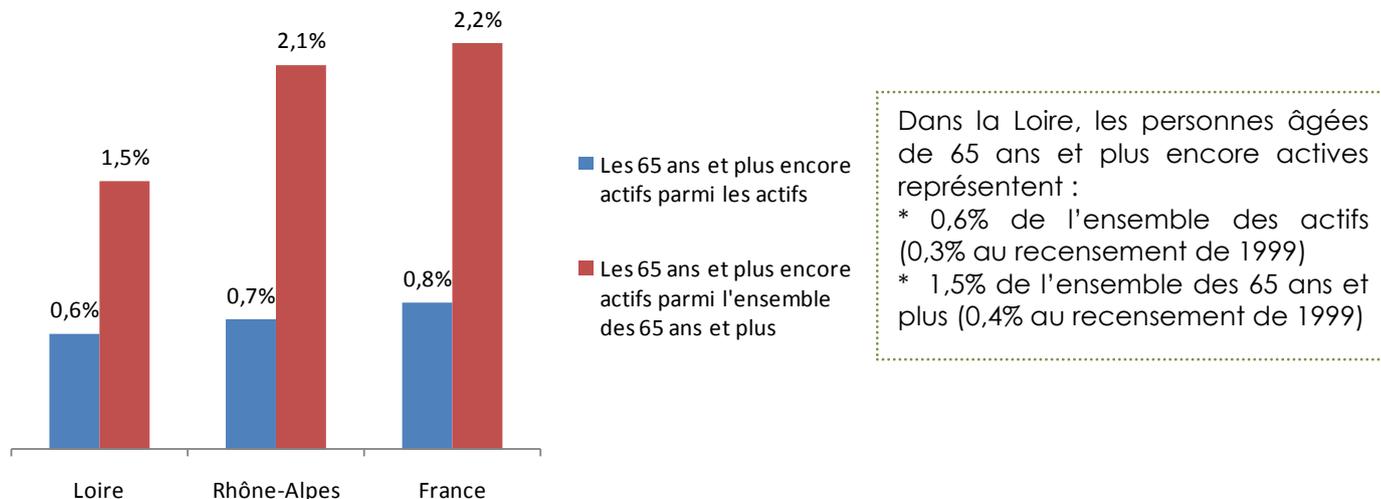
Source : PMSI 2006-2007, INSEE RP 2006

Source : ORS Rhône-Alpes – La maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées) en Rhône-Alpes – Septembre 2009

# LES CONDITIONS DE VIE

## 1. L'activité et les catégories socioprofessionnelles des personnes de 65 ans et plus dans la Loire

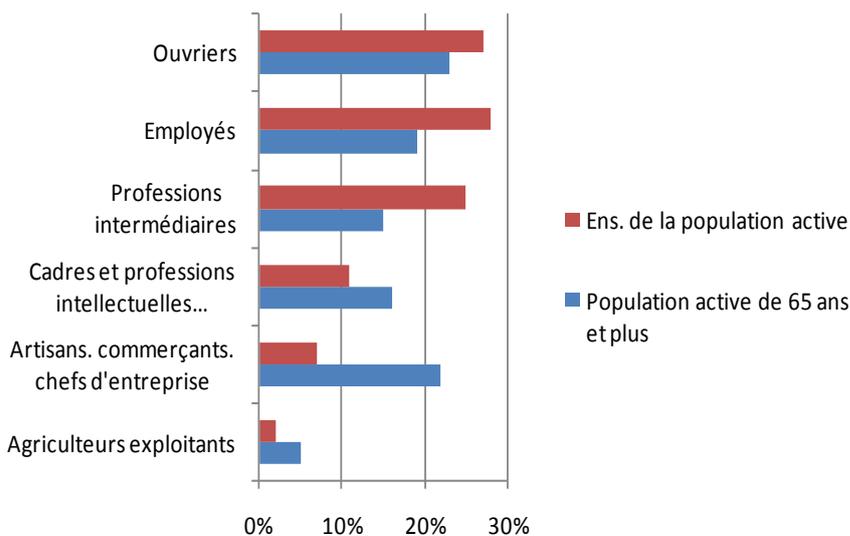
Le taux d'activité des personnes de 65 ans et plus parmi les actifs et parmi l'ensemble de la tranche d'âge



Source : Insee RP 2010 exploitation complémentaire

## Les catégories socioprofessionnelles des personnes de 65 ans et plus dans la Loire

Les actifs âgés dans la Loire sont surreprésentés parmi les CSP des cadres, des artisans, commerçants, chefs d'entreprise et les agriculteurs. Ces différences s'expliquent par les conditions de travail et par le statut.



Source : Insee RP 2010 exploitation complémentaire

## 2. Contexte familial

### Le contexte de vie des personnes âgées de 75 ans et plus en 2009

en %	Loire	Rhône-Alpes	France
Vivant en couple, en couple ou seules avec leur(s) enfant(s)	44,7	46,4	46,5
Vivant en institution	12,3	10,4	9,5
Vivant en colocation (hors famille)	3,3	4,4	5,2
Vivant seules	39,8	38,7	38,8

Source : Insee, Recensement de la population, exploitation complémentaire, 2009

### 3. Isolement et solitude des personnes âgées

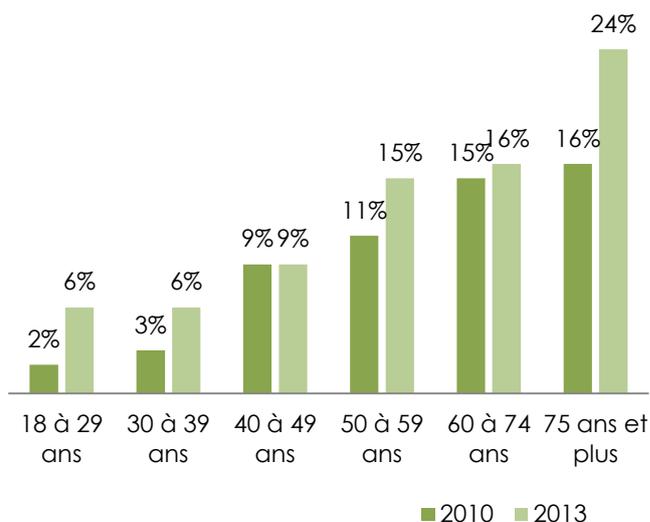
Au niveau national, entre 2010 et 2013, l'isolement des personnes âgées de 75 ans et plus s'est considérablement aggravé.

L'enquête « Les solitudes en France en 2013 » menée par la Fondation de France montre que leur isolement a progressé de 8 points sur la période, passant de 16 % à 24 %.

Les causes de cette progression sont multiples : augmentation des situations de handicap, moindre investissement dans les réseaux associatifs, difficultés accrues à maintenir un réseau amical.

Cette enquête révèle également que 21 % des séniors disent éprouver un sentiment d'isolement.

Pourcentage de personnes en situation d'isolement selon l'âge



Source : Observatoire Fondation de France, Étude Les solitudes en France, Juin 2013

Dans la Loire, le Conseil général de la Loire a mené une enquête en 2006 portant sur le maintien à domicile des personnes âgées, au regard de leur entourage immédiat (famille, voisins proches, etc.). 838 questionnaires ont été remplis, avec une très bonne qualité de l'échantillon, proche des caractéristiques de la population de référence.

#### Les situations d'isolement

	51% des demandeurs d'APA vivent seuls	43% des demandeurs d'APA vivent en couple
Ne voient jamais personne de leur entourage	3%	5%
Reçoivent des visites 1 fois / mois	2%	2%
Reçoivent des visites plusieurs fois / mois	5%	6%
Reçoivent des visites 1 fois / semaine	8%	8%
Les demandeurs d'APA en situation d'isolement	18%	21%

*NB* : 51% des demandeurs d'APA interrogés vivent seuls et 43% vivent en couple. Les 6% restant concernent les personnes vivant avec une autre personne que leur conjoint (enfant, petit-enfant, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur).

Au total, **18% des demandeurs d'APA vivant seuls connaissent une réelle situation d'isolement**, c'est-à-dire qu'ils reçoivent des visites de leur entourage au mieux une fois par semaine.

L'isolement paraît plus fréquent **chez les demandeurs d'APA vivant en couple** : au total, **21% connaissent une situation d'isolement**, dont 5% déclarent ne jamais voir personne de leur entourage.

Cette enquête a également été l'occasion d'interroger les demandeurs d'APA sur leur **sentiment d'isolement**, afin de faire un parallèle entre les situations d'isolement réelles et le sentiment d'isolement des personnes âgées :

- 34% des demandeurs d'APA vivant seuls se sentent isolés,
- contre 11% des demandeurs d'APA vivant avec leur conjoint.

#### 4. Analyse psychosociale : le vieillissement est un terrain favorable au sentiment de solitude

##### > Les « crises » liées au vieillissement

En étant exposé à différentes pertes et ruptures tout au long du 3ème âge de la vie, la personne âgée vit des crises plus ou moins importantes suivant ses capacités à accepter et à s'adapter aux multiples changements.

**La solitude, sentiment éprouvé et non pas état de fait**, peut s'installer au détour de ces différentes crises.

Tout d'abord, le vieillissement biologique contribue à une perte de l'image de soi voire de l'estime de soi, on parle de **crise d'identité**. De plus, certaines déficiences (auditives, visuelles par exemple) peuvent entraîner un repli sur soi. L'affaiblissement des capacités qu'elles soient physiques ou psychiques, conduit à une **crise de l'autonomie** qui favorise des situations d'isolement avec une tendance à se replier chez soi.

La perte de divers rôles sociaux, soit occupés professionnellement, soit personnellement, impacte sur le statut d'actif qui tend alors à être remis en question. Sur le plan familial, la perte du rôle d'éducateur par le départ des enfants du foyer (après la perte du rôle de géniteur) vient activer une **crise d'appartenance à la société**. Par ailleurs, l'éloignement de la famille peut être vécu de façon douloureuse et représente dans la plupart des cas un risque de solitude si ce sentiment se conjugue avec un isolement familial.

L'ensemble de ces crises propres à la personne âgée l'atteignent dans son intégrité.

Au regard de tous ces facteurs risques, **les personnes du 3ème âge et encore plus celles du 4ème âge sont plus prédisposées à ressentir un sentiment de solitude et à en souffrir.**

**Ce sentiment peut être éprouvé dans n'importe quel lieu de vie**, que ce soit à domicile lorsque le sujet vit effectivement seul ou en établissement lorsqu'il vit dans la promiscuité parmi les autres pensionnaires.

##### > Le regard de la société sur la vieillesse

La fonction sociale concédée à la vieillesse dans les civilisations anciennes s'amenuise. C'est aux aînés qu'appartenaient la transmission des traditions, le rôle de conseiller, la sagesse... Cette fonction sociale se trouve de nos jours entravée par la récusation des traditions au nom de la modernité.

Il faut être jeune, efficace capable d'innover, avoir acquis un niveau d'instruction assez élevé, être productif, rentable... Autant de critères contribuant à une **forme de rejet social du retraité** et la conséquence la plus criante de cette « mise sur la touche » est l'isolement.

Par ailleurs, l'inscription du vieillissement sur le corps qui se modifie entraîne chez la personne âgée une autre représentation d'elle-même qu'elle accepte plus ou moins bien. Il faut bien dire que notre société, par des images véhiculées dans la mode ou la publicité, construit autour de nous un idéal de jeunesse et de beauté qui influe sur la perception du corps vieillissant et rend plus difficile l'estime de soi en se voyant vieillir.

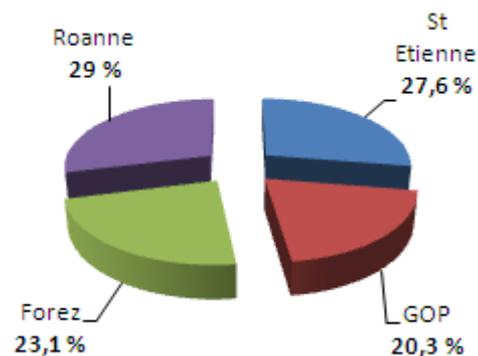
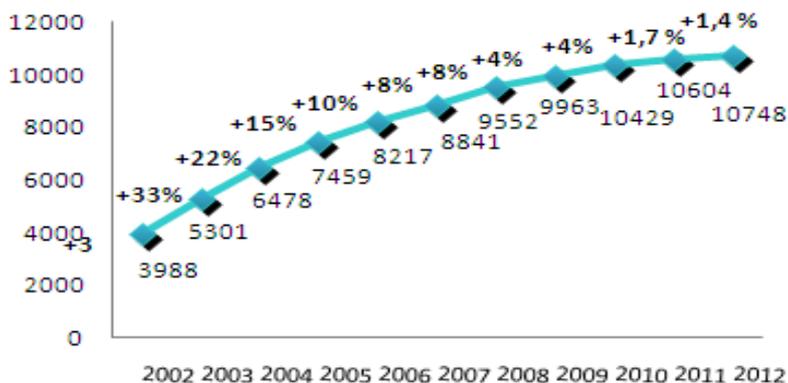
**La population âgée est une catégorie plus fragile et plus vulnérable socialement. Et l'isolement social génère bien souvent la solitude.**

*Source : Mémoire DEAS N. Mellado « Génération Senior : la solitude pour compagne » - 1995*

# L'EVOLUTION DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES

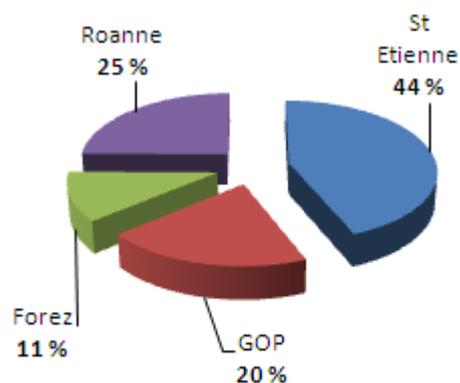
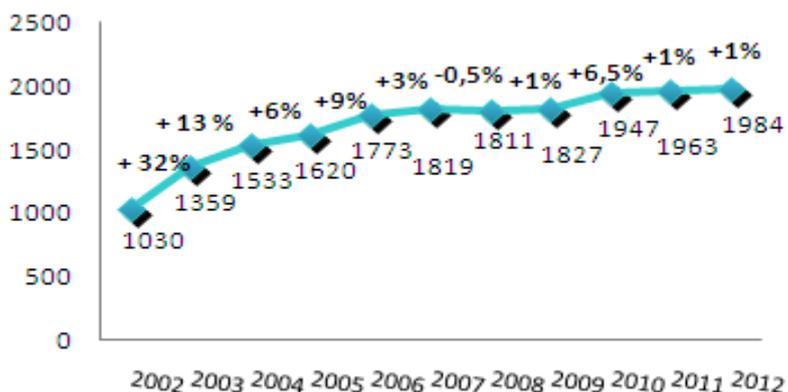
## 1. File active des bénéficiaires de l'APA

### Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et répartition par territoire



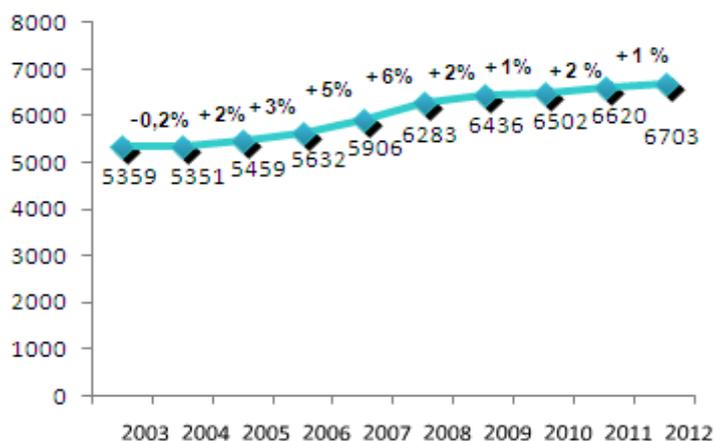
Source : Conseil général de la Loire – Maison Loire Autonomie - Tableaux de bord annuels

### Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement hors dotation globale et répartition par territoire



Source : Conseil général de la Loire – Maison Loire Autonomie - Tableaux de bord annuels

### Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement sous dotation globale



Source : Conseil général de la Loire – Maison Loire Autonomie - Tableaux de bord annuels

## 2. Prospective sur le nombre de bénéficiaires de l'APA à l'horizon 2040

Les projections réalisées par l'INSEE permettent d'anticiper un accroissement modéré du nombre de personnes dépendantes jusqu'aux années 2025-2030, et plus rapide quand les cohortes du « baby-boom » arrivent aux âges de la dépendance (80 ans et plus). En 2040, la France compterait ainsi 2 millions de bénéficiaires de l'APA, dans l'hypothèse centrale d'évolution.

L'INSEE prévoit entre 2012 et 2040 une hausse de 1,2 millions à 2 millions de bénéficiaires de l'APA, soit +67% d'augmentation, au niveau national.

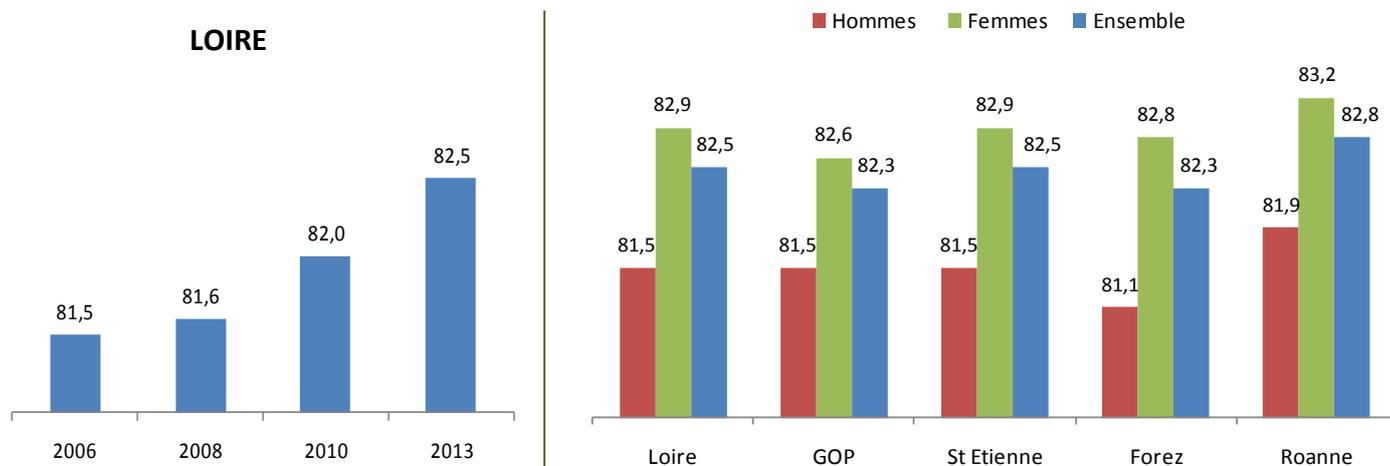
En appliquant cette évolution pour la Loire, **le nombre de bénéficiaires de l'APA évoluerait de 19 000 en 2012 à 32 000 en 2040.**

*Source : INSEE Analyses n°11 – septembre 2013*

# LE PROFIL DES BÉNÉFICIAIRES

## 1. Age moyen des bénéficiaires de l'APA à domicile

Augmentation de l'âge moyen des bénéficiaires de l'APA Domicile dans la Loire et répartition de l'âge moyen par territoire et par sexe au 30/06/2013 :



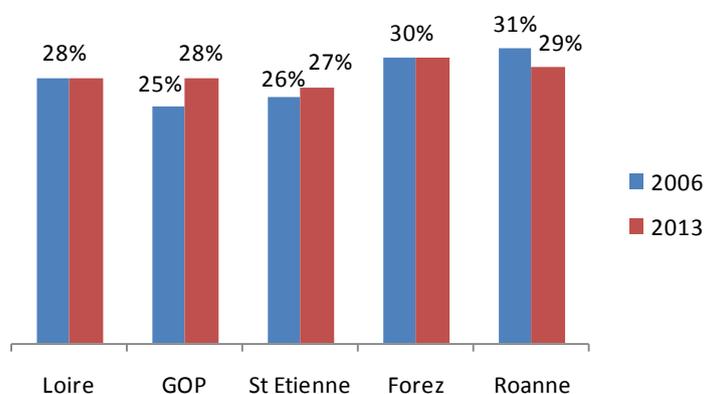
Source : IODAS – Septembre 2013

Sur les 7 dernières années, l'âge moyen des bénéficiaires de l'APA a gagné une année. Par comparaison, l'espérance de vie pour l'ensemble de la population augmente actuellement d'une année tous les 4 ans.

Le nombre de centenaires parmi les bénéficiaires de l'APA Domicile a quasi doublé : 19 personnes âgées de 100 ans et plus en 2006, 36 personnes en 2013.

## 2. Répartition par sexe des bénéficiaires de l'APA

Proportions des hommes parmi les bénéficiaires de l'APA en 2006 et 2013 :



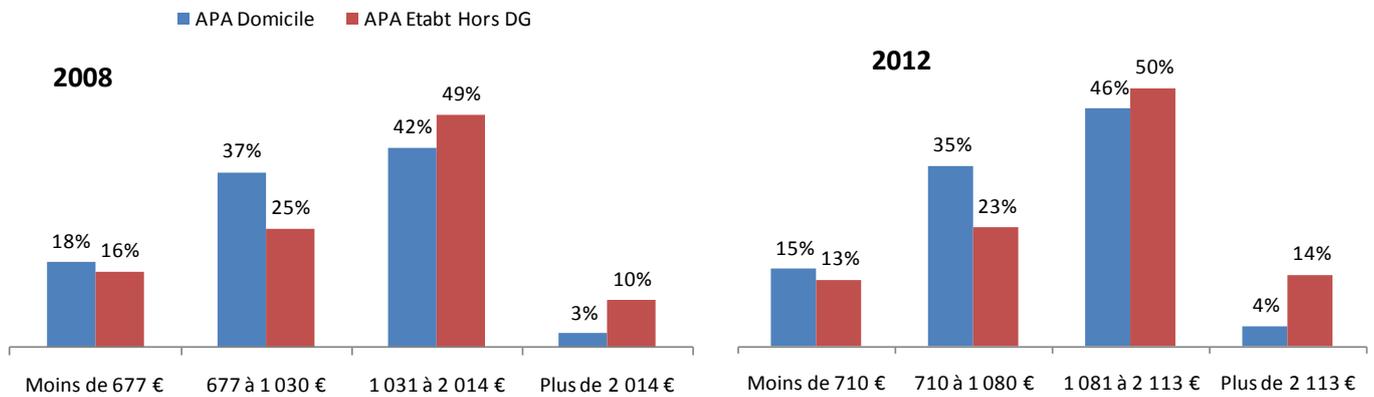
Source : IODAS – Septembre 2013

Depuis 2006, la répartition hommes/femmes chez les bénéficiaires de l'APA reste inchangée dans la Loire. Les différences entre territoires s'amenuisent puisque le GOP voit augmenter la proportion d'hommes parmi les bénéficiaires de l'APA et celle de Roanne diminue.

## 3. Les niveaux de revenus des bénéficiaires de l'APA

Bien que les tranches de revenus aient été réévaluées entre 2008 et 2012, les bénéficiaires de l'APA sont proportionnellement plus nombreux dans les niveaux supérieurs de revenus en 2012.

Aussi bien en 2008 qu'en 2012, les bénéficiaires de l'APA en établissement hors dotation globale ont des revenus supérieurs à ceux des bénéficiaires de l'APA Domicile.



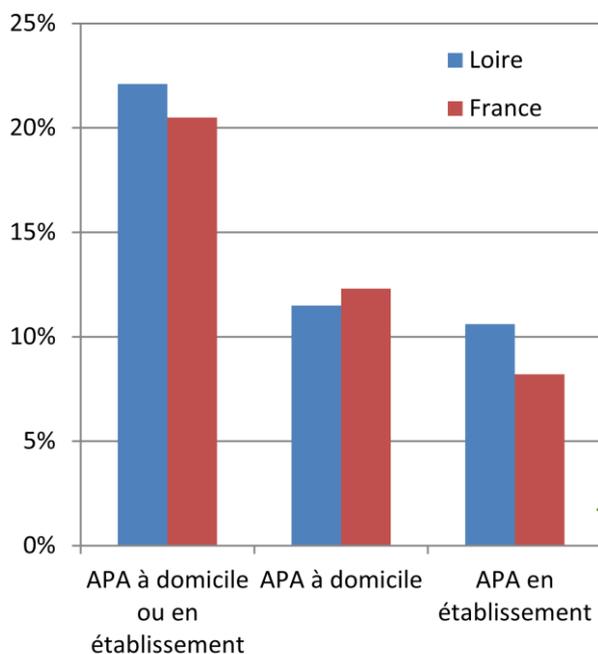
Source : DREES – questionnaires annuels

Les niveaux de revenus présentés ici correspondent aux revenus pour une personne seule.

Les revenus pris en compte pour le calcul de l'APA sont les revenus déclarés, les revenus des capitaux mobiliers, les revenus fonciers et le cas échéant l'assiette de base pour le calcul de la taxe foncière d'une habitation secondaire.

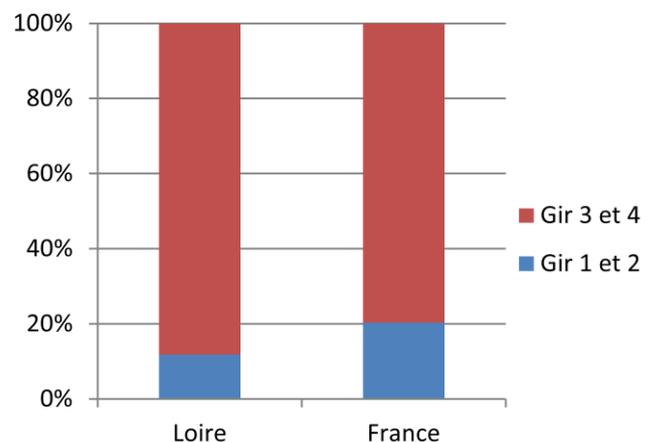
#### 4. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon APA à domicile ou en établissement et selon leur GIR pour les bénéficiaires de l'APA à domicile

Part de la population de 75 ans et plus bénéficiaire de l'APA au 31/12/2011



Source : Drees, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2011 ; Insee, estimation de population au 01/01/2012, à la date de mise à jour du tableau

Part des bénéficiaires APA à domicile classés en GIR 1 et 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31/12/2011



Source : enquête Drees 2011, Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12

En France, comme dans la Loire, la part des bénéficiaires de l'APA à domicile est plus importante que celle des bénéficiaires de l'APA en établissements. La différence entre ces deux proportions est toutefois moins accentuée dans la Loire, qu'au niveau national.

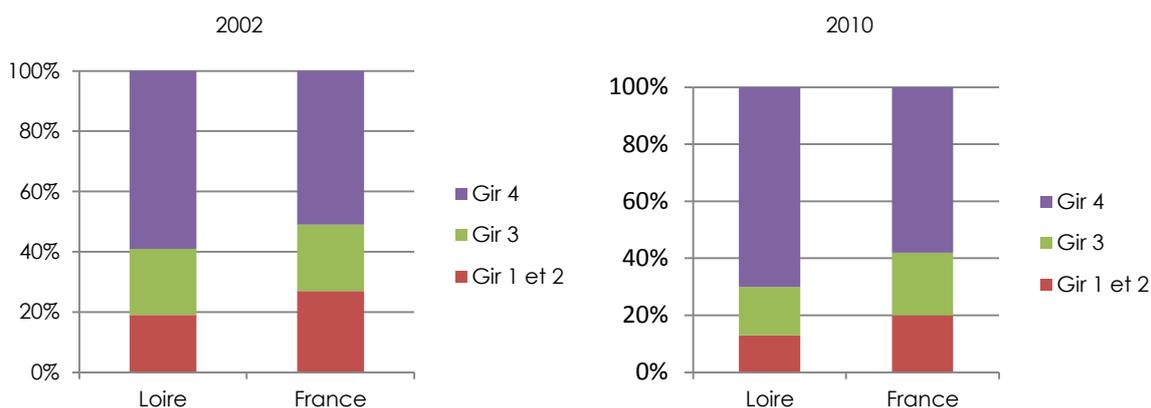
#### 5. Prévalence du GIR 4 dans la Loire

La prévalence du GIR 4 dans la Loire s'est accentuée depuis la mise en place du dispositif APA.

Plus les départements ont des proportions élevées de GIR 4, plus leurs proportions de GIR 3 sont faibles. L'hypothèse d'une évaluation médico-sociale plus stricte, limitant le transfert en GIR 3, peut apporter des explications. Néanmoins, elle est insuffisante.

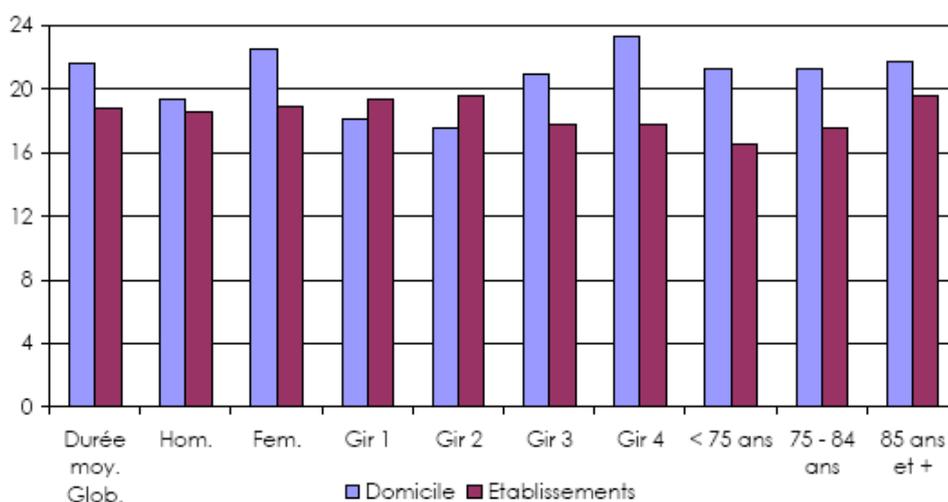
En effet, si l'on applique la proportion nationale de GIR 4 aux bénéficiaires de l'APA dans la Loire (58 %, soit 6 000 bénéficiaires), et que l'on transfère le surplus de bénéficiaires (1 281) aux GIR 3, la proportion des bénéficiaires en GIR 3 passerait à 29 %, ce qui reste supérieur à la proportion nationale (22 %).

## Comparaison des taux de bénéficiaires en GIR 3 et 4 observés dans la Loire et en France en 2002 et 2010



## 6. Durée de présence dans le dispositif APA

Temps moyen passé par les bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement en nombre de mois selon le sexe, le GIR et l'âge



Source : ANIS – Nombre total de décisions débutant en 2002 et arrêtées à la date d'extraction  
Date extraction : 25 octobre 2006

**En moyenne, les personnes restent un peu plus longtemps bénéficiaires lorsqu'elles sont à l'APA à domicile (21,6 mois), qu'à l'APA en établissement (18,8 mois).**

Ce constat diffère selon le GIR : les personnes en GIR 1 et 2 ont une durée moyenne d'APA en établissement supérieure à celle à domicile.

À noter que les personnes en GIR 2 ont une durée de vie dans le dispositif la plus courte à domicile (17,6 mois) et la plus longue en établissement (19,6 mois).

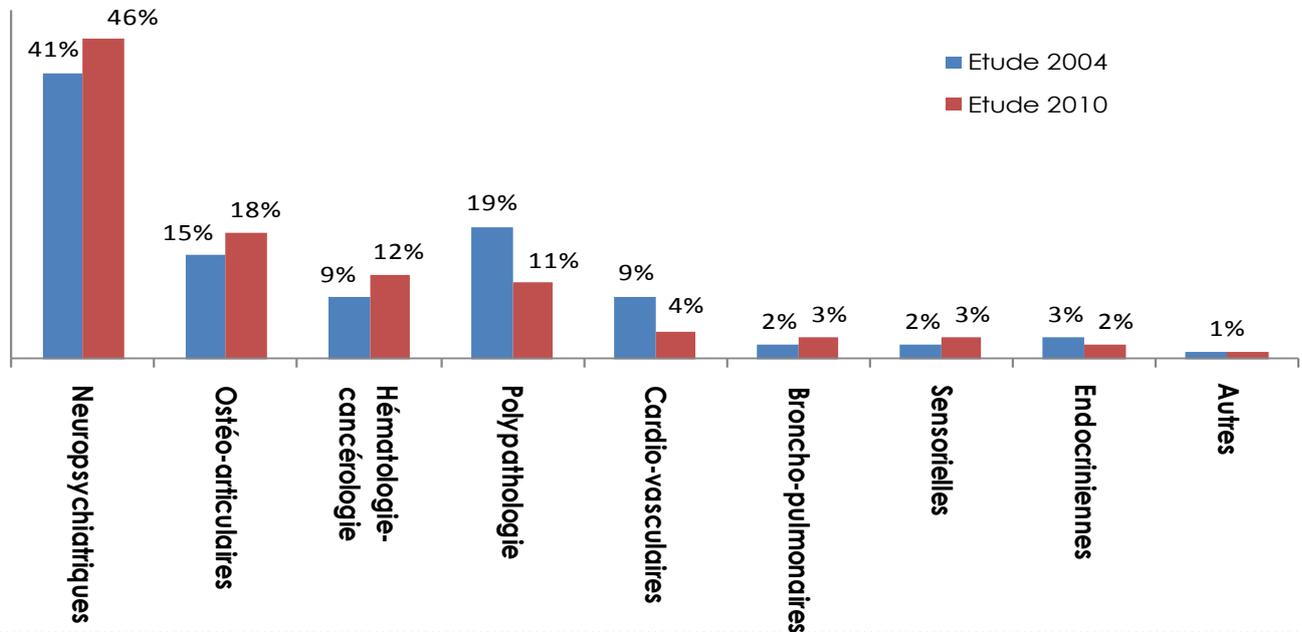
Pour les hommes, qu'ils vivent à domicile ou en établissement, le temps moyen passé dans le dispositif APA est quasiment identique (autour de 19 mois), alors que les femmes restent en moyenne plus longtemps à l'APA à domicile et autant de temps que les hommes en établissement.

Enfin, quel que soit l'âge d'entrée à l'APA, la durée moyenne passée dans le dispositif à domicile est quasiment semblable (autour de 21,5 mois). En établissement, par contre, la durée moyenne passée en tant que bénéficiaires de l'APA augmente beaucoup avec l'âge.

# LES CAUSES D'ENTRÉE DANS LA DÉPENDANCE AU REGARD DES PATHOLOGIES

## 1. Analyse globale sur tous les GIR et tous les territoires : une prépondérance attendue des pathologies neuropsychiatriques

Les médecins du Conseil général de la Loire ont conduit une étude portant sur les principales pathologies à l'origine de la perte d'autonomie en analysant un total de 1259 certificats médicaux de personnes éligibles à l'APA (GIR 1 à 4) sur l'ensemble du territoire ligérien, entre le 01/04/2010 et le 31/10/2010.

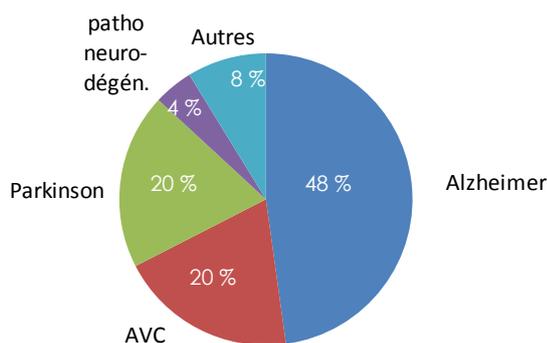


*Note : ne pas traduire les variations des pourcentages constatées entre 2004 et 2010 par des évolutions sur les pathologies diagnostiquées chez les bénéficiaires de l'APA. Les modalités de recueil ont largement évolué (modification de la grille des pathologies dans le certificat médical, recueil réalisé par différents médecins en 2010, (...)). Le rappel de 2004 permet simplement de comparer des ordres de grandeur.*

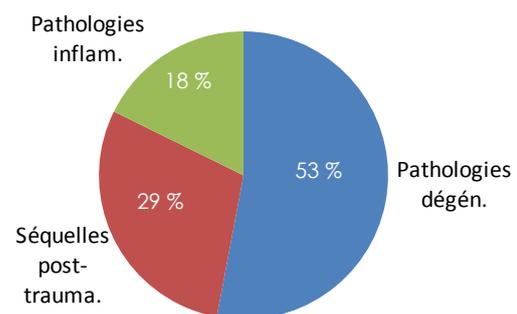
Les pathologies neuropsychiatriques restent la principale cause d'entrée dans la perte d'autonomie suivies des causes ostéo-articulaires. Contrairement aux autres groupes de pathologies où les proportions augmentent le plus souvent avec le degré de dépendance, les pathologies ostéo-articulaires sont plus fortement présentes chez les personnes entrant dans l'APA en GIR 4.

La troisième cause médicale d'entrée dans la dépendance concerne les pathologies liées à la cancérologie ou à l'hématologie (12% en 2010). Il s'agit principalement de cas de cancers. Cependant, si on fait abstraction des GIR 4, les cancers représentent alors la 2<sup>ème</sup> cause d'entrée dans la dépendance après les AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux) pour le GIR 1 et après la maladie d'Alzheimer pour les GIR 2 et 3.

Enfin la poly-pathologie arrive avec 11% immédiatement derrière la cancérologie/hématologie comme 4<sup>ème</sup> cause la plus fréquente d'entrée dans la perte d'autonomie.



Pathologies neuropsychiatriques



Pathologies ostéo-articulaires

**Au total, tous GIR confondus (1 à 4)** les pathologies les plus fréquemment retrouvées à l'occasion d'une première demande d'APA sont :

- La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés : 22%
- Les cancers et hémopathies malignes : 12%
- La polypathologie : 11%
- La maladie de Parkinson : 9%
- Les Accidents Vasculaires Cérébraux : 9%
- La pathologie ostéo-articulaire dégénérative : 9%

## **2. Analyse des disparités territoriales : l'hypothèse de l'impact de l'offre médicale (prévention, diagnostic, prise en charge, etc.) sur la pathologie expliquant l'éligibilité à l'APA**

Cette étude a également permis de souligner **quelques disparités territoriales** dans la répartition des causes d'entrée dans la perte d'autonomie au sein du département de la Loire. Il convient de rester prudent sur les facteurs susceptibles de les expliquer même si plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- L'offre de soins et l'accès à certaines spécialités médicales,
- Les facteurs environnementaux en termes de logements notamment,
- Les facteurs familiaux et l'isolement,
- Le biais méthodologique propre à l'étude et au recueil de données.

# LE CONTENU DES PLANS D'AIDE

## 1. Montant moyen des plans d'aide

Montant moyen mensuel du plan d'aide par GIR au mois de juin 2011  
(uniquement la part prise en charge par le Conseil général)

GIR	Forez		GOP		Roanne		St Etienne		LOIRE		FRANCE	
	Montant décidé	Montant payé	Montant payé	Montant plafond								
GIR 1	782	677	1 043	851	840	756	785	719	868	757	999	1 261,6
GIR 2	576	517	697	611	657	515	611	514	633	538	785	1 081,37
GIR 3	459	389	504	439	512	431	472	378	487	409	579	811,03
GIR 4	275	241	296	256	293	235	299	242	291	243	347	540,69
ENS.	341	299	390	342	364	295	379	312	368	310	492	-
%	88%		88%		81%		82%		84%			

*Note de lecture* : dans le Forez et le GOP, le montant du plan d'aide payé représente 88% du montant du plan d'aide décidé.

*Source* : IODAS – 16 novembre 2011

**Sur l'ensemble des bénéficiaires ligériens, le montant moyen mensuel payé est de 310 €.**

Des écarts infra-départementaux subsistent : le montant le plus élevé est observé sur le GOP (342 €) et cela se vérifie sur chaque GIR, avec des écarts non négligeables sur les GIR 1 et 2. Le montant moyen le plus faible se trouve sur Roanne (295 €).

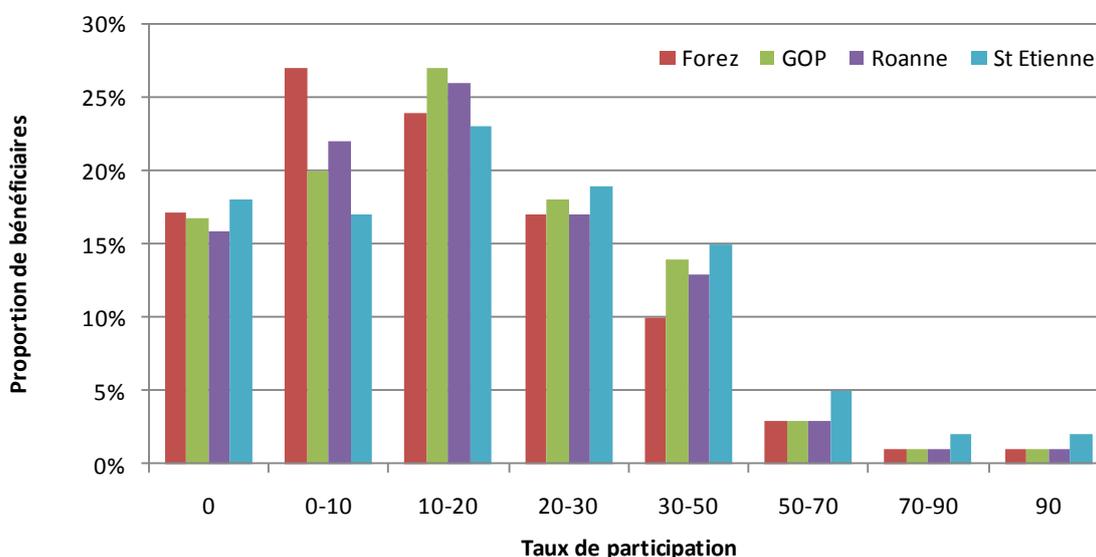
Cette hiérarchie des territoires est différente sur l'analyse des montants décidés, mais non encore payés. En effet, les montants les plus faibles sont sur le territoire du Forez, et ce quel que soit le GIR.

Le montant du plan d'aide finalement payé, représente en moyenne sur l'ensemble du département, 84% du montant du plan d'aide décidé.

Les territoires se répartissent en 2 groupes : Forez et GOP aux proportions supérieures à la moyenne ligérienne ; Roanne et Saint Etienne aux proportions inférieures. Selon les GIR, la proportion du montant du plan payé s'écarte très peu de la moyenne de chaque territoire, tout GIR confondu.

Les variations entre montant décidé et montant payé montrent que sur certains territoires les bénéficiaires consomment plus ou moins les aides attribuées. Cette « sous-consommation » peut notamment s'expliquer par les taux de participation et les types d'aide attribués.

## 2. Taux de participation des bénéficiaires de l'APA à domicile



*Note de lecture* : 27% des bénéficiaires du Forez ont un taux de participation supérieur à 0 et inférieur à 10%.

	Forez	GOP	Roanne	St Etienne
Médiane	12,3	14,9	14,4	16,5
Écart-type	17,2	16,7	17,1	20,3

Saint Etienne se démarque des autres territoires par le taux médian de participation le plus élevé, et des disparités de taux également les plus fortes (écart-type à 20,3). C'est également le territoire où la part du plan d'aide payée est la moins élevée.

Le taux médian le plus faible se trouve sur le territoire du Forez, qui est également un des territoires où le volume du plan d'aide consommé est le plus élevé.

### 3. Répartition des aides humaines et des autres aides

#### Évolution et répartition du nombre d'heures attribuées par territoire selon le mode d'intervention à domicile Au 31/12/2012

AIDES HUMAINES						
Territoire	Nombre total d'heures 2012	évolution depuis le 31/12/2011	% Heures prestataires	% Heures prestataires libre	% Heures mandataires	% Heures Emploi direct
Saint- Etienne	878 238	- 1,9 %	71 %	4 %	4 %	21 %
GOP	634 987	- 5,1 %	77 %	2 %	5 %	16 %
Forez	579 179	- 1,5 %	85 %	0,5 %	1,5 %	13 %
Roanne	850 657	- 5,2 %	80 %	2 %	1 %	17 %
<b>LOIRE</b>	<b>2 944 021</b>	<b>- 3,5 %</b>	<b>77,5 %</b>	<b>2,5 %</b>	<b>3 %</b>	<b>17 %</b>

#### Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile selon les aides non-humaines constitutives du plan d'aide Au 30/06/2011

AUTRES AIDES						
Territoire	Portage de repas	Téléalarme	Protections	Aide technique	Adaptation du logement	Frais de transport
Forez	12%	18%	18%	2%	0,4%	0,3%
GOP	11%	20%	25%	2%	0,3%	1,2%
Roanne	11%	19%	10%	1%	0,4%	0,2%
St Etienne	12%	17%	18%	3%	0,4%	2,5%
<b>Loire</b>	<b>11%</b>	<b>19%</b>	<b>17%</b>	<b>2%</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,1%</b>

Note de lecture : 85% des bénéficiaires de l'APA Domicile sur le Forez disposent d'heures d'aide humaine en service prestataire dans leur plan d'aide. 19% des bénéficiaires de l'APA Domicile sur le Roannais sont aidés pour l'installation de leur téléalarme. Sur chaque territoire, le total des pourcentages est supérieur à 100% puisqu'une personne bénéficie généralement de plusieurs aides dans son plan.

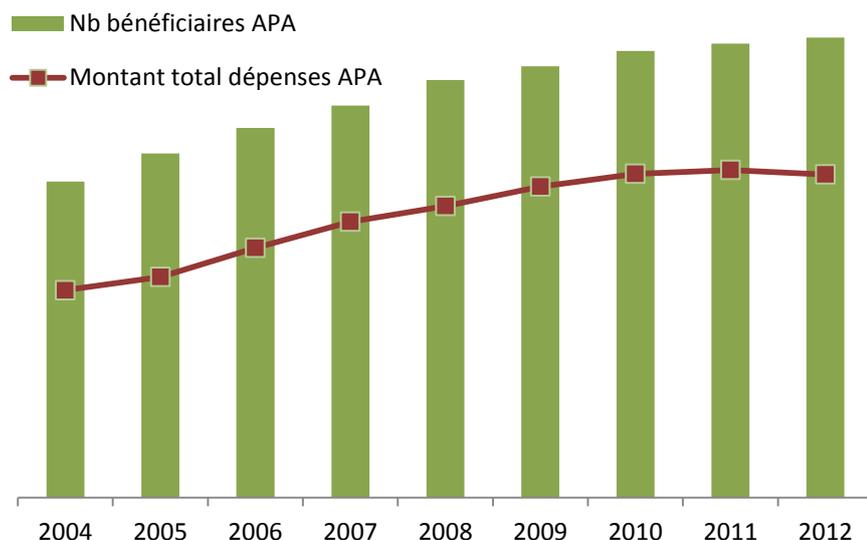
**Les bénéficiaires de l'APA à domicile disposent majoritairement d'heures d'aide humaine** dans leur plan d'aide, principalement dispensées par un service prestataire. Les autres aides concernent beaucoup moins de bénéficiaires avec néanmoins un **volume non négligeable sur la téléalarme, les protections et le portage de repas.**

Selon les éléments constitutifs du plan d'aide, les disparités entre territoire sont plus ou moins marquées. Les volumes de bénéficiaires concernés par le portage de repas, la téléalarme, l'aide technique, l'adaptation du logement sont assez homogènes sur l'ensemble des territoires. En revanche, les autres types d'aide marquent de fortes disparités.

# L'IMPACT BUDGETAIRE

## 1. Volume financier des dépenses

### Evolution des dépenses d'APA depuis 2004



Les dépenses liées à l'allocation personnalisée d'autonomie sont passées de 43 828 023 € en 2004 à 68 273 256 € en 2012, soit une hausse de +55,77 % sur cette période.

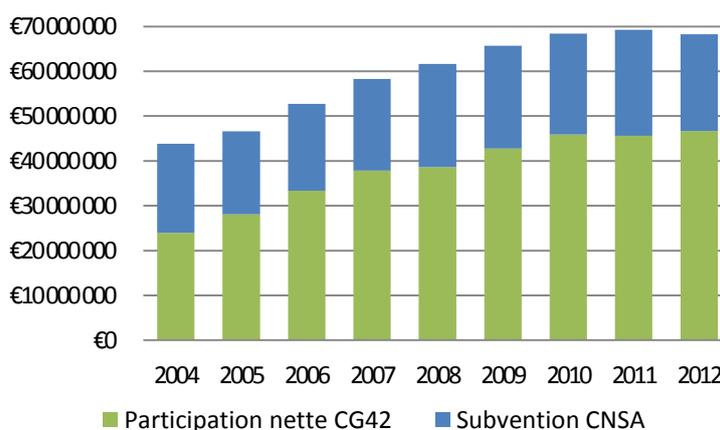
Cette augmentation s'explique en grande partie par la hausse du nombre de bénéficiaires depuis 2004 (+45,45 % entre 2004 et 2012) et la hausse régulière des tarifs horaires.

## 2. Contribution de la CNSA aux dépenses d'APA

### Évolution des dépenses liées à l'APA et répartition du financement entre la CNSA et le Département depuis 2004

Année	Budget total APA	Subvention CNSA	% de compensation
2004	43 828 023 €	19 858 287 €	45,31%
2005	46 635 378 €	18 510 656 €	39,69%
2006	52 767 990 €	19 408 692 €	36,78%
2007	58 300 704 €	20 416 172 €	35,02%
2008	61 622 541 €	22 995 871 €	37,32%
2009	65 731 598 €	22 975 058 €	34,95%
2010	68 421 920 €	22 542 898 €	32,95%
2011	69 233 847 €	23 632 016 €	34,13%
2012	68 273 256 €	21 626 000 €	31,68% *

\* Le solde de la subvention CNSA 2012 n'a pas encore été perçu.



La subvention de la CNSA a augmenté de +8,90 % entre 2004 et 2012, alors que la participation nette du Conseil général de la Loire aux dépenses liées à l'APA a évolué de +94,61 % sur la même période.

### 3. Dépenses totales brutes d'APA par habitant et par bénéficiaire

#### Dépenses totales brutes d'APA (hors charges de personnel) en 2010

	€ par habitant	€ par bénéficiaire
Loire	91,60	3 803,00
France *	81,70	4 513,00

\* Hors Guadeloupe

Sources : Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale; Insee, estimations de population au 01/01/10, à la date de mise à jour du tableau

La Loire est un des départements qui compte le plus de bénéficiaires APA : au 31/11/2011, la Loire est au 17<sup>ème</sup> rang des départements pour son nombre de bénéficiaires de l'APA (sur 100 départements).

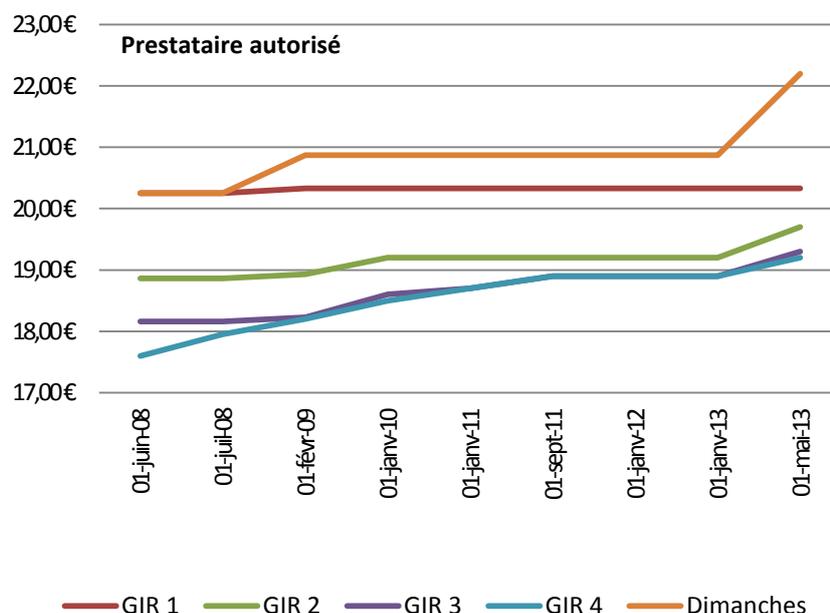
### 4. Évolution des tarifs entre 2008 et 2012

#### Évolution des coûts de référence des heures d'intervention à domicile pour l'APA

Type d'intervenants	Jours	Tarification par GIR	01/06/08	01/07/08	01/02/09	01/01/10	01/01/11	01/09/11	01/01/12	01/01/13	01/05/13	
Prestataire autorisé	Ouvrables	GIR 1	20,25 €	20,25 €	20,33 €	20,33 €	20,33 €	20,33 €	20,33 €	20,33 €	20,33 €	20,33 €
		GIR 2	18,86 €	18,86 €	18,93 €	19,20 €	19,20 €	19,20 €	19,20 €	19,20 €	19,20 €	19,70 €
		GIR 3	18,16 €	18,16 €	18,23 €	18,60 €	18,70 €	18,90 €	18,90 €	18,90 €	18,90 €	19,30 €
		GIR 4	17,60 €	17,95 €	18,20 €	18,50 €	18,70 €	18,90 €	18,90 €	18,90 €	18,90 €	19,20 €
	Dimanches	Dimanches	20,25 €	20,25 €	20,87 €	20,87 €	20,87 €	20,87 €	20,87 €	20,87 €	20,87 €	22,20 €
Prestataire libre	Ouvrables	-	17,46 €	17,46 €	18,20 €	18,20 €	18,20 €	18,20 €	18,20 €	18,20 €	18,90 €	
	Dimanches	-	17,46 €	17,46 €	18,20 €	18,20 €	18,20 €	18,20 €	18,20 €	18,20 €	18,90 €	
Mandat	Ouvrables	-	11,94 €	11,94 €	11,94 €	11,94 €	11,94 €	11,94 €	11,94 €	11,94 €	11,94 €	
	Dimanches	-	13,84 €	13,84 €	13,84 €	13,84 €	13,84 €	13,84 €	13,84 €	13,84 €	13,84 €	
Emploi direct	Ouvrables	-	11,02 €	11,02 €	11,02 €	11,02 €	11,02 €	11,02 €	11,02 €	11,02 €	11,02 €	
	Dimanches	-	11,41 €	11,41 €	11,41 €	11,41 €	11,41 €	11,41 €	11,41 €	11,41 €	11,41 €	

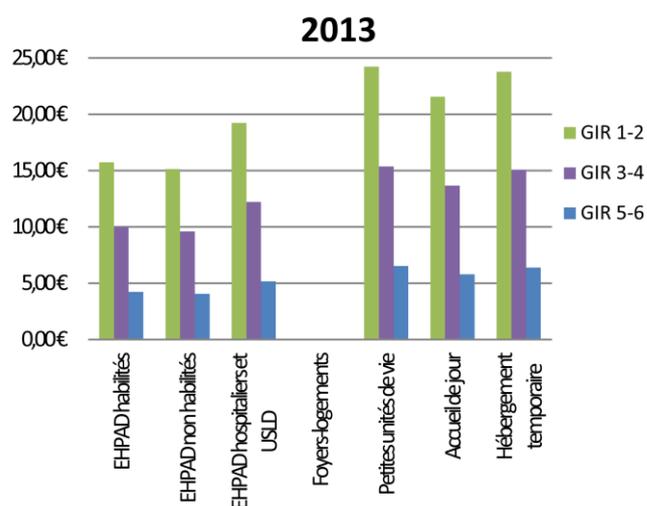
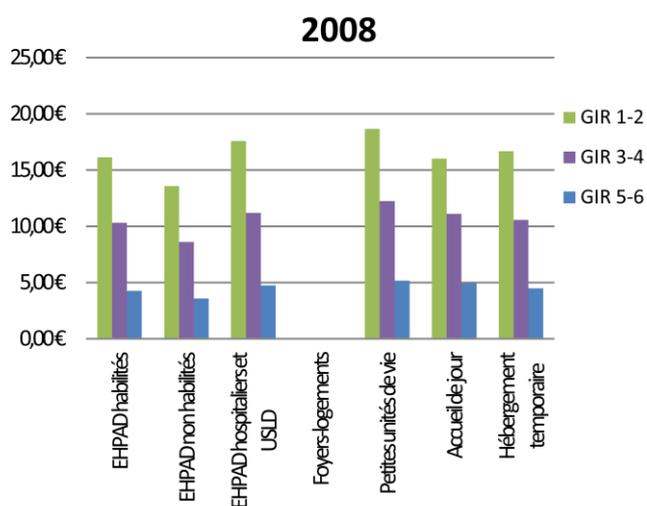
Au 31/12/2012, plus de 77 % des heures d'intervention à domicile sont réalisées par un service prestataire autorisé.

#### Évolution du coût de référence des heures d'intervention à domicile par un service prestataire autorisé pour l'APA



## Évolution du tarif dépendance en établissements pour personnes âgées

TYPE D'ETABLISSEMENTS	2008				2013				Évolution tarif moyen
	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	moyen	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	moyen	
EHPAD habilités	16,15 €	10,31 €	4,28 €	13,17 €	15,75 €	10,00 €	4,24 €	15,15 €	15,03%
EHPAD non habilités	13,58 €	8,63 €	3,59 €	10,52 €	15,14 €	9,61 €	4,08 €	11,85 €	12,64%
EHPAD hospitaliers et USLD	17,60 €	11,20 €	4,75 €	14,15 €	19,25 €	12,22 €	5,18 €	17,11 €	20,92%
Foyers-logements									
Petites unités de vie	18,68 €	12,25 €	5,18 €	10,89 €	24,24 €	15,38 €	6,53 €	12,69 €	16,53%
Accueil de jour	16,04 €	11,13 €	4,94 €	12,02 €	21,56 €	13,68 €	5,80 €	15,28 €	27,12%
Hébergement temporaire	16,68 €	10,58 €	4,49 €	10,58 €	23,79 €	15,10 €	6,41 €	13,29 €	25,61%

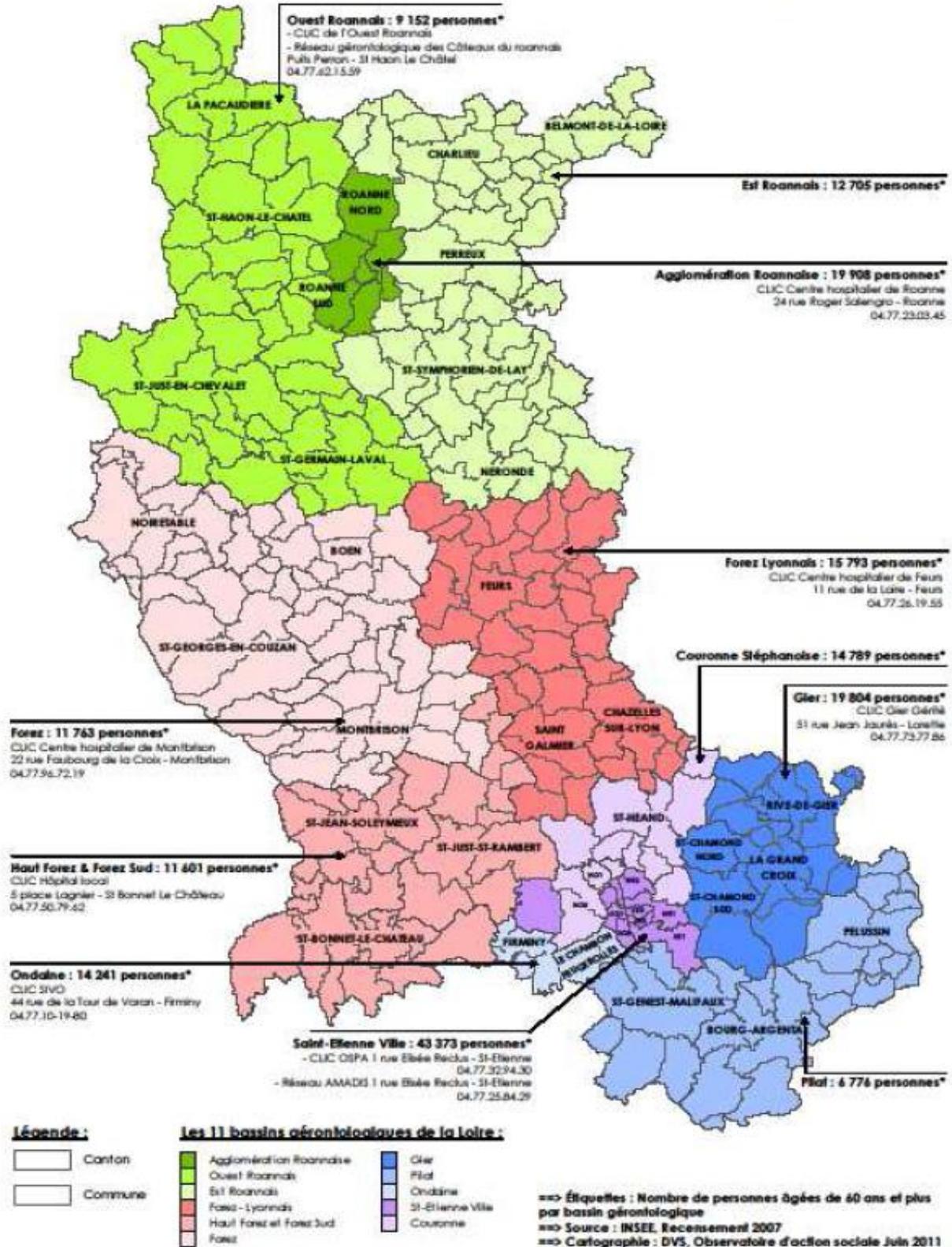


# DES BASSINS GERONTOLOGIQUES AUX TERRITOIRES DE FILIERES

## 1. Organisation de la coordination gérontologique : les conséquence de la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)

En juillet 2009, avant la promulgation de la loi HPST, le département de la Loire est décomposé en 11 bassins gérontologiques, sur lesquels interviennent les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Des critères démographiques déterminent la création d'un CLIC sur un bassin, d'où l'absence de CLIC sur 3 bassins gérontologiques.

### Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique et réseaux sur les bassins gérontologiques de la Loire



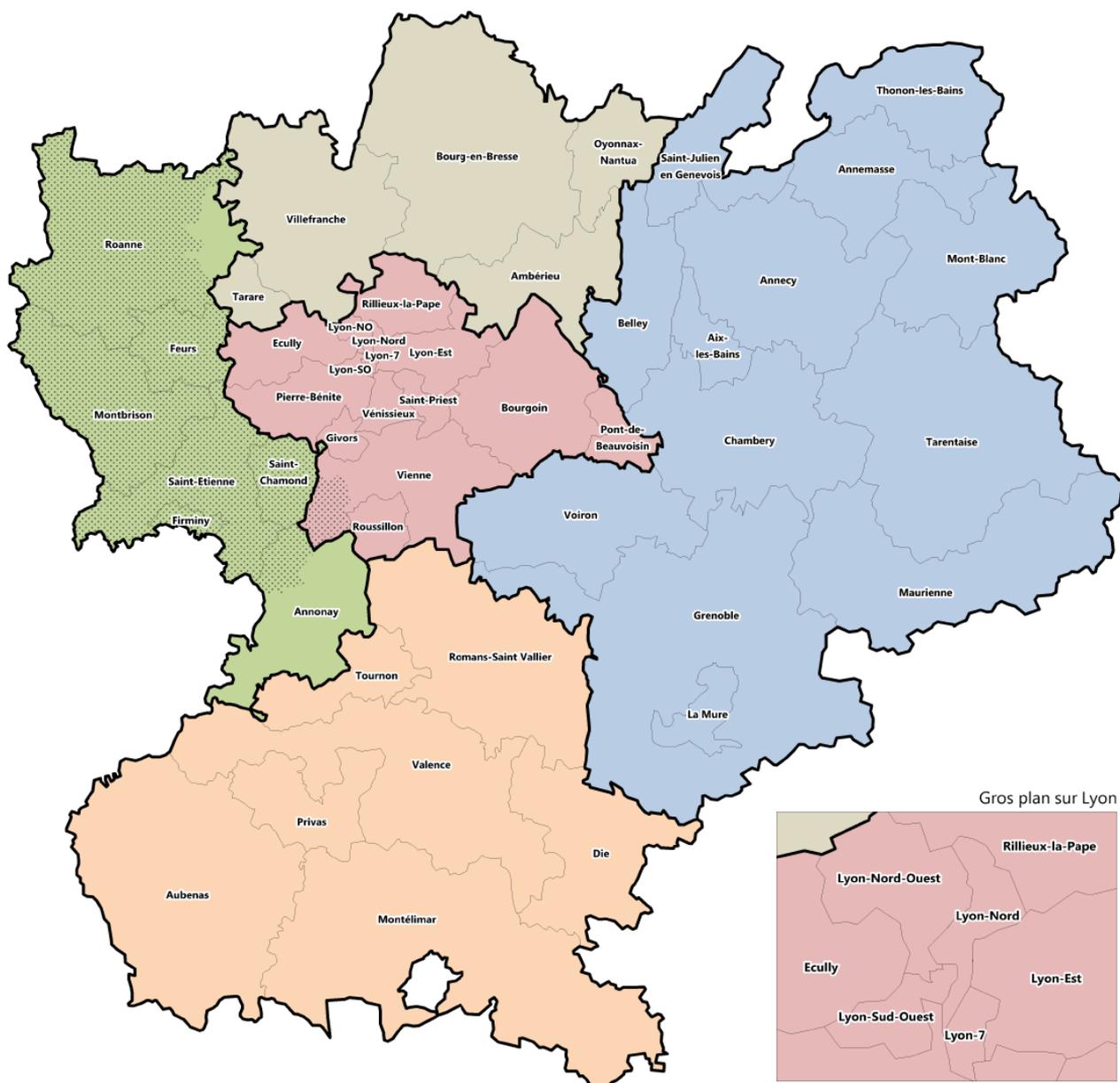
La loi HPST a créé les Agences régionales de santé en 2010 : une nouvelle gouvernance s'est dessinée dans le paysage gérontologique, avec de nouveaux découpages territoriaux et niveaux de décision.

## Les zones de soins de proximité et territoires de santé en Rhône-Alpes

La loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 prévoit que chaque agence régionale de santé (ARS) « définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ».

Ces territoires servent de référence pour le schéma régional d'organisation des soins, dans sa partie opposable (établissements). La région Rhône-Alpes est organisée en cinq territoires de santé, définis par l'arrêté du 18 octobre 2010 du directeur général de l'ARS.

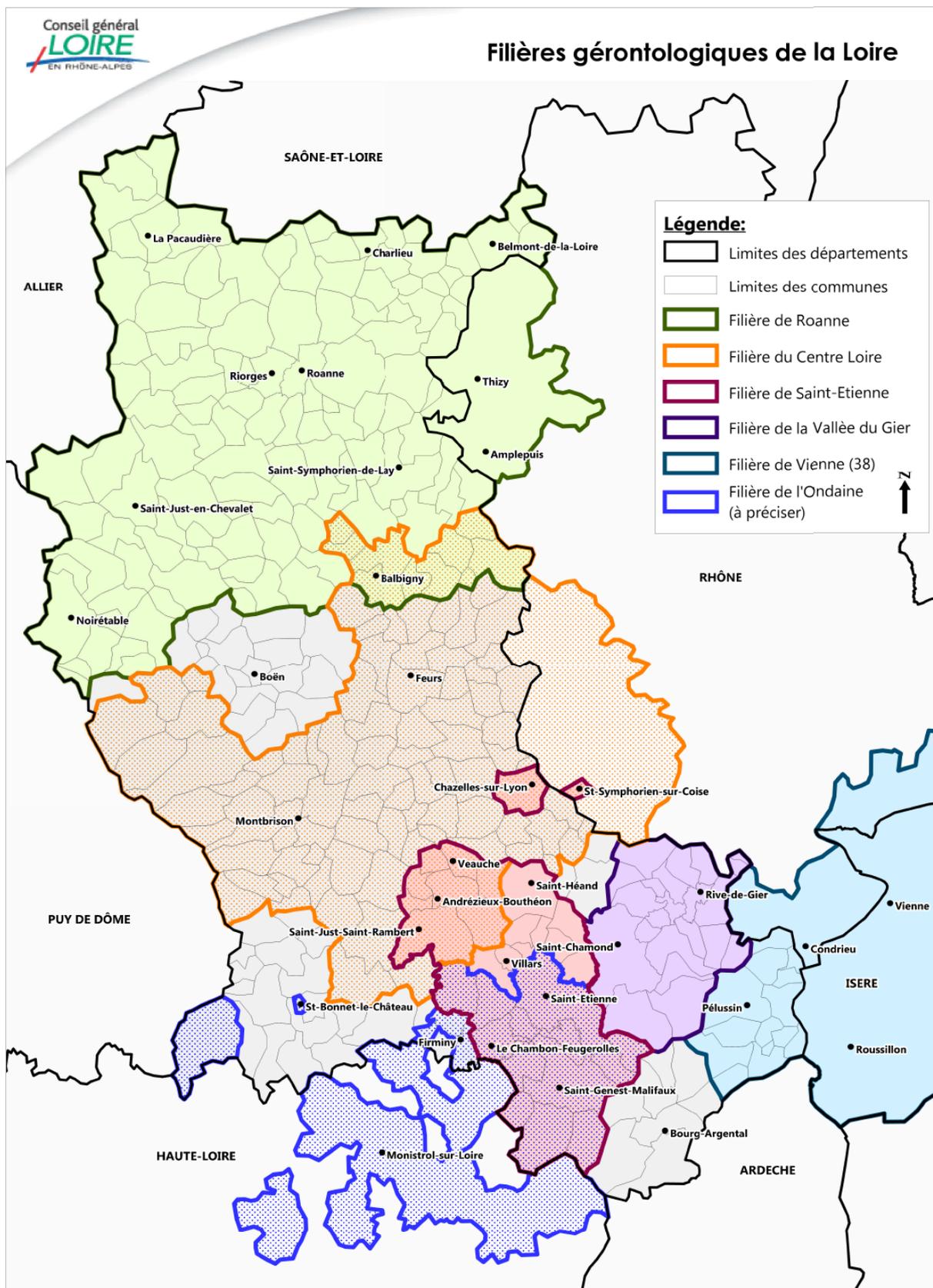
**Source: Agence régionale de santé Rhône-Alpes**



<b>Légende:</b>		<b>Les 5 territoires de santé de Rhône-Alpes:</b>	
Territoire de Santé	Zone de soins de proximité	Centre	Ouest
Département de la Loire		Est	Sud
		Nord	

N ↑

Une **filière gérontologique** regroupe l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux concourant à la prise en charge globale de la personne âgée et les représentants des usagers sur un territoire d'action fonctionnel. Ces acteurs définissent des actions concrètes visant à **améliorer et faciliter le parcours de la personne âgée**.



01/03/2012 - DELEGATION A LA VIE SOCIALE - Observatoire d'Action Sociale: "Mieux connaître pour mieux agir"



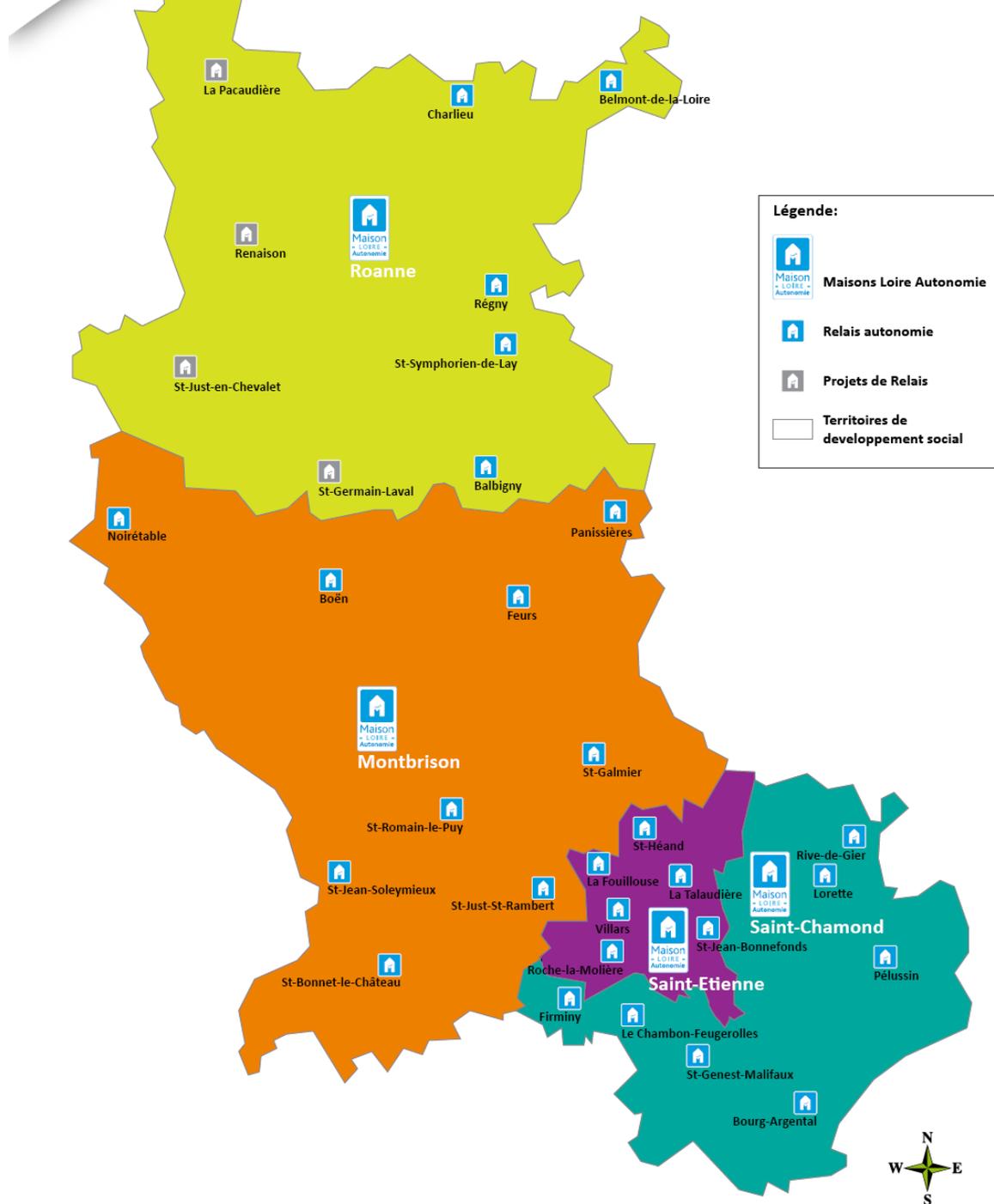
## 2. Création de la Maison Loire Autonomie

Afin de mener une véritable politique de l'autonomie, la **Maison Loire Autonomie** a été mise en œuvre en 2012. La Maison Loire Autonomie est un guichet unique à destination des personnes en perte d'autonomie, sans distinction de leur âge. Elle intègre les compétences des services du Conseil général, de la Maison départementale des personnes handicapées et des CLIC.



### Quatre Maisons Loire Autonomie et 31 Relais autonomie

Source : Conseil général de la Loire



26/06/2013 - PÔLE VIE SOCIALE - Observatoire d'action sociale: «Mieux connaître pour mieux agir»



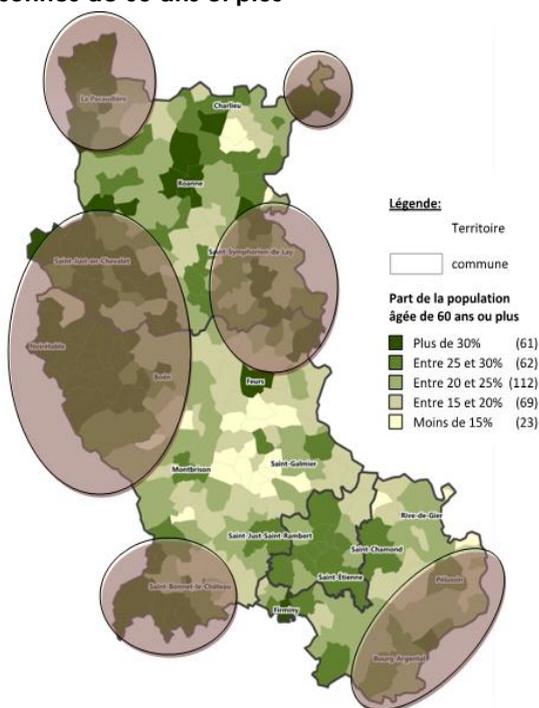
# LA MOBILITE (transports et déplacements)

## 1. Indicateur de la dépendance des séniors en terme de mobilité

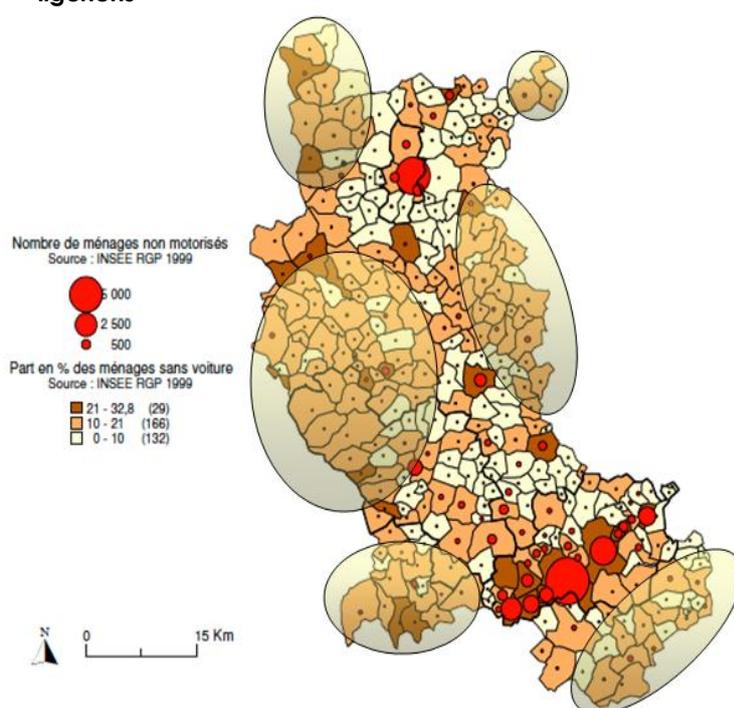
Les personnes de 60 ans et plus se concentrent sur deux secteurs principaux dans la Loire :

- Les **secteurs urbains**, où la dépendance en terme de mobilité est limitée, dans la mesure où ces secteurs sont bien desservis en transports publics et où la non-motorisation des ménages est faible,
- Les **secteurs très ruraux**, où la dépendance en terme de mobilité est plus importante, en raison d'une offre de transport public limitée et d'une plus forte non-motorisation des ménages dans ces zones.

### Secteurs très ruraux avec une forte concentration de personnes de 60 ans et plus



### Secteurs de forte non-motorisation des ménages ligériens



Source : Pôle Vie Sociale – Observatoire d'action sociale : « Mieux connaître pour mieux agir »

## 2. Temps d'accès aux équipements et services de proximité

Un accès théoriquement rapide aux équipements et services situés dans les communes centres des bassins de vie, mais nécessitant toutefois d'être véhiculé ou motorisé.

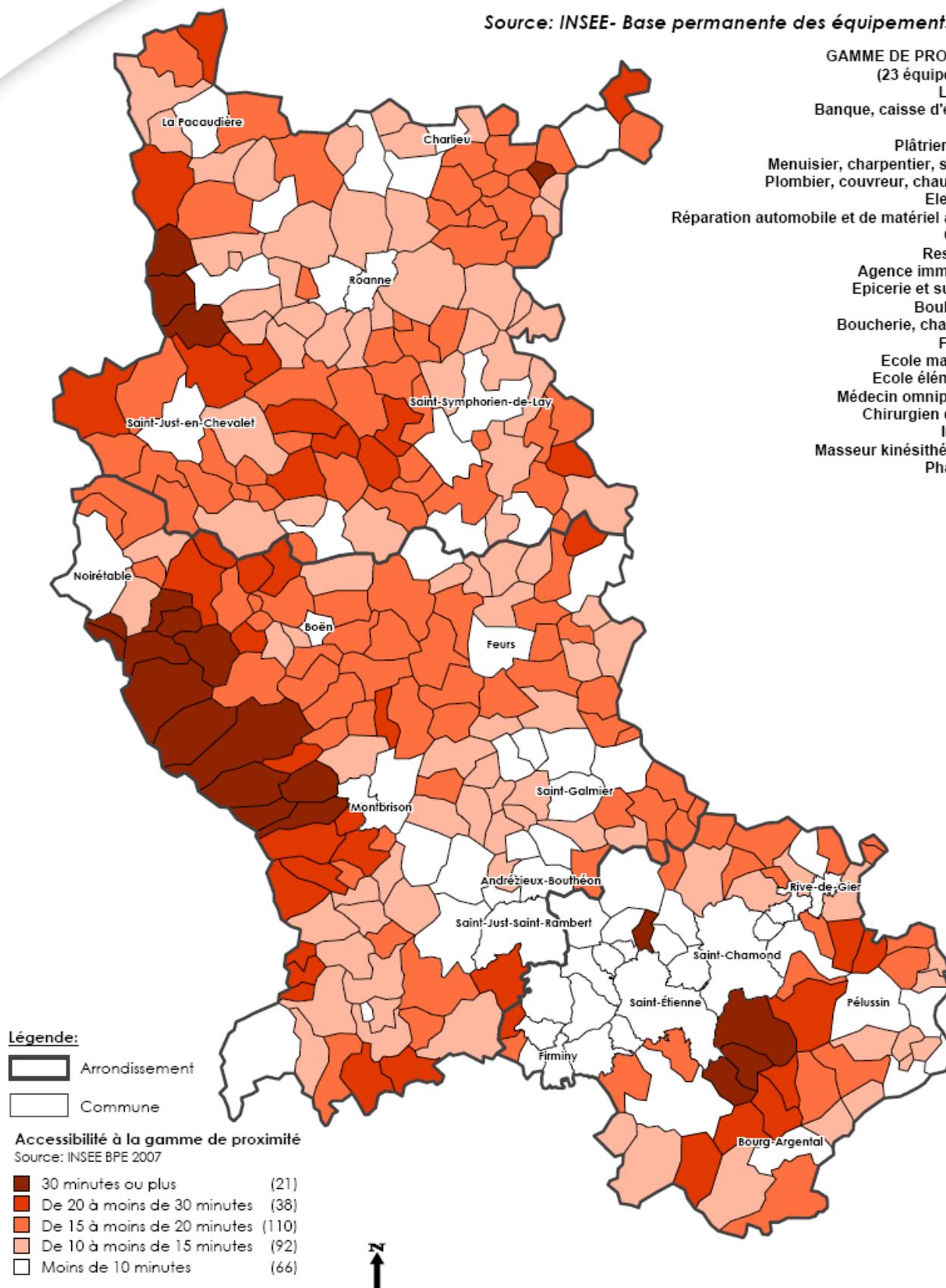
L'ouest ligérien et le Pilat sont les secteurs du Département où les temps d'accès aux équipements et services de proximité sont les plus élevés.

## Accessibilité à la gamme de services de proximité dans les communes du département de la Loire

Source: INSEE- Base permanente des équipements 2007

### GAMME DE PROXIMITE (23 équipements)

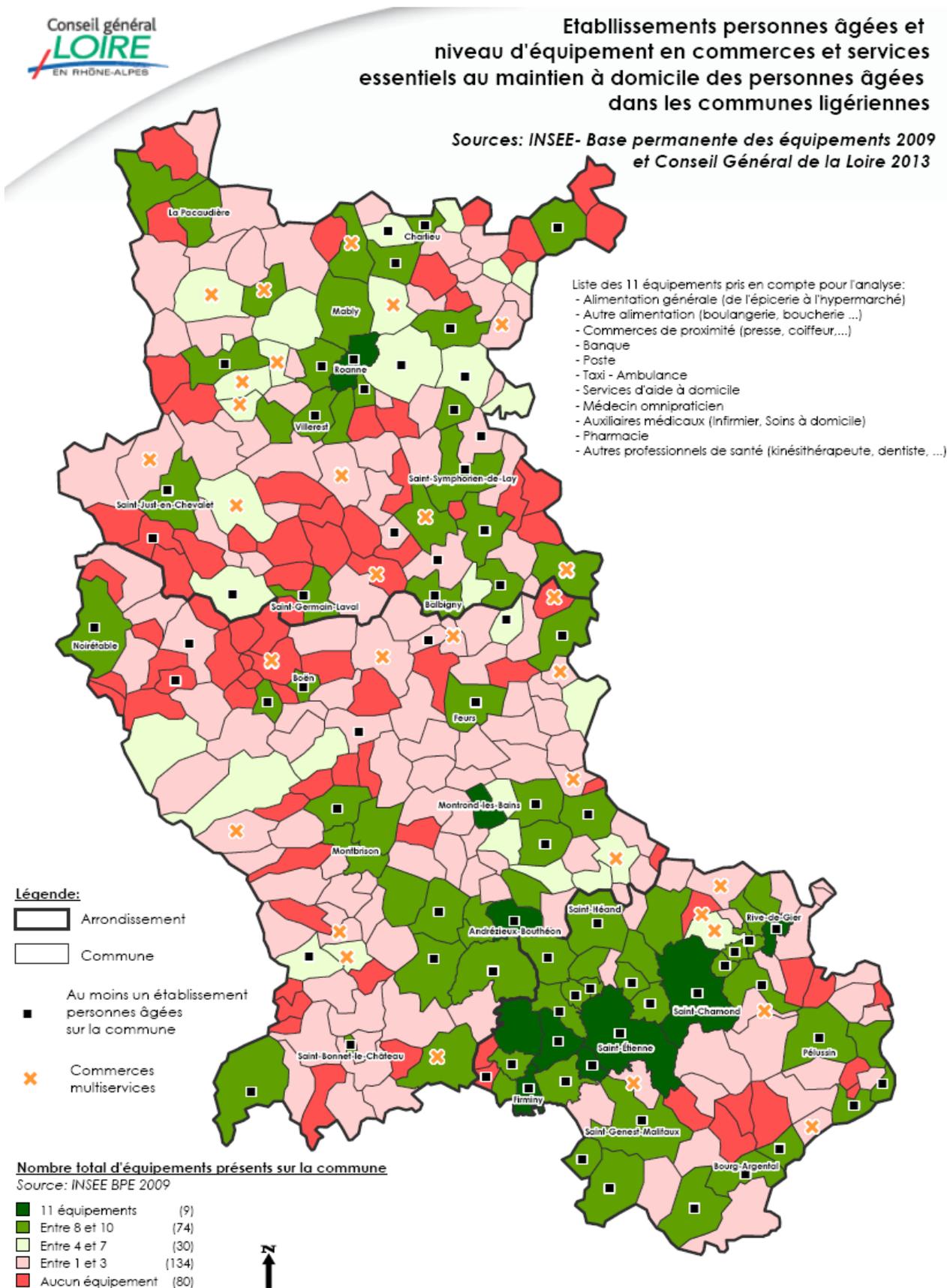
- La Poste
- Banque, caisse d'épargne
- Maçon
- Plâtrier peintre
- Menuisier, charpentier, serrurier
- Plombier, couvreur, chauffagiste
- Electricien
- Réparation automobile et de matériel agricole
- Coiffure
- Restaurant
- Agence immobilière
- Epicerie et supérette
- Boulangerie
- Boucherie, charcuterie
- Fleuriste
- Ecole maternelle
- Ecole élémentaire
- Médecin omnipraticien
- Chirurgien dentiste
- Infirmier
- Masseur kinésithérapeute
- Pharmacie
- Taxi



## 1. Établissements pour personnes âgées et niveau d'équipement en commerces et services

### Établissements personnes âgées et niveau d'équipement en commerces et services essentiels au maintien à domicile des personnes âgées dans les communes ligériennes

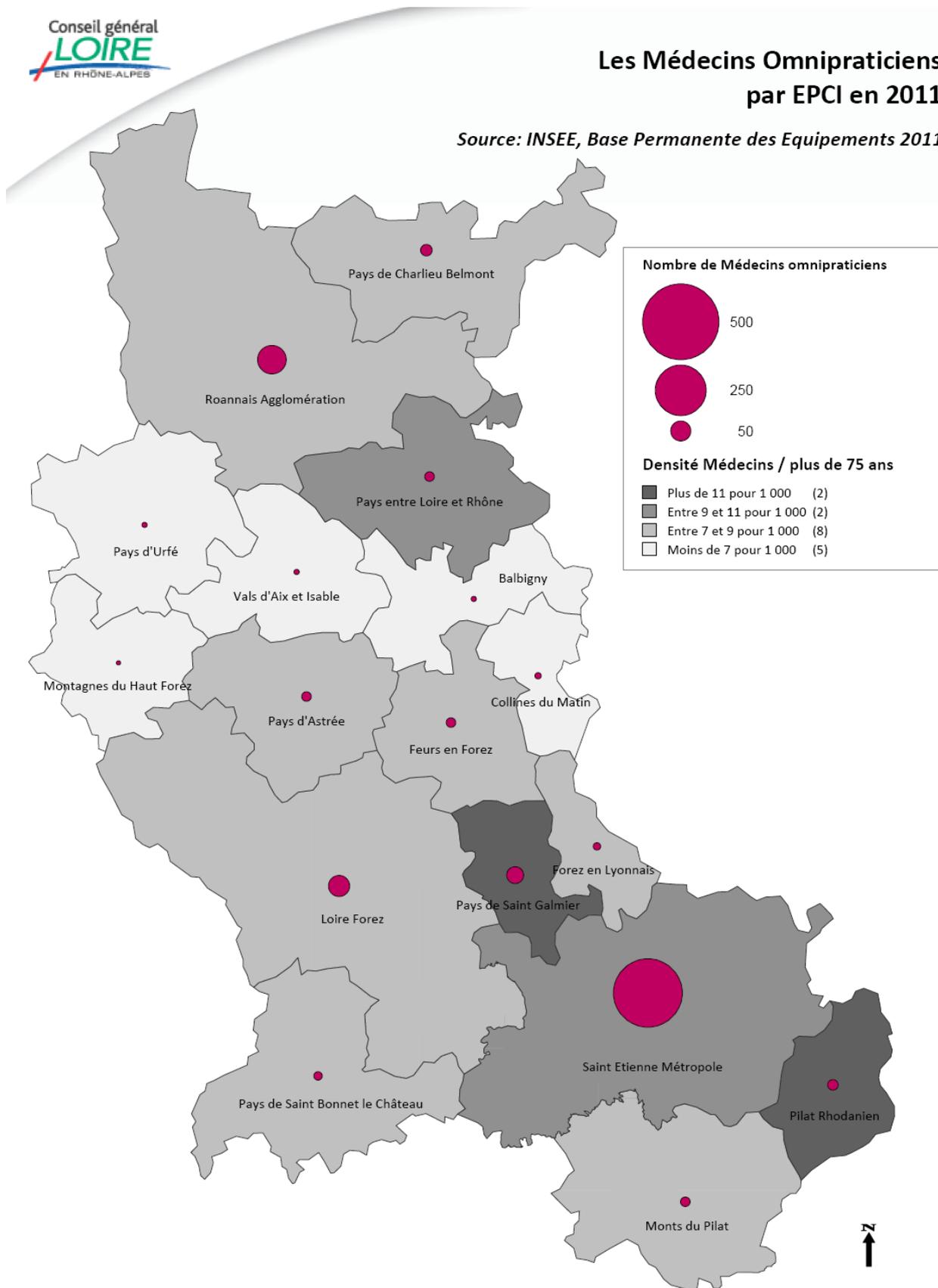
Sources: INSEE- Base permanente des équipements 2009 et Conseil Général de la Loire 2013



## 1. Les médecins

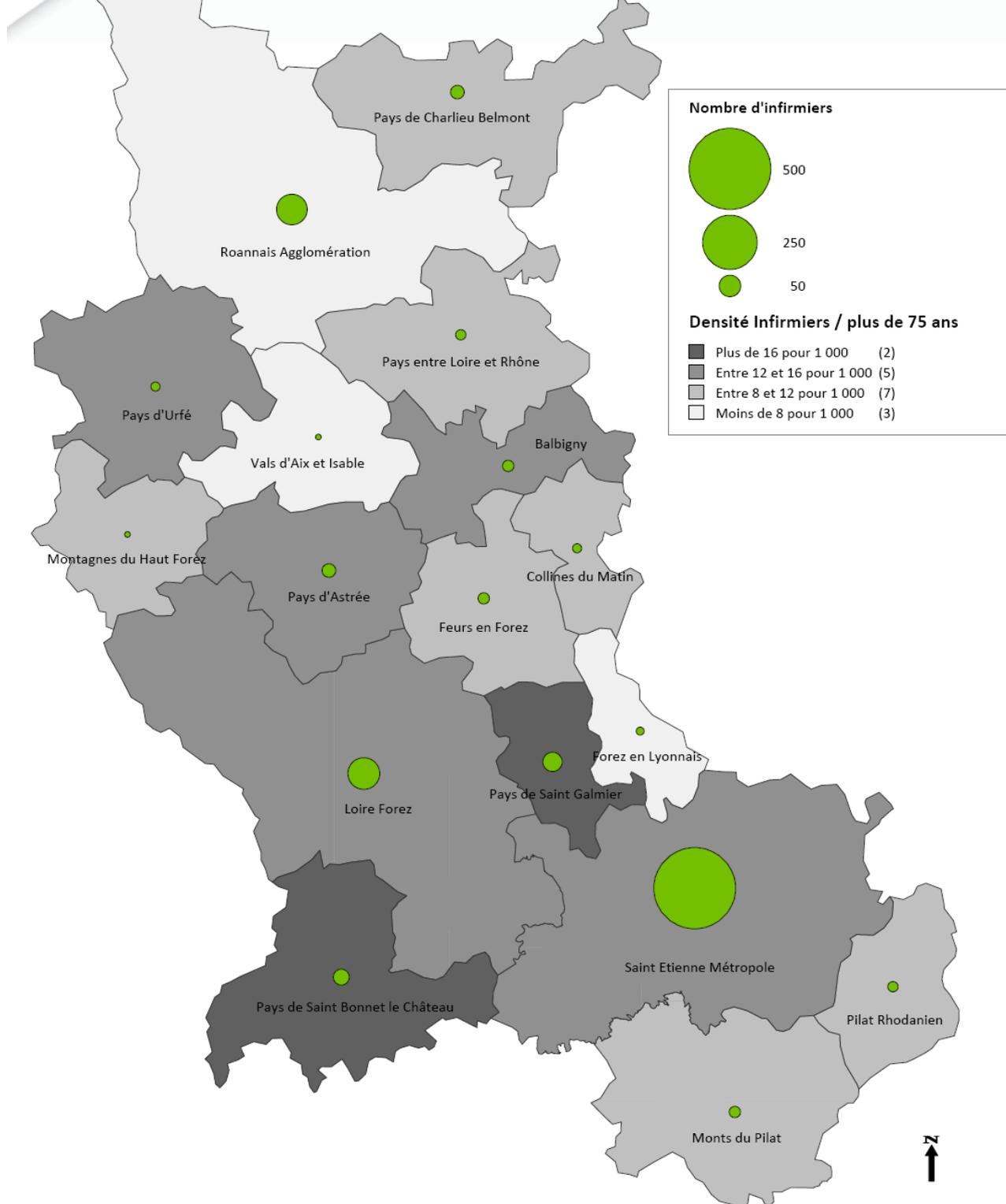
### Les Médecins Omnipraticiens par EPCI en 2011

Source: INSEE, Base Permanente des Equipements 2011



## Les Infirmiers par EPCI en 2011

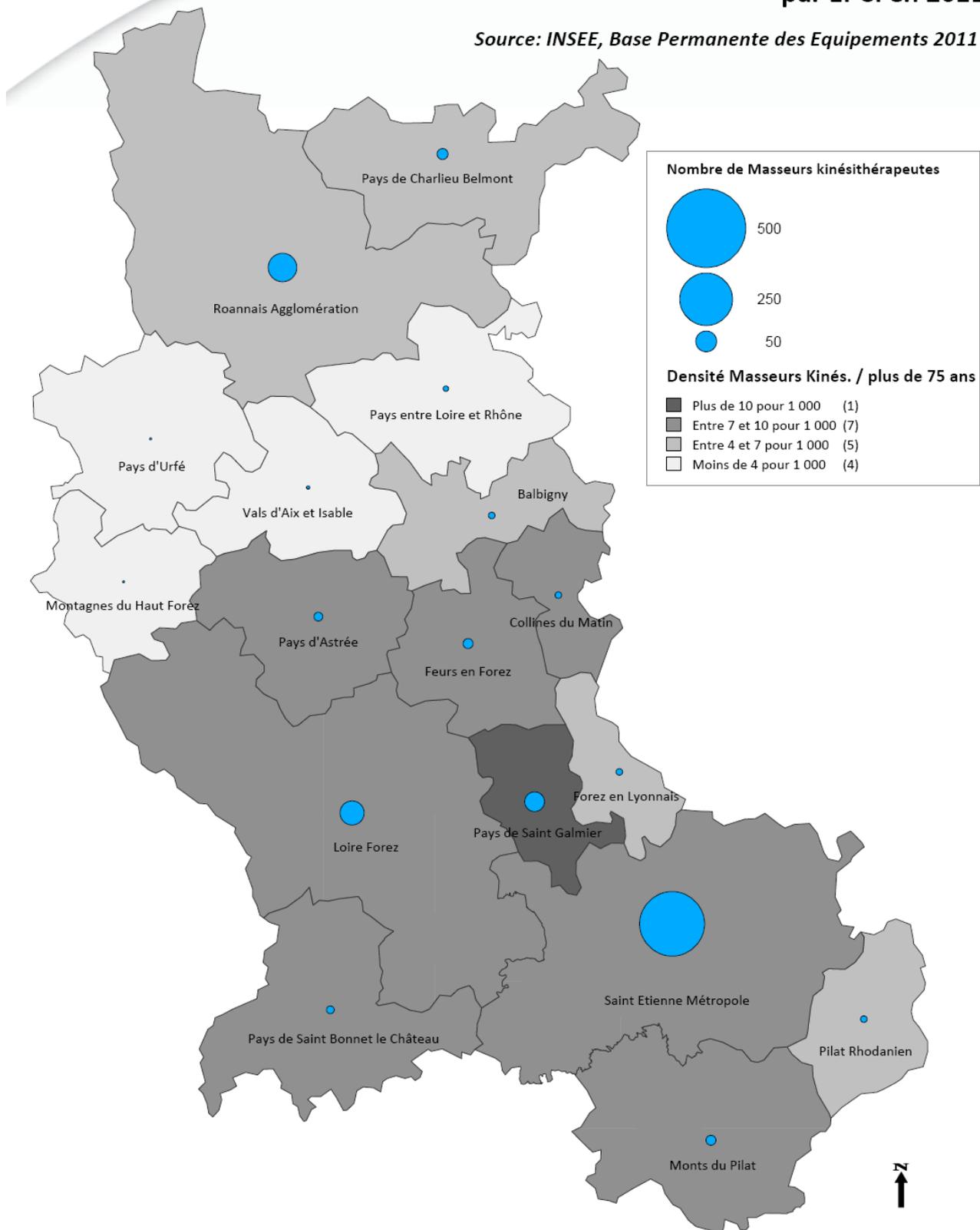
Source: INSEE, Base Permanente des Equipements 2011



### 3. Les kinésithérapeutes

## Les Masseurs Kinésithérapeutes par EPCI en 2011

Source: INSEE, Base Permanente des Equipements 2011



# L'ADAPTATION DE L'OFFRE

## 1. Évolution 2008-2013 de l'offre d'aide à domicile

### Évolution de l'offre de services d'aide à domicile entre 2008 et 2013

	au 31/12/2008	au 30/06/2013
<b>Nombre de structures</b>	<b>31</b>	<b>35</b>
<i>dont agréées</i>	11	16
<i>dont autorisées</i>	20	19
<i>dont associatives</i>	17	17
<i>dont privée à but lucratif</i>	14	18

Nombre de créations depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 : 21

Nombre de fermetures depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 : 13

Le Département de la Loire travaille depuis 2003, en collaboration avec la CNSA, à la **modernisation de l'aide à domicile** sur

diverses thématiques, notamment la gestion des ressources humaines, la mise en œuvre d'une démarche qualité et de l'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers en perte d'autonomie, l'appui aux projets d'investissement, le développement de partenariats, la communication relative au secteur...

En participant aux actions innovantes engagées et en élargissant leur offre de service, les services d'aide à domicile jouent un rôle essentiel dans la politique départementale en faveur du maintien à domicile des personnes âgées.

## 2. Évolution 2008-2013 de l'offre en établissements

	au 31/12/2008	au 30/06/2013
<b>EHPAD</b>		
Nombre de structures	94	94
Nombre de places	7 192	7 704
<i>dont hébergement temporaire</i>	53	95
<i>dont accueil personnes handicapées vieillissantes (PHV)</i>	12	12
<i>dont cantou unité Alzheimer</i>	868	918
<b>EHPAD hospitaliers</b>		
Nombre de structures	13	12
Nombre de places	1 757	1 869
<i>dont hébergement temporaire</i>	2	4
<i>dont accueil de jour</i>	1	1
<i>dont cantou unité Alzheimer</i>	172	172
<b>Foyers résidences</b>		
Nombre de structures	29	26
Nombre de places	1 760	1 636
<b>Petites unités de vie</b>		
Nombre de structures	6	7
Nombre de places	126	164
<b>Unités de soins longue durée (USLD)</b>		
Nombre de structures	6	5
Nombre de places	686	539
<i>dont accueil de jour</i>	1	1
<b>Accueil de jour</b>		
Nombre de structures	7	16
Nombre de places	71	179
<b>Hébergement temporaire</b>		
Nombre de structures	1	3
Nombre de places	9	35

Nombre de créations de place depuis 2008 : **+ 525 places**,

- dont + 624 places en EHPAD et EHPAD hospitaliers,
- dont - 124 places en foyers-logements,
- dont - 147 places en USLD,
- dont + 108 places en accueil de jour.

Depuis 2008, **11 établissements ont bénéficié de subventions d'investissement** pour financer leurs restructurations, pour un montant total de **8 071 619 €**.

Le **taux d'équipement en structures d'hébergement complet** pour personnes âgées (lits en maison de retraite, logements en logements-foyers, lits d'hébergement temporaires et lits en USLD) de la Loire est ainsi passé **entre 2010 et 2012 de 151 à 156,1 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus**.

À titre comparatif, celui de la région est passé de 131,9 à 135,9 sur la même période.

*NB : le nombre de structures est comptabilisé en nombre de structures juridiques, et non en nombre de sites d'accueil (une structure juridique pouvant disposer de plusieurs sites d'accueil).*

Afin de maintenir le taux d'équipement au regard de l'évolution de la population âgée, le Département a mis en œuvre et financé la création de places médicalisées.

### Taux d'équipement en lits médicalisés pour 1000 habitants de 75 ans et plus

	France	Rhône-Alpes	Loire	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
<b>2010</b>	101	111,1	<b>134,1</b>	140,6	179,7	98,5	89,1	100,2	96,7	94,2
<b>2012</b>	103,3	111,3	<b>132,9</b>	138,1	170,6	100,7	90,6	97,6	101,6	105,5

Source : Drees - ARS - FINESS

Les fortes disparités observées au niveau régional en 2010 se réduisent légèrement sur l'année 2012. Le taux ligérien diminue, le taux régional stagne et celui de la France augmente légèrement.

### Actualisation de l'objectif de création de places en vue du maintien du taux d'équipement de 2007 (134,1)

	Nombre de lits médicalisés 2007	Nombre de lits médicalisés 2010	Pop 75 ans et + 2012 (chiffres actualisés)	Taux équipement en lits médicalisés 2012 (chiffres actualisés)	Déficit ou excédent de lits médicalisés en 2012 (chiffres actualisés)
01- St Etienne	1 866	2 238	21 168	105,7	-601
02- St Cham.-Pilat	1 105	1 109	7 026	157,8	167
03-Gier	445	505	4 371	115,5	-81
04-Ondaine	609	559	6 128	91,2	-263
05- Couronne stéph.	874	874	5 807	150,5	95
<b>Arr. St Etienne</b>	<b>4 899</b>	<b>5 285</b>	<b>44 500</b>	<b>118,8</b>	<b>-683</b>
06- Forez Sud	974	974	5 458	178,5	242
07- Forez Nord	492	499	5 239	95,2	-204
08- Forez Est	764	764	6 831	111,8	-152
<b>Arr. Montbrison</b>	<b>2 230</b>	<b>2 237</b>	<b>17 528</b>	<b>127,6</b>	<b>-114</b>
09- Ouest Roan.	407	407	4 033	100,9	-134
10- Grand Roanne	901	905	8 888	101,8	-287
11- Est Roannais	1 130	1 130	5 982	188,9	328
<b>Arr. Roanne</b>	<b>2 438</b>	<b>2 442</b>	<b>18 903</b>	<b>129,2</b>	<b>-93</b>
<b>Loire</b>	<b>9 567</b>	<b>9 964</b>	<b>80 931</b>	<b>123,1</b>	<b>-889</b>

En actualisant le nombre de lits médicalisés (créations ou transformations depuis 2007), ainsi que les projections de population d'ici 2012, le **déficit en lits médicalisés** initialement calculé pour le schéma 2008-2012 à hauteur de 696 lits, **s'élève finalement à 889 lits** sur l'ensemble du département.

### 3. Évolution du Groupe iso-ressources Moyen Pondéré (GMP) dans les structures pour personnes âgées

**Définition du GMP** : Chaque résident est classé en fonction de son niveau de dépendance grâce à la grille AGGIR remplie par l'équipe médico-sociale de l'établissement. Ce classement donne lieu à une cotation en points. Le total permet d'obtenir une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies appelée GIR Moyen Pondéré (GMP), recalculé chaque année.

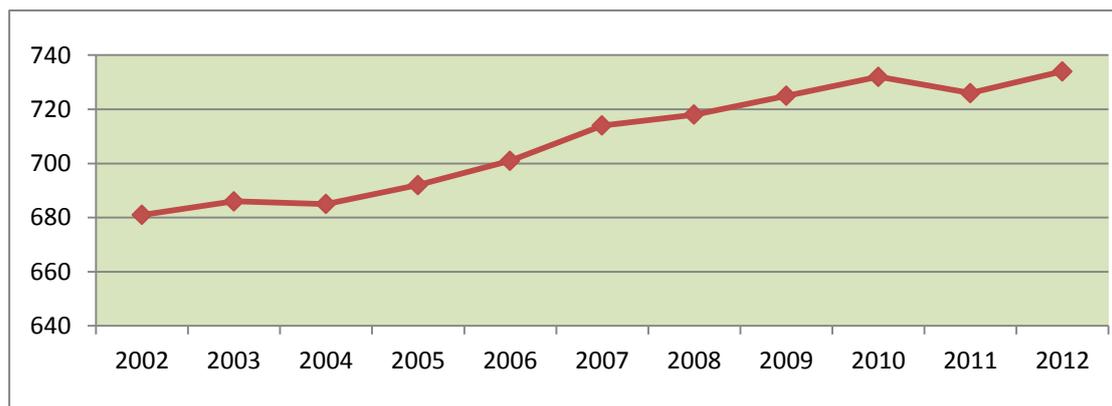
Plus le GMP est important, plus l'établissement accueille des personnes âgées dépendantes.

#### Évolution 2008-2012 GMP moyen :

	2008	2012
EHPAD habilités	715	742
EHPAD non habilités	664	692
EHPAD hospitaliers	779	771
Accueil temporaire	420	459
Petites unités de vie	445	388
Accueil de jour	572	525

\* Les foyers logements ne sont pas concernés

#### Évolution du GMP moyen dans les EHPAD :



#### 4. Conventions tripartites et convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens

Tous les EHPAD du département ont été **conventionnés avec l'Agence régionale de santé et le Conseil général de la Loire, soit 114 EHPAD**. La plupart (ceux ouverts avant 2007) ont été renouvelés. Certains établissements en sont déjà à la troisième génération de convention tripartite. En effet, les premières conventions tripartites ont été signées en 2001 et les renouvellements ont lieu tous les 5 ans.

En 2008, le **Centre communal d'action sociale (CCAS)** de la Ville de Saint-Etienne a sollicité le Conseil général afin de négocier un **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** portant sur l'ensemble des résidences pour personnes âgées gérées par le CCAS.

Les objectifs de ce CPOM sont :

- > le regroupement des budgets facilitant une harmonisation de la gestion et une mutualisation des moyens ;
- > l'obtention de moyens supplémentaires pour prendre en compte notamment le niveau de dépendance;

Ce CPOM a été signé pour la période 2010-2014. En ce qui concerne les budgets « Hébergement » et « Dépendance » des établissements, les mesures nouvelles accordées portent uniquement sur les charges de personnel, avec la création de 44,18 équivalents temps plein (ETP). Ces mesures se chiffrent à 417 000 € pour le budget hébergement et 316 076 € pour le budget Dépendance.

# LA TARIFICATION DES STRUCTURES POUR PERSONNES ÂGÉES

## 1. Évolution du prix de journée moyen des structures entre 2008 et 2012

	2008	2013	Evolution
<b>EHPAD</b>			
PJ moyen Hébergement (EHPAD habilités)	43,04 €	48,28 €	12,17%
PJ moyen Dépendance (EHPAD habilités)	13,07 €	15,15 €	15,91%
PJ moyen Dépendance (EHPAD non habilités)	10,52 €	11,85 €	12,64%
Reste à charge (EHPAD habilités)	47,32 €	52,52 €	10,99%
<b>EHPAD hospitaliers</b>			
PJ moyen Hébergement	42,80 €	46,85 €	9,46%
PJ moyen Dépendance	14,15 €	17,11 €	20,92%
Reste à charge	47,55 €	52,03 €	9,42%
<b>Foyers résidences</b>			
PJ moyen Hébergement	20,84 €	23,44 €	12,48%
<b>Petites unités de vie</b>			
PJ moyen Hébergement	37,88 €	41,77 €	10,27%
PJ moyen Dépendance	10,89 €	12,69 €	16,53%
<b>Accueil de jour</b>			
PJ moyen Hébergement	27,79 €	29,33 €	5,54%
PJ moyen Dépendance	12,02 €	15,28 €	27,12%
Reste à charge	32,73 €	35,16 €	7,42%
<b>Hébergement temporaire</b>			
PJ moyen Hébergement	48,34 €	57,27 €	18,47%
PJ moyen Dépendance	10,58 €	13,29 €	25,61%
Reste à charge	52,83 €	63,68 €	20,54%

Le **prix de journée hébergement** concerne tous les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Il couvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement.

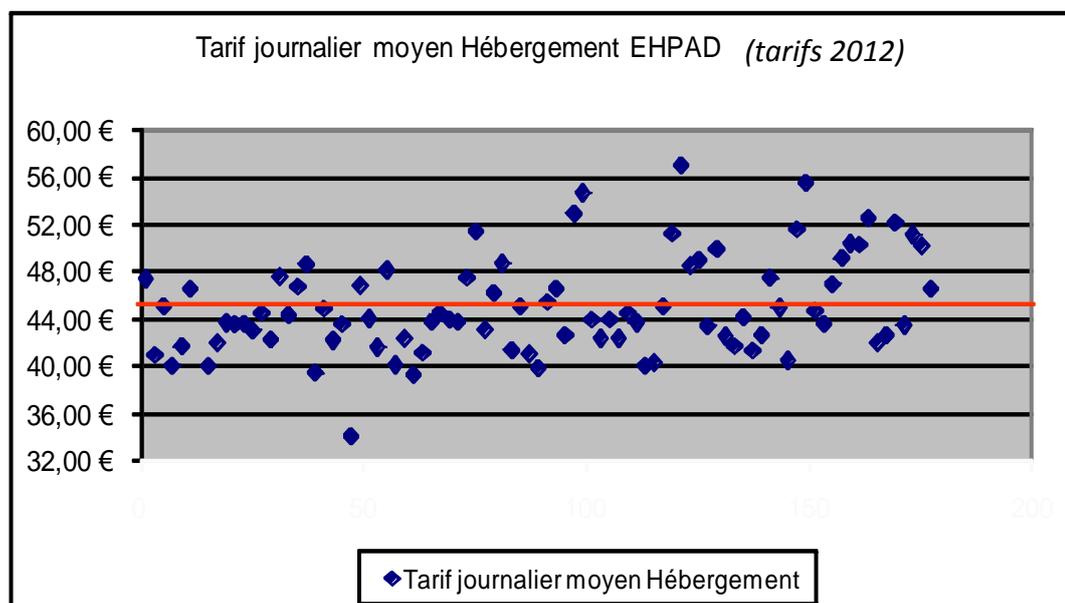
Le **prix de journée dépendance** concerne tous les établissements habilités ou non, à l'exception des foyers-logements.

Il couvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liés aux soins.

L'augmentation des prix de journée provient en grande partie de **l'impact des conventions tripartites et de leurs avenants**. Elles ont notamment conduit à créer des postes d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques en grand nombre, dont certains par des requalifications d'aides-soignants.

Les **impacts des programmes pluriannuels d'investissement** expliquent également l'augmentation des prix de journée. Des mesures sont en outre accordées ponctuellement.

## 2. Écart des prix de journée moyens Hébergement entre les EHPAD



Moyenne départementale  
45,27 €

## LA QUALITE DU SERVICE RENDU

Le Conseil général de la Loire a la volonté de garantir aux personnes en perte d'autonomie une qualité de prise en charge équivalente sur l'ensemble du territoire ligérien.

Aussi, il s'est engagé depuis plus de 10 ans à accompagner les établissements et services médico-sociaux (ESMS) dans la mise en place de leur démarche qualité.

### 1. La démarche qualité dans les EHPAD

Un référentiel local a été créé en 1999 : le **référentiel VERONIQUE**. Cet outil d'auto-évaluation sert de support à la rédaction des objectifs qualité des conventions tripartites en premier lieu, puis à leur renouvellement.

En 2009, un travail de mise à jour du référentiel a été engagé par le Conseil général, l'Agence régionale de santé et les établissements au regard des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médicaux Sociaux (ANESM) suivantes :

- « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées »,
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »,
- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »,
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ».

La nouvelle version du référentiel VERONIQUE est applicable depuis février 2011. Une présentation de l'outil a été réalisée lors de la journée qualité en octobre 2011.

### 2. La démarche qualité dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile

La convention de modernisation de l'aide à domicile 2008-2012 comporte une thématique forte sur la **démarche qualité et l'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers**.

Afin de valoriser les structures de maintien à domicile qui ont initié une démarche qualité, le Conseil général de la Loire a élaboré le **Référentiel Qualité ELOÏSE**, en partenariat avec les acteurs institutionnels et de terrain. Les structures répondant à un niveau de qualité minimum obtiennent le **« Label Qualité Loire-Services à Domicile »**.

Entre 2010 (date de mise en œuvre de ce référentiel) et 2012, sur les 24 services d'aide et d'accompagnement à domicile évalués, 11 sont labellisés.



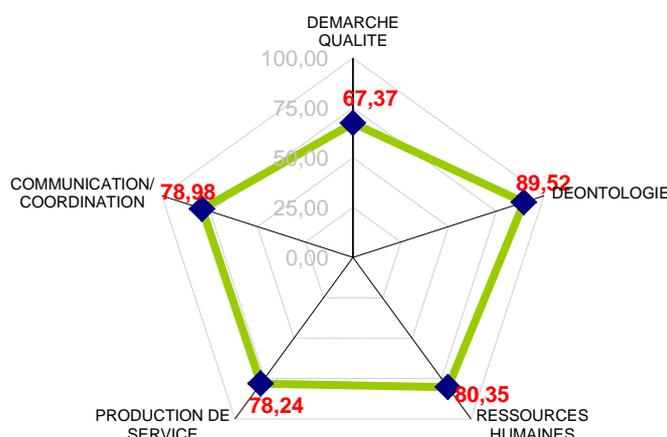
Ce label, délivré pour une durée de 4 ans, garantit :

- > La qualité de l'accueil,
- > Le respect de la personne,
- > Le professionnalisme,
- > L'écoute et l'information des personnes accompagnées et des familles,
- > La continuité de service,
- > La personnalisation de l'intervention,
- > La qualité de l'intervention.

Le bilan des évaluations ELOÏSE réalisées par le Conseil général de la Loire entre 2010 et 2012 montre une atteinte satisfaisante des objectifs.

En 2011, un travail de fond est engagé afin d'intégrer des RBPP de l'ANESMS au référentiel ELOÏSE :

- « Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile »
- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »



La version 2 du référentiel ELOISE a été présentée aux services d'aide et d'accompagnement à domicile en juin 2013 et rendue applicable à cette même date.

### 3. Évaluations internes et externes

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit l'évaluation des activités et de la qualité des prestations de tous les ESMS.

Le dispositif d'évaluation mentionné par l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles prévoit 3 évaluations internes et 2 évaluations externes dans la période de l'autorisation.

L'objectif défini au plan réglementaire est d'apprécier la capacité de l'établissement ou du service à réaliser les missions qui lui sont confiées et la qualité de ses activités au regard de son autorisation.

Le Département inscrit les démarches qualité existantes dans le contexte légal de ces évaluations, d'une part (mise à jour des référentiels), et accompagne au mieux les autres ESMS dans l'évaluation de leurs activités, d'autre part (exemple : réunions d'information auprès des SAAD, rencontres techniques des logements foyers mises en place en 2013).

Par ailleurs, le Département et l'Agence régionale de santé ont initié une réflexion et des actions communes :

- 2012 : des réunions d'informations auprès des ESMS
- 2013 : un comité régional de coordination réunissant l'ARS, les délégations départementales et les Conseils généraux rhônalpins
- 2013 : des ateliers régionaux d'appui méthodologique et d'outils pour engager les démarches d'évaluation interne à l'évaluation externe, à destination des ESMS.

### 4. Activité plaintes/ inspections/ contrôles

Bien que le Conseil général se positionne davantage comme un partenaire des ESMS, sa mission de contrôle n'en est pas moins effective.

- > Une **commission des plaintes** mensuelle réunissant l'Agence régionale de santé et le Conseil général est en place, pour étudier les plaintes émanant d'usagers ou de leurs familles, relatives aux ESMS sous la compétence conjointe de l'ARS et du Conseil général. Suivant la nature des réclamations, une inspection peut être diligentée.

En 2012, pour les EHPAD : - 59 réclamations écrites ;  
- 7 inspections.

Parallèlement à cette commission, un suivi des plaintes relatives aux services d'aide et d'accompagnement à domicile est réalisé par le Conseil général.

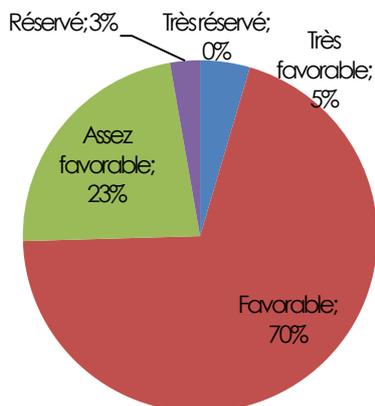
En 2012 : - 15 réclamations écrites ;  
- 1 a été suivie de l'évaluation sur site du service concerné ;  
- 2 ont nécessité des rencontres entre la structure, le plaignant et le Conseil général.

- > Des **contrôles inopinés** :

Afin de promouvoir la bientraitance à l'échelle départementale le Conseil général a missionné en 2009 un médecin pour conduire des **visites de contrôle dans l'ensemble des EHPAD de la Loire**. Ce dispositif avait pour but d'apporter une expertise objective et un regard extérieur sur l'activité des institutions.

110 visites inopinées dans les EHPAD ont été réalisées en 2009 par un médecin du Conseil général.

## Répartition des avis rendus dans les EHPAD suite à un contrôle



En 2011, cette démarche s'est poursuivie par le contrôle des accueils de jour Alzheimer. 14 accueils de jour ont été contrôlés.

### Synthèse des résultats et préconisations rendus pour les accueils de jour Alzheimer

POINTS FAVORABLES		POINTS à AMELIORER	
Locaux adaptés, agréables, bien situés	7	Locaux à adapter/réaménager	7
Jardins adaptés	2	Jardins à adapter/réaménager	5
Activités et animation nombreuses et variées	9	Activités et animation à développer, à renouveler	2
Très bonne relation et prise en charge avec les familles	8	Absence de personnel qualifié : Médecin coordinateur	1
		Psychologue	3
		Infirmière	1
Présence de personnel qualifié : Médecin coordinateur	2		
Psychologue	4	Taux d'occupation à améliorer	1
Ergothérapeute	1		
AMP/Aide-soignant	1		
Lien avec d'autres services tels qu'EHPAD, SAAD, SSIAD, Pôle intergénérationnel, etc.	6	Communication interne et externe à améliorer	6
Taux d'occupation correct	5		
Excellente communication interne et externe	2		

*Note de lecture* : Les points favorables et les points à améliorer pour un même item ne s'additionnent pas. Les points favorables constituent les avantages **remarquables** recensés dans certaines structures.

# L'EMPLOI

## 1. Évolution de l'emploi dans les services d'aide à domicile entre 2008 et 2012

nb ETP	au 31/12/2008	au 31/12/2012
<b>ETP</b> (en service prestataire)		
Personnel encadrant	51,53	54,03
Personnel administratif	163,50	168,39
Agent à domicile (sans diplôme)	1 267,59	1 282,21
Assistant de vie aux familles (ou équivalent)	297,05	348,13
Auxiliaire de vie sociale (ou autre diplôme de niveau V)	510,11	590,90
Nb de VAE réalisées	41	47

La convention de modernisation de l'aide à domicile 2008-2012 comporte une **thématique forte sur la gestion des ressources humaines**, autour des actions suivantes :

- Professionnaliser et qualifier les intervenants à domicile,
- Favoriser une ingénierie de recrutement,
- Sensibiliser aux risques professionnels,
- Faire connaître le secteur de l'aide à domicile et développer des partenariats.

Source : Enquête menée auprès des SAAD signataires de la convention 2 de modernisation de l'aide à domicile – Taux de réponse : 80%.

Un **plan de formation départemental triennal 2010-2012** a été élaboré, mis en œuvre et suivi avec les services d'aide et accompagnement à domicile. Ce plan visait à :

- Assurer une qualité de prestation optimale,
- Permettre aux aides à domicile de travailler en préservant au maximum leur santé physique,
- Faciliter l'accès à la Validation des Acquis d'Expérience (VAE).

Ce plan triennal a permis de former 4 695 personnes de l'aide à domicile (intervenants et encadrants).

Des **actions visant à faire connaître le champ de l'aide à domicile et favorisant le recrutement dans le secteur** ont également été réalisées, telles que les forums des métiers de l'aide à domicile organisés en partenariat avec Pôle emploi, les missions locales, la maison des services des Monts du Forez, les MIFE (maisons de l'information sur la formation et l'emploi) de Roanne et de Saint-Etienne et le PLIE (plan local pour l'insertion et l'emploi).

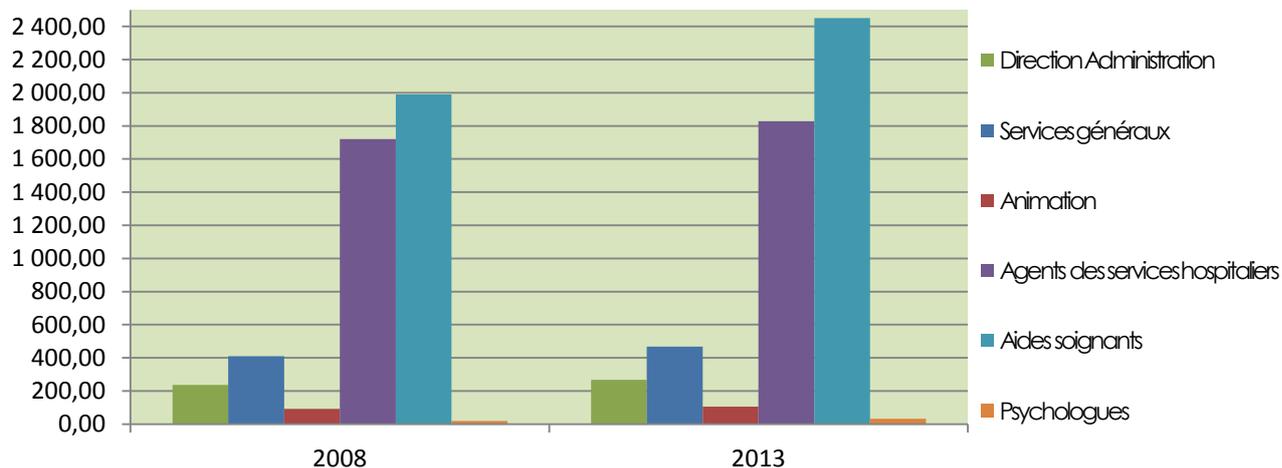
Le travail mené par le Département de la Loire **sur le thème de la prévention des risques professionnels a été récompensé d'une médaille en juin 2012 remise par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)**.

## 2. Évolution de l'emploi dans les établissements entre 2008 et 2013

### Évolution 2008-2013 de l'emploi dans les établissements

nb ETP	2008	2013	Évolution	% Évolution
Direction Administration	237,27	266,87	+ 29,60	12,48%
Services généraux	410,58	467,12	+ 56,54	13,77%
Animation	91,13	105,86	+ 14,73	16,16%
Agents des services hospitaliers	1 719,92	1 827,98	+ 108,06	6,28%
Aides-soignants	1 989,44	2 450,46	+ 461,02	23,17%
Psychologues	18,27	32,96	+ 14,69	80,41%
<b>TOTAL</b>	<b>4 466,61</b>	<b>5 151,25</b>	<b>+ 684,64</b>	<b>15,33%</b>

Tous types d'établissements pour personnes âgées confondus, **plus de 684 ETP ont été créés** depuis 2008, essentiellement des postes d'agents des services hospitaliers et d'aides-soignants.



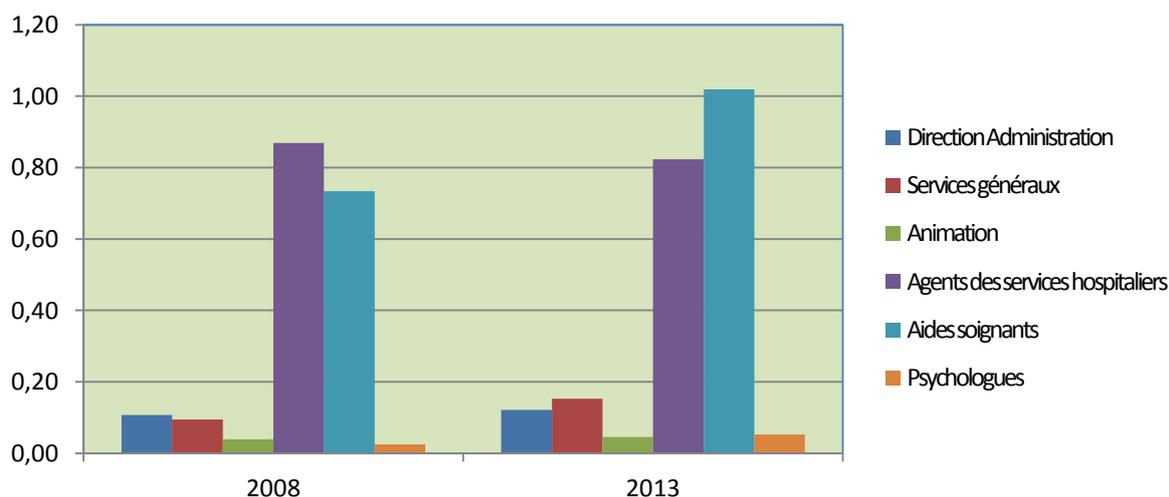
### Évolution du taux d'encadrement dans les établissements

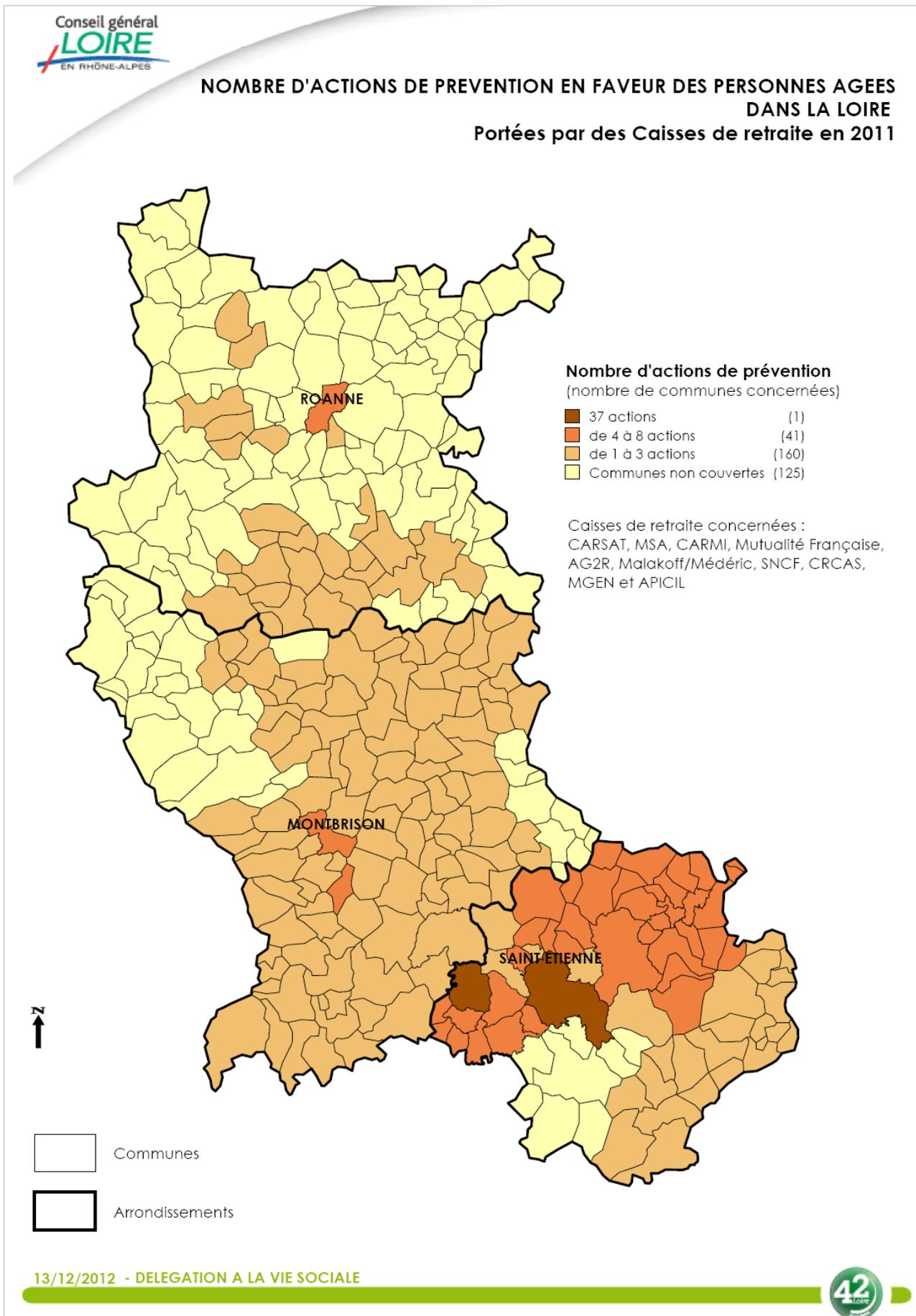
ratio d'encadrement	2008	2013	Évolution
Direction Administration	0,11	0,12	14,02%
Services généraux	0,10	0,15	61,05%
Animation	0,04	0,05	17,95%
Agents des services hospitaliers	0,87	0,82	-5,29%
Aides-soignants	0,73	1,02	38,83%
Psychologues	0,03	0,05	112,00%
<b>TOTAL</b>	<b>1,87</b>	<b>2,22</b>	<b>18,57%</b>

Le ratio d'encadrement mesure le nombre d'agent en ETP qui assure l'encadrement des personnes âgées accueillies.

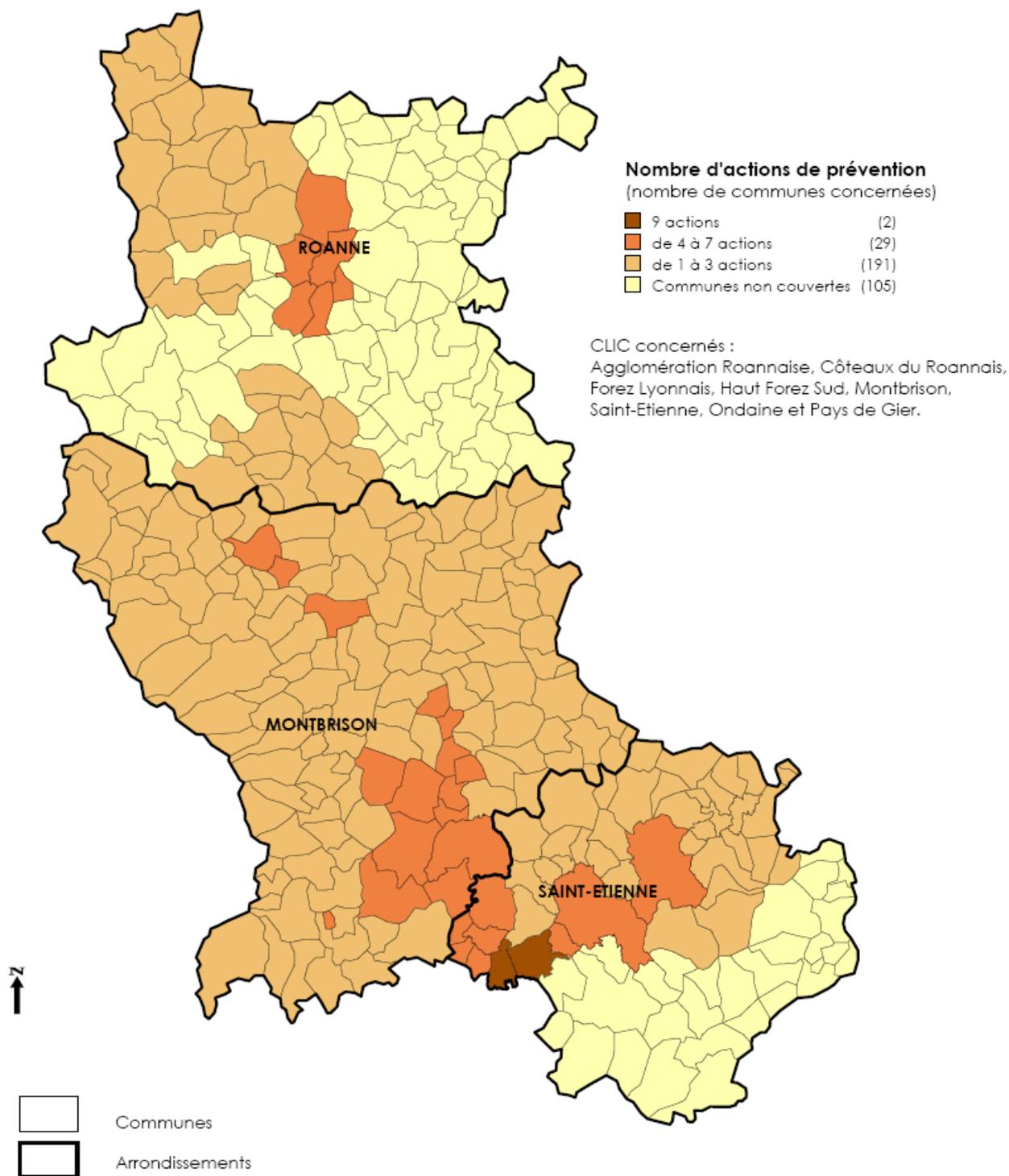
Les requalifications de postes d'aides-soignants, dans le cadre des conventions tripartites, expliquent l'augmentation du ratio d'encadrement des aides-soignants.

Avec l'augmentation du nombre de places en établissements, les autorités de tarification (l'Agence régionale de santé et le Conseil général de la Loire) ont autorisé des créations de postes. Cet effort conjoint s'est concrétisé par un accroissement du taux d'encadrement entre 2008 et 2013, permettant le **renforcement de la qualité de prise en charge des personnes âgées** en établissement.





**NOMBRE D'ACTIONS DE PREVENTION EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES  
DANS LA LOIRE  
Portées par des CLIC en 2011**



# 10 GRANDS TEMOINS



**Dr Claude BOURDELLE**  
Vice-président du Conseil général de la Loire, en charge des politiques d'accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées et de la Maison Loire Autonomie



**Pr Régis GONTHIER**  
Praticien en milieu hospitalier



**Mme Gabrielle SEYSSIECQ**  
Psychothérapeute retraitée



**M. Daniel FERNANDEZ**  
Directeur d'EHPAD retraité



**Mme Germaine CHANUT**  
Bénévole, Vice-présidente de l'ALMA au niveau national, animatrice gérontologique retraitée, fondatrice de l'OSPA



**M. Etienne CHOMAT**  
Président du CODERPA-Loire



**Dr Yves DELOMIER**  
Géronte en milieu hospitalier retraité, fondateur de l'OSPA



**Mme Dominique FARRA**  
Ex-élue municipale



**Mme Marie PEYRON**  
Centenaire, résidente en foyer-logement



**Mme Claude COLIN**  
Vice-présidente de GIER-GFRITF

« C'est surtout pas se tricher ! Je me rappelle qu'un jour j'étais chez le médecin et je lui disais « quand je pense à toutes ces conneries que j'ai pu leur dire au vieux ! », il me disait « ça rend modeste hein ! ». C'est normal qu'on leur dise « foncez ! », mais quand on y est dedans, il ne faut surtout pas nier : on vieillit, on va moins vite, on a besoin de plus de temps pour faire les choses, on est fragilisé par tout un tas de maux et handicaps. »

**Mme Germaine CHANUT**

« Bien vieillir, il faut prendre sur soi, mais c'est pas toujours facile, mais on peut être aidé par sa famille, son entourage... et s'appuyer sur la foi. Bien vieillir, ce n'est pas se sentir inférieur ! C'est rebondir face aux divers événements. »

**Mme Claude COLIN**

« Comme je fais, je trouve que c'est bien, je suis bien entourée, j'ai bien choisi, le personnel est bien gentil, c'est bien étudié, quand on ne peut plus, on va dans des maisons comme ça et ici comme peut-être dans d'autres maisons, il y a bien de l'animation, on a moins à broger, à vieillir comme les vieux, comme les vieux d'autrefois... qui embarrassait les enfants ! Bien vieillir, c'est être entouré, ne pas être seul. »

**Mme Marie PEYRON**

« Quelqu'un qui vieillit bien, c'est quelqu'un qui s'adapte, qui s'adapte devant la maladie, s'adapte aux changements, aux crises et aux décès... Celui qui vieillit bien, c'est celui qui est capable de se sentir avec un côté positif et ça c'est pas donné à tout le monde bien sûr... »

Bien vieillir c'est un travail, alors comment peut-on aider les gens à bien vieillir ? »

**Pr Régis GONTHIER**

« Bien vieillir, c'est rester valide physiquement intellectuellement et sexuellement le plus longtemps possible. Cela permet de cultiver et d'enrichir un réseau familial et amical, nécessaire pour lutter contre l'isolement (créateur de dépendance). »

**M. Daniel FERNANDEZ**

« La santé, c'est primordial. Le bien vieillir, c'est pouvoir vivre avec son conjoint à domicile, ne pas rester enfermé, s'investir, donner aux autres. »

**M. Etienne CHOMAT**

« Pour bien vieillir, il faut avoir une activité physique, intellectuelle, caritative, professionnelle. La santé est primordiale pour bien vieillir. »

**Dr Claude BOURDELLE**

« Il ne faut pas rester dans la solitude, s'investir dans des activités que ce soit dans les loisirs, voyages, par la participation à la vie de la cité. »

**Mme Dominique FARRA**

Quelle est  
votre définition  
du  
**BIEN VIEILLIR ?**

« Il y a un adage qui dit « on vieillit, comme on a vécu » et moi j'y crois à ça. Si on a vécu en osant pas vivre comme je dis souvent, la vie il faut l'oser, si on a vécu dans un tourner en rond continu, on aura une vieillesse dépressive, recluse, c'est pas vivre ça. C'est le résultat de vivoter et il y a beaucoup de gens qui vivotent sans s'en rendre compte finalement. »

Bien vieillir, c'est vivre, je vous répondrais tout bêtement encore une fois oser vivre. »

**Mme Gabrielle SESSIECO**

« Il faut créer une civilisation de la vieillesse et aller contre les stéréotypes de bienfaisance, de bienveillance, de gentillesse décrits dans la presse. Il faut vivre normalement. Les vieux ont besoin d'assistance en cas d'incapacité mais pas parce qu'ils sont vieux. Il faut développer l'autonomie, il ne faut pas surprotéger la personne pour éviter de lui enlever son autonomie encore existante. Il faut développer l'aspect culturel de la vieillesse, prendre connaissance de ce qui se passe. C'est la curiosité qui fait vivre ! »

**Dr Yves DELOMIER**

«Le regard de la société sur la vieillesse est négatif. Il est désolant que la personne âgée se retrouve avec une image unique de la personne qui joue aux cartes, qui fait des mots croisés. Il serait nécessaire de développer l'aspect culturel de la vieillesse, développer l'accès à des sujets méconnus comme l'archéologie par exemple, des thèmes qui éveillent la curiosité. Il faut agir sur la presse pour promouvoir des interviews pour entendre ce que disent des gens d'expérience. Publier les écrits de vieux, valoriser leur expression est un rôle fondamental pour un conseil général. Je propose aussi que dans certaines instances existe une parité entre jeunes et vieux, entre actifs et inactifs. Et enfin, promouvoir la gériatrie est indispensable car sur le plan de la santé, cette spécialité est trop souvent dévalorisée. Le médical doit indéniablement s'appuyer sur le social pour bien prendre en compte l'individu.»

**Dr Yves DELOMIER**

« Je pense que l'on me perçoit comme une personne très dynamique, avec mon dernier fils, nous skions ensemble et nous nous mesurons aux différentes montées en vélo en France comme le Ventoux, en Italie...avec la santé , on a tout »

**Dr Claude BOURDELLE**

« Je crois savoir que mon entourage me perçoit telle une personne très active, d'autant que je ne sais pas dire non »

**Mme Dominique FARRA**

« Je ne m'occupe pas bien de ce que dit la société. Aujourd'hui, je trouve qu'on s'occupe beaucoup de la vieillesse. Avant, on était chez les enfants et personne s'occupait de nous, on se dépatouillait tout seul. Ma mère, je n'avais personne pour la laver, d'ailleurs on se lavait pas autant et ça faisait quand même ! Je trouve aussi que les enfants s'occupent bien des parents. Il y a beaucoup de visites par les enfants et les petits enfants ici. Des enfants de l'école viennent aussi : on doit leur dire de venir voir les mémés et ça se passe bien, c'est la vie. J'avais un petit garçon l'autre fois à ma table à qui j'ai demandé : donnes moi un âge. Il m'a donné le même âge que sa grand-mère = 80 ans ! Ils nous acceptent, ils ont l'habitude de leurs grands-parents. »

**Mme Marie PEYRON**

**Quelle est selon vous la  
PERCEPTION DE LA VIEILLESSE  
par votre ENTOURAGE  
et par la SOCIÉTÉ ?**

« Mon entourage voit en moi quelqu'un de très actif. Mes proches souhaiteraient que j'ai un peu plus de répit mais je ne sais pas dire non. Je pense être reconnu par la société par mon engagement dans le monde associatif »

**M. Etienne CHOMAT**

« Ce qui est important dans la société qui a beaucoup évolué, c'est être à sa place. Si on ne sent pas à sa place, on est nié et c'est insupportable. Quand on vous rend transparent ou inexistant et cela arrive souvent dans les familles, et bien d'ouvrir un peu la bouche et dire stop : l'arrière-grand-mère est là et bien là. Souvent au cours des repas de famille, chacun parle de son truc, de sa vie et hop le vieux on passe dessus, on n'écoute pas ce qu'il aurait à dire. C'est encore plus effarant que ça puisse se passer avec des êtres qui vous aiment. »

**Mme Gabrielle SESSIECQ**

« Sans fausse modestie, je pense être aimé par certains et apprécié pour la plupart. Je crois qu'en vieillissant on récupère ce que l'on a semé. J'ai vu des mamans et des grand-mères délaissées par leurs proches en maison de retraite après une vie terne et fortement axée sur leur propre personne »

**M. Daniel FERNANDEZ**

« Il faut célébrer ce côté inutile, se dire qu'on est inutile, c'est accepter que par moment on a envie de rien, ni de voir personne. Je n'ai pas peur de dire que j'adore glander. L'éloge de la lenteur, c'est pas dans la tête de tout le monde non plus.

Par rapport aux enfants, ils ont trop peur de voir leur parent devenir dépendants. Avec les tous petits, je discute et je leur dit que je ne peux plus faire deux choses à la fois. Quand je fais quelque chose, attendez que je finisse car je n'y arrive plus, et j'essaie de leur dire pourquoi je vais moins vite. Il faut leur faire prendre conscience de ça afin qu'ils n'accèdent pas au mépris de la vieillesse »

**Mme Germaine CHANUT**

« Dès 7 ans, j'ai fait partie de l'avant-garde, puis de la Jeunesse ouvrière chrétienne, et de l'action ouvrière catholique, il fallait donner le bon exemple, donner la fibre sociale aux autres a été aussi mon but, je suis perçu par mon entourage, et mes amis comme une femme en activité permanente, l'envie d'aller vers les autres et ma raison de vie, je ne peux pas m'empêcher d'aller au-devant des autres... »

**Mme Claude COLIN**

« Bien plus que le regard de la société, la vieillesse comporte des images négatives en lien avec des peurs : peur de vieillir en maison de retraite, peur de se retrouver avec des vieux encore plus malades, peur de souffrir, peur de perdre la tête, peur de ne plus séduire, peur du changement de la sexualité, peur de mal mourir... Pour Aider les gens à bien vieillir, il est nécessaire de réfléchir à l'ensemble de ces peurs. »

**Pr Régis GONTHIER**

« Vous avez raison de redouter de vieillir, vous avez raison d'être dans les peurs et si on parlait des peurs en général ? Ce n'est pas facile de voir un corps qui s'abîme. J'ai travaillé plusieurs années avec Dolto et j'ai une lettre d'elle qui me disait de parler tendrement à mon corps après un accident au lieu de dire 'garce de jambe'. Chaque fois que je peux le dire, je le dis qu'on se mette à aimer ce vieux corps. On peut le remercier ce vieux frère ! Il faut aussi oser parler de sexualité et de mort, ce sont encore des sujets tabous dans notre société. Quand on meurt, c'est simplement le dernier soupir. Le nouveau-né quand il sort du ventre de sa mère, il aspire l'air, se remplit les bronches et crie. Puis, c'est ce qu'on fait à longueur de vie, on expire comme le nouveau-né et on souffle. Le dernier soupir que l'on donne en mourant, c'est de l'air que l'on envoie au dehors, on le lance à la vie, on le lance vers les vivants. Pouvoir arrêter sa vie en donnant à tous ceux qui sont dehors m'a énormément aidée pour pouvoir concevoir la mort. Il faut avoir des projets dans la vie mais qui peut avoir un projet de vie alors qu'on peut mourir le lendemain. C'est hermétique pour moi ce terme, ça me parle pas du tout, ça devrait s'appeler autrement »

**Mme Gabrielle SESSIECQ**

« Ne pas redouter de vieillir, c'est ne pas s'occuper de cet état de fait. Ne jamais se replier, s'ouvrir aux autres, transmettre un passé et surtout osez dire. »

**Mme Dominique FARRA**

« Vieillir n'est pas plus désagréable qu'autre chose !

L'apprentissage est très difficile à vivre à 20 ans. On s'angoisse de l'inconnu. C'est plus facile d'avoir 80 ans que d'être âgé de 20 ans. »

**Dr Yves DELOMIER**

« Ne pas avoir peur de vieillir, il faut prendre sur soi, avoir la volonté, on ne peut rien faire sur le temps, rien changé il faut avoir du courage et surtout ne pas se rendre dépendant. Les activités permettent la rencontre avec les personnes, il faut être active. »

**Mme Claude COLIN**

« Il faut être prévoyant du côté médical et social. La stimulation est la clé du bien vieillir, l'émulation doit être une priorité. »

**Dr Claude BOURDELLE**

« Rester actif le plus longtemps possible, rester jeune dans sa tête, positiver et profiter de la vie au maximum tant qu'il y a la santé »

**M. Etienne CHOMAT**

### Quel message transmettre à ceux qui ont PEUR DE VIEILLIR ?

« Accepter de vieillir, c'est ne pas tricher. Si on triche à ses proches, on se triche à soi-même et on triche par rapport aux aides qu'on pourrait se procurer. Savoir se faire aider, c'est savoir s'économiser. Ça ne sert à rien de galérer. On peut se faire aider en réfléchissant ce qu'on peut apporter à quelqu'un d'autre. Il y a des trucs idiots, les gens quand ils ne vont pas ils téléphonent plus, ils attendent qu'on les appelle mais il faut savoir appeler ! Ce sont des choses pratiques qui vous maintiennent en selle comme faire un gâteau, vouloir le partager, vous donner l'envie d'inviter. »

**Mme Germaine CHANUT**

« Dites-leur de ne pas avoir peur, ça viendra bien tout seul ! De toute façon qu'ils aient peur ou non... Moi, je n'y ai pas pensé, c'est venu comme ça tous les jours, les uns après les autres et tout d'un coup on est vieux ... Il faut laisser faire la vie, la prendre comme elle se présente. Vous êtes là, c'est tout et ça jusqu'à la fin. J'ai vécu une vie simple mais normale, pourvu que ça dure... Ça ne durera pas longtemps ! »

**Mme Marie PEYRON**

« On vit sur des images et on a du mal à se projeter dans un monde moderne. Il est nécessaire de bien expliquer les choses, ce qui a changé et évolué en institution par exemple. Il faut que chaque personne soit accompagnée sur son projet, c'est-à-dire sur ce qu'elle veut faire, quelle est sa personne de confiance, qui avertir en cas de problème, quels sont ses souhaits, comment envisage-t-elle ses obsèques ... Pour toute personne, c'est rassurant et elle se sent écoutée. Recueillir son histoire de vie est tout aussi important et bien connaître la personne, c'est l'aider à affronter ensuite la grande vieillesse ».

**Pr Régis GONTHIER**

« A tous ceux et toutes celles qui redoutent de vieillir, je voudrais dire que tant que l'on peut décider de son avenir, il faut en user et en abuser ! Si par malheur la santé intellectuelle et/ou physique survient, alors des solutions s'offrent à eux : le maintien à domicile, les établissements spécialisés. Ce sont dans ces établissements que des efforts doivent être faits, pas forcément en nombre de personnels mais en qualité et en technicité. Et quant au projet de vie, je crois pouvoir dire que c'est une invention de psy. Qu'est-ce que ça veut dire à l'approche de la mort ? Pour venir en aide à quelqu'un, interrogeons-nous sur ce qu'il a été, sur ce qu'il est. Pourquoi devoir créer une obligation écrite sur ce sujet ? Comment venir en aide à quelqu'un sans l'approcher, sans lui parler, sans le divertir, sans l'aider à se repérer, sans construire avec lui son avenir immédiat »

**M. Daniel FERNANDEZ**

### ACTION 1.1 – Promouvoir la parole des aînés avec l'appui du Coderpa

---

#### CONTEXTE

Le Coderpa-Loire est un organisme consultatif chargé d'émettre un avis sur les politiques en faveur des personnes âgées et retraitées et de faire des propositions :

« Ce comité constitue un lieu de dialogue, d'information et de réflexion au sein duquel des représentants des retraités et des personnes âgées participent à l'élaboration et à l'application de mesures de toute nature les concernant, en concertation avec les professionnels et les principaux organismes chargés de mettre en œuvre les actions en leur faveur au sein du département (art. 2 du règlement Coderpa AG du 5/04/2012)

Par ses actions, le Coderpa contribue à faire entendre la parole des personnes âgées au sein des instances. Il veille au respect de leurs droits et de leurs choix afin de favoriser le bien vieillir pour tous. »

---

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Développer les actions de communication du Coderpa
  2. Structurer l'organisation du Coderpa
  3. Renforcer la proximité du Coderpa
- 

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Pérenniser les supports de communication existants (revue de presse, brèves, portail loire.fr, etc.)
  - 1.2 Développer la communication à travers de nouveaux supports et médias (presse écrite, bulletins municipaux, radios, télévision, sites internet, etc.)
  - 1.3 S'impliquer dans l'organisation d'événementiels
  - 2.1 Développer la représentation et la formation des usagers
  - 2.2 Formaliser l'activité du Coderpa (rapport d'activité, charte de fonctionnement, etc.)
  - 2.3 S'impliquer dans la gouvernance de la Maison Loire Autonomie
  - 3.1 Territorialiser les instances du Coderpa
  - 3.2 Identifier des référents locaux Coderpa
  - 3.3 Poursuivre l'action de recueil « Grands témoins »
- 

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Définition du plan de communication
- > Nombre et diversité des actions de communication
- > Nombre de connexions au portail seniors et au portail Coderpa de loire.fr
- > Assiduité au sein des groupes de travail du Coderpa
- > Effectivité de la représentation du Coderpa au sein des instances décisionnelles de la Maison Loire Autonomie
- > Maillage du département en référents locaux
- > Implication dans des projets de la Maison Loire Autonomie

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financier

#### PARTENAIRES

- > Membres du Coderpa

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 1.2 – Promouvoir le « bien vieillir »

#### CONTEXTE

Beaucoup de partenaires réalisent des actions sur le territoire mais l'information n'est pas ou mal diffusée. Les usagers n'ont que peu accès à ces programmes. Il apparaît donc nécessaire de mieux informer les usagers et de permettre l'identification de relais ressources (lieux et personnes).

Dans le cadre du précédent schéma gérontologique, le Conseil général de la Loire s'est fixé pour objectif de construire une action gérontologique coordonnée prenant en compte l'ensemble de la population âgée et donc intégrant l'aspect préventif dans sa politique sociale. Ainsi, il a été proposé la création d'un Club Prévention Séniors dont les objectifs sont les suivants :

- une meilleure lisibilité : mieux connaître l'action sociale conduite par le Conseil général et les caisses de retraites auprès des personnes âgées du département,
- une mise en cohérence : identifier la nature des actions collectives et de prévention et les zones d'intervention prioritaires,
- la coopération : imaginer des modalités de partenariat sur des projets ciblés.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Formaliser le Club Prévention Séniors
2. Soutenir les projets innovants et les expérimentations permettant de développer et diversifier l'offre de prévention à domicile et en établissement
3. S'inscrire dans la démarche « Manger/Bouger »
4. Favoriser la mobilité des séniors

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Proposer une convention de partenariat avec l'ensemble des caisses de retraite
- 1.2 Partager les programmations et la validation de projets
- 2.1 Soutenir les actions par une meilleure communication (affiches types prévention) et une démarche projets
- 3.1 Réfléchir autour du portage de repas : étude sur l'offre de service, plaquette de communication
- 3.2 Contribuer à l'élaboration du Plan Départemental Nutrition Santé
- 3.3 Sensibiliser les professionnels sur la question de l'alimentation et du bien-être chez les séniors
- 4.1 Collaborer à l'élaboration du schéma covoiturage/transport à la demande du Pôle Aménagement et Développement Durable
- 4.2 Faciliter l'observation des déplacements des personnes âgées de la Loire

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre et diversité des actions proposées sur le territoire
- > Satisfaction des usagers
- > Signature d'une convention de partenariat
- > Formation des professionnels
- > Cartographie des déplacements

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote
- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financier

#### PARTENAIRES

- > Caisses de retraite Régime général : CARSAT Rhône Alpes, ANGDM, MSA
- > Caisses de retraites complémentaires
- > Acteurs médico-sociaux engagés dans le champ de la prévention
- > Coderpa

#### ECHÉANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 1.3 – Favoriser la participation des personnes âgées à la vie sociale

#### CONTEXTE

La société connaît de nombreuses évolutions (recompositions de la cellule familiale, éloignements des aidants familiaux...) pouvant entraîner des ruptures de liens entre les générations et par conséquent favoriser l'isolement des personnes âgées.

« Quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et, plus encore dans celle de demain ? » demandait le rapport Laroque en 1967, cette question reste d'actualité et sa réponse qui était de refuser d'isoler les problèmes de la vieillesse de ceux des autres groupes d'âge et recommandait de maintenir les personnes âgées en relation avec les autres générations reste pertinente.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Repérer les situations d'isolement
2. Promouvoir et soutenir les projets intergénérationnels
3. Développer le partenariat avec les centres sociaux

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Travailler autour d'un observatoire départemental identifiant les situations d'isolement (cf. liste plan canicule auprès des Mairies, liens avec les CCAS, le service social départemental)
- 1.2 Repérer et valoriser les actions de veille sociale ou réseaux de proximité (portage de repas, réseaux de voisins, etc.)
- 2.1 Développer le partenariat avec l'association UNISCITE pour le lien entre un jeune service volontaire et une personne âgée isolée
- 2.2 Améliorer les outils et les supports d'information autour des événements comme le guide pour la Semaine Bleue
- 3.1 Développer le partenariat avec les communes et leur service culturel
- 3.2 Impliquer les équipes de la Maison Loire Autonomie autour de projets soutenus par les centres sociaux

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Mise en place effective du groupe de travail isolement (nombre de rencontres)
- > Système d'information partagé entre les partenaires
- > Nombre et diversités des projets soutenus
- > Satisfaction des personnes âgées

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financier

#### PARTENAIRES

- > Contributeurs du groupe isolement du Coderpa
- > Partenaires gérontologiques du département
- > Services culturels des communes

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 1.4 – Développer l'innovation à domicile

#### CONTEXTE

Le Département de la Loire travaille depuis 2003 en collaboration avec la CNSA, à la modernisation de l'aide à domicile, sur diverses thématiques notamment : gestion des ressources humaines (formation, ingénierie de recrutement, gestion des risques professionnels...), mise en œuvre d'une démarche qualité et de l'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers en perte d'autonomie, appui aux projets d'investissement, etc.

Fort des résultats déjà obtenus, le Conseil général de la Loire souhaite maintenir cette dynamique de projet dans le cadre d'une convention de 3<sup>ème</sup> génération en choisissant de mettre l'accent sur les actions innovantes et le soutien à l'entourage dans l'objectif de rendre un meilleur service aux personnes en perte d'autonomie.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Suivre et diversifier l'activité des services à domicile
2. Assurer l'ingénierie de la formation et des ressources humaines de l'aide à domicile
3. Développer des actions de formation à destination des aidants naturels et des accueillants familiaux

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Conduire un diagnostic territorial du secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées
- 1.2 Conduire un diagnostic organisationnel et financier des services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés
- 1.3 Soutenir le démarrage de projet de développement (services de répit, logements adaptés, etc.)
- 2.1 Optimiser les ressources humaines par une démarche formation portée à l'échelle du Pôle gérontologique et de l'autonomie
- 2.2 Favoriser la promotion des métiers de l'aide à domicile et soutenir le recrutement
- 2.3 Maintenir l'effort de prévention des risques professionnels
- 3.1 Mettre en place des séances de formations aux gestes techniques et à la prévention des risques psycho-sociaux afin de garantir la sécurité de l'aidant naturel et de l'aidé
- 3.2 Professionnaliser les accueillants familiaux sur les gestes techniques et leur offrir des temps collectifs d'échange sur leurs pratiques

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Jours de formation
- > Nombre de stagiaires formés
- > Nombre et diversité des projets soutenus
- > Satisfaction des personnes âgées

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote
- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financier

#### PARTENAIRES

- > Services à domicile
- > Famille d'accueil
- > CNSA
- > DIRECCTE
- > CARSAT

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 1.5 – Réfléchir autour du projet de vie individualisé

#### CONTEXTE

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit la mise en place systématique de projets personnalisés, en établissements et dans les services. Il s'agit d'aller au-delà de la seule transmission d'information relative à la personne pour aller vers la formalisation d'un projet de vie respectant son choix de vie et celle de son entourage.

Le cadre législatif de la mission Maison départementale des personnes handicapées s'étend de fait aujourd'hui à la Maison Loire Autonomie :

- « l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil à la personne handicapée et à sa famille ainsi que l'aide à la définition du projet de vie des personnes handicapées » - Article L146-3 CASF,
- « la maison départementale des personnes handicapées apporte son aide, sur leur demande, à la personne handicapée, ou à son représentant légal, pour la confection de ce projet de vie » - Article L146-28 CASF.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Accompagner les personnes âgées dans la formulation de leur projet de vie
2. Faire du projet de vie un outil d'analyse et d'aide pour les professionnels

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Initier la notion de projet de vie individualisé dans le cadre de l'évaluation d'une prestation
- 1.2 Créer un formulaire de recueil du projet de vie au sein du dossier administratif Personnes âgées
- 1.3 Lancer une campagne d'évaluation des projets de vie individualisés dans les établissements d'hébergement
- 2.1 Former les équipes de la Maison Loire Autonomie à l'aide à la formulation
- 2.2 Élaborer des outils d'aide à la mise en œuvre du recueil du projet de vie (cf. guide des bonnes pratiques)
- 2.3 Utiliser le projet de vie dans les instances de coordination

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Jours de formation organisés
- > Nombre de professionnels formés
- > Nombre de projets de vie élaborés dans le cadre des prestations
- > Étude de la typologie des projets de vie

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote
- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financier

#### PARTENAIRES

- > Partenaires gérontologiques du département
- > Contributeurs des groupes de travail du Coderpa

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 2.1 – Améliorer la connaissance du parcours résidentiel

#### CONTEXTE

La Loire bénéficie d'un taux d'équipement EHPAD supérieur à la moyenne régionale. En 2009, après l'Ardèche et l'Ain, la Loire reste le département le plus doté en lits médicalisés.

Le taux d'équipement en places médicalisées sur la Loire pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (138) est supérieur au taux Rhône-Alpes (115) et au taux national (96). Le nombre de lits médicalisés ne devrait pas augmenter dans les prochaines années.

En complément de l'offre d'EHPAD, d'autres solutions d'accueil graduées selon le niveau d'autonomie s'offrent aux personnes âgées. Le manque de lisibilité de l'offre est un frein dans le parcours résidentiel.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Rendre lisible l'offre existante
2. Accompagner le parcours résidentiel

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Recenser, en lien et articulation avec les travaux des filières, les différents types de structures et de services à la personne, les dispositifs d'amélioration de l'habitat, leurs modalités de fonctionnement, le type de public concerné, l'implantation géographique, la tarification, les aides possibles, etc.
- 1.2 Vulgariser l'information à destination du grand public et des professionnels libéraux via l'outil numérique (loire.fr) et les supports de communication
- 1.3 Promouvoir des portes ouvertes dans les différentes solutions d'accueil
- 2.1 Veiller à l'actualisation des connaissances de l'ensemble des professionnels de la Maison Loire Autonomie sur l'offre de services
- 2.2 Mobiliser et impliquer les équipes de la Maison Loire Autonomie pour l'aide à l'orientation du public (accueil, évaluation des besoins, accompagnement)
- 2.3 Mettre en œuvre le projet de demande d'admission électronique et la mesure des listes d'attente (outil ViaTrajectoire en EHPAD et réseau ADALOGIS au niveau de l'habitat adapté par exemple)

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre d'actions de communication autour du parcours résidentiel
- > Création d'un espace dédié sur le site internet
- > Nombre moyen de connexions par jour

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote

#### PARTENAIRES

- > Services du Conseil général de la Loire : Direction administrative et financière, Direction de la communication, Direction des systèmes d'information, Direction du logement et de l'habitat
- > Toutes structures
- > Agence régionale de santé : filières gérontologiques

#### ECHÉANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 2.2 – Labelliser l'offre de logements adaptés avec services : Habitat Loire Autonomie

#### CONTEXTE

Juridiquement, le Conseil général n'a pas les compétences d'autorisation et de tarification à l'égard des logements adaptés avec services.

Le territoire est face à une multiplicité de projets qui ne font pas tous l'objet d'une étude d'opportunité.

Les équipes de la Maison Loire Autonomie sont informées de l'existence de certaines structures à l'occasion d'une demande individuelle de prestations.

Les motivations des usagers pour intégrer ces structures méritent d'être précisées.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Repérer les motivations à l'entrée dans ces formules d'habitat adapté et les souhaits d'évolution
2. Proposer un référentiel Habitat Loire Autonomie et un label qualité correspondant
3. Développer ce type de solutions d'habitat par appels à candidatures

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Initier une enquête auprès des locataires des résidences existantes (motivations, analyses, perspectives)
- 1.2 Analyser les résultats de l'enquête
- 1.3 Établir les modalités de suivi de l'enquête
- 2.1 Réaliser un état des lieux des projets privés/publics
- 2.2 Élaborer un référentiel avec le concours d'une commission composée de bailleurs sociaux, de services à la personne, de collectivités territoriales, de CCAS
- 2.3 Promouvoir le label et lancer le programme de labellisation
- 3.1 Créer une commission d'appels à candidatures
- 3.2 Organiser la procédure d'appels à candidatures
- 3.3 Sélectionner au maximum 3 projets par an

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Taux de satisfaction des usagers de logements adaptés avec services
- > Pourcentage de projets labellisés sur l'offre totale

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote
- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financier

#### PARTENAIRES

- > Agence de développement économique de la Loire (ADEL 42)
- > Maison du logement et de l'habitat
- > Logements adaptés avec services
- > Bailleurs sociaux
- > Gestionnaires de services à la personne
- > Collectivités territoriales
- > CCAS

#### ECHÉANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 2.3 – Développer l'offre d'hébergement par appel à projet pour la création de petites unités de vie

---

#### CONTEXTE

Le nombre de lits en EHPAD dans la Loire étant supérieur à celui proposé dans les autres départements de la région Rhône-Alpes, il n'est pas envisagé par l'Agence régionale de santé la création d'établissements médicalisés de type EHPAD.

La Loire est un département vieillissant (doublement des 85 ans et plus à l'horizon 2030). La demande est d'ores et déjà supérieure au nombre de places disponibles sur certains secteurs géographiques.

L'offre existante est très peu lisible et il y a peu de structures de type petites unités de vie dans le département. En outre, leur fonctionnement et leur financement ne sont pas identiques.

---

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Clarifier et lister l'offre existante
  2. Développer ce type de solutions d'habitat par appels à projets
- 

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Réaliser un état des lieux de l'offre existante
  - 1.2 Homogénéiser le mode de tarification de l'APA
  - 1.3 Assurer une veille des GIR moyens pondérés (GMP) pour vérifier l'adéquation du niveau de dépendance avec le projet d'établissement
- 2.1 Identifier le besoin et définir les territoires d'implantations
  - 2.2 Créer une commission d'appels à projets
  - 2.3 Organiser la procédure d'appels à projets
- 

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre de projets déposés
- > Nombre de créations de petites unités de vie sur le territoire de la Loire
- > Répartition de l'offre sur le territoire

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote

#### PARTENAIRES

- > Conseil général de la Loire :  
Direction administrative et financière
- > Agence régionale de santé
- > Petites unités de vie existantes

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 2.4 – Favoriser la mise en réseau des logements-foyers

#### CONTEXTE

Les foyers-logements pour personnes âgées sont au nombre de 20 sur le département de la Loire, pour une capacité totale de 1 243 lits.

Sous la forme de studios ou de 2 pièces, les logements-foyers offrent aux retraités un logement indépendant tout en offrant un panel de services collectifs (variable d'une structure à l'autre). Ces établissements s'adressent prioritairement à des personnes valides.

Ces dernières années ont été consacrées prioritairement à la médicalisation et à l'humanisation des EHPAD, aux politiques de maintien à domicile, à l'adaptation des prises en charge liées à la maladie d'Alzheimer et aux pathologies apparentées et au développement de nouvelles formes d'habitat.

Il semble pour autant nécessaire de renforcer la coordination départementale des logements-foyers.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Développer un groupe expert départemental « logements-foyers »
2. Faciliter l'observation des populations accueillies pour mieux accompagner le devenir des logements-foyers
3. Promouvoir la place des logements-foyers au sein du parcours résidentiel

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Identifier et formaliser un réseau de directeurs de logements-foyers
- 1.2 Mutualiser les besoins des établissements (formation, information, évaluation, pratiques professionnelles, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, etc.)
- 1.3 Accompagner la démarche qualité
- 2.1 Systématiser l'évaluation du GIR moyen pondéré par les médecins Autonomie du Conseil général
- 2.2 Mettre en œuvre une fiche d'identification des besoins des bénéficiaires de l'APA à destination des logements-foyers
- 2.3 Initier une démarche « tableaux de bord » afin de garantir le suivi des populations accueillies et de l'activité des établissements
- 3.1 Définir un plan de communication sur l'offre des logements-foyers
- 3.2 Favoriser la représentation des logements-foyers au sein des filières gérontologiques et du Coderpa
- 3.3 Utiliser les logements-foyers comme terrain d'expérimentation des actions de prévention (liens Club prévention séniors)

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre de logements-foyers signataires de la charte filière
- > Effectivité du réseau des directeurs
- > Nombre de réunions du groupe expert départemental « logements-foyers »
- > Support de communication

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Incitateur

#### PARTENAIRES

- > Logements-foyers
- > Bailleurs sociaux
- > CCAS
- > Coderpa
- > CARSAT
- > Club prévention séniors

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 2.5 – Soutenir la démarche qualité

---

#### CONTEXTE

Depuis plus de 10 ans, le Conseil général de la Loire encourage et accompagne les Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie dans la démarche d'amélioration du service rendu.

Plusieurs outils ont été développés :

- Deux référentiels d'évaluation de la qualité ont été élaborés en partenariat avec les acteurs institutionnels et de terrain : ELOISE pour les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et VERONIQUE pour les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).
- Des visites inopinées d'évaluation dans les établissements et services pour personnes âgées.
- S'ajoutent à ces procédures les exigences légales liées aux évaluations internes et externes.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Garantir la meilleure qualité de service rendu aux usagers en perte d'autonomie
2. Organiser la gestion des évaluations internes et externes

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Étendre les démarches qualité menées à domicile et en EHPAD aux autres ESMS en faveur des personnes âgées
- 1.2 Déployer les labels qualité Loire Autonomie pour les services, l'habitat et les établissements
- 2.1 Informer et accompagner les ESMS tout au long de la campagne d'évaluation (exigences légales, calendrier, méthodologie...)
- 2.2 Organiser les ressources internes et externes pour assurer l'instruction des rapports d'évaluations, en partenariat avec l'Agence régionale de santé

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre d'ESMS labellisés
- > Tableau de bord interne de pilotage et de suivi des évaluations
- > Nombre de rapports d'évaluation reçus
- > Nombre de rapports d'évaluation instruits

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote

#### PARTENAIRES

- > Établissements et services médico-sociaux
- > Délégation territoriale de la Loire de l'Agence régionale de santé
- > Unité territoriale de la Loire de la DIRECCTE
- > CARSAT Rhône-Alpes
- > Coderpa

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Information / communication
- > Concertation / coordination

### ACTION 3.1 – Améliorer le repérage des proches aidants et de leurs besoins

#### CONTEXTE

L'aidant vient en aide à une personne dont les capacités physiques ou intellectuelles sont amoindries en raison d'une maladie ou d'un handicap ou de l'âge.

En effet, les services à domicile, les établissements et les autres professionnels du secteur médico-social ont pu faire remonter auprès du Conseil général la souffrance des aidants dans la Loire.

Le Conseil général a confié au Coderpa l'organisation d'une commission spécifique sur cette question.

Si des actions ont déjà été mises en œuvre (groupes de paroles, conférences, etc.), il semble important de mieux repérer le profil des aidants et leurs demandes.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Repérer les aidants fragilisés sur le département de la Loire
2. Identifier les besoins de ces aidants afin d'adapter les réponses apportées à ce jour et imaginer de nouveaux dispositifs

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Mener une enquête quantitative auprès des aidants accompagnant des personnes en perte d'autonomie physique et/ou psychologique
- 1.2 Identifier les profils de ces aidants :
  - qui sont-ils ?
  - quelles aides apportent-ils à la personne en perte d'autonomie ?
  - que connaissent-ils des dispositifs existants ?
- 2.1 Préciser les besoins des aidants de manière qualitative auprès d'un échantillon d'aidants volontaires
- 2.2 Analyser la pertinence des réponses apportées à ce jour
- 2.3 Adapter l'offre de soutien destinée aux aidants

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Taux de participation à l'enquête quantitative
- > Nombre de personnes désirant participer à une étude de besoins plus approfondie
- > Nombre d'aidants rencontrés dans le cadre de l'étude de besoins
- > Publication de l'étude

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote, avec le Coderpa
- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financeur

#### PARTENAIRES

- > Membres de la commission « aide aux aidants » du Coderpa : Coderpa / Maison Loire Autonomie / Services de maintien à domicile / CCAS / EHPAD
- > CHU de Saint-Etienne
- > Conseil général de la Loire : Observatoire social

#### ECHEANCES

- > Décembre 2013

#### NATURE DES ACTIONS

- > Etudes

### ACTION 3.2 – Améliorer l'information auprès des proches aidants

---

#### CONTEXTE

L'offre médico-sociale est diverse et complexe.

En raison de la diversité des aides existantes en direction des personnes âgées en perte d'autonomie, du nombre important d'acteurs du médico-social, les diverses actions locales développées apparaissent peu lisibles pour les personnes aidées et leurs aidants.

Outre l'amélioration de la lisibilité de l'offre globale (cf. défi 2, action 1), il apparaît également important de reconnaître et d'accompagner l'aidant dans l'appropriation de son nouveau rôle.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Faire prendre conscience à l'aidant de son nouveau rôle

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Construire un guide départemental de l'aidant (carnet de l'aidant) précisant à minima :
  - La définition de l'aidant
  - Les informations pratiques générales relatives à l'aide aux aidants
  - Le carnet d'adresses utiles
  - Les conseils et astuces
  - Une grille d'autoévaluation des besoins de l'aidant
- 1.2 Organiser la diffusion et la mise à disposition de l'aidant

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre de consultations du guide départemental de l'aidant sur le site « loire.fr »
- > Nombre de demandes d'information et nature des demandes de niveau 1 d'accueil de la Maison Loire Autonomie

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote, avec le Coderpa

#### PARTENAIRES

- > Membres de la commission « aide aux aidants » du Coderpa : Coderpa / Maison Loire Autonomie / Services de maintien à domicile / CCAS / EHPAD

#### ECHEANCES

- > Décembre 2014

#### NATURE DES ACTIONS

- > Information / communication
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 3.3 – Former les professionnels à l'évaluation des besoins des proches aidants

---

#### CONTEXTE

De plus en plus d'aidants se retrouvent dans un contexte d'épuisement. On constate parfois le décès de l'aidant avant celui de la personne aidée.

Cet épuisement peut conduire à des situations de maltraitance. On peut faire face alors à des admissions en urgence de la personne aidée à l'hôpital ou en établissement médico-social.

Il faut donc pouvoir repérer ces aidants en difficulté et agir en amont pour éviter le risque d'épuisement.

---

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Prévenir et repérer l'épuisement de l'aidant
- 

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Former et informer les professionnels du secteur médico-social au repérage des signaux de fragilité de l'aidant et à l'évaluation des besoins : travailleurs médico-sociaux en charge de l'évaluation, intervenants à domicile
  - 1.2 Évaluer les besoins de l'aidant concomitamment à l'évaluation des besoins des bénéficiaires de l'APA et de la PCH
  - 1.3 Créer un outil d'information répertoriant les signaux d'alerte (exemples : amaigrissement, fatigue physique, agacement, etc.) et une grille d'autoévaluation des besoins de l'aidant, qui peuvent servir de point de repères aux professionnels et aux aidants
  - 1.4 Définir une procédure de repérage des aidants en difficulté afin de leur proposer des actions d'accompagnement et des structures de répit
  - 1.5 Impliquer les représentants des services d'aide et de soins à domicile dans l'accompagnement de l'évaluation des besoins (auxiliaires de vie, soignants, etc.)
- 

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre de professionnels formés
- > Nombre d'aidants en difficulté repérés par les personnes formées

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Incitateur

#### PARTENAIRES

- > Services d'aide à domicile
- > Travailleurs médico-sociaux des différentes institutions
- > Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- > Pôle gériatrique et de l'autonomie
- > Structures de répit

#### ECHEANCES

- > Décembre 2014

#### NATURE DES ACTIONS

- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 3.4 – Intervenir auprès des aidants

---

#### CONTEXTE

Une personne sur 5 accompagne un proche malade, porteur de handicap et/ou vieillissant. Certains aidants sont encore en activité professionnelle et sont souvent fragilisés (absentéisme, troubles dépressifs, etc.).

Le Conseil général a mis en place un Club prévention séniors regroupant les principales caisses de retraite (régimes de base et complémentaires), la Mutualité française Loire, la Maison Loire Autonomie...

---

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Prévenir l'épuisement des aidants et les risques de maltraitance
  2. Soutenir les aidants en activité professionnelle
- 

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Mener des ateliers pour les aidants sur des thèmes repérés (cf. défi 3, action 1)
  - 1.2 Former les aidants aux gestes techniques : ergonomie, gestes et postures, aides techniques, etc.
  - 1.3 Favoriser le développement de nouvelles formes de soutien pour les aidants familiaux (plateforme de répit, bistrot des aidants, etc.)
  - 2.1 Mobiliser des entreprises et collectivités territoriales (communes, établissements publics de coopération intercommunale, Conseil général, centres hospitaliers, etc.)
  - 2.2 Organiser des réunions d'informations générales et/ou des conférences destinées aux aidants
- 

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre d'entreprises et de collectivités territoriales inscrites dans la démarche
- > Nombre d'aidants ayant participé aux différents dispositifs

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Incitateur
- > Contributeur

#### PARTENAIRES

- > Maison Loire Autonomie
- > CNSA
- > Mutuelles
- > Caisses de retraite principales et complémentaires
- > Grandes entreprises de la Loire
- > Collectivités territoriales
- > ALMA Loire
- > Club prévention séniors

#### ECHEANCES

- > Décembre 2014

#### NATURE DES ACTIONS

- > Information / communication
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 3.5 – Accompagner les porteurs de projets

---

#### CONTEXTE

Des actions peuvent être menées par différents porteurs de projets. Pourtant, elles s'adressent à un public commun qui partage les mêmes problématiques.

Face à une diversité des projets, on peut noter une disparité dans la répartition territoriale des projets, dans le contenu des actions, leurs évaluations et leur communication.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Permettre un développement de l'offre sur l'ensemble du territoire
2. Mutualiser les expériences menées au sein du Club prévention séniors et définir une méthodologie de projet

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Se doter d'outils de diagnostic des besoins : zones de fragilités, enquêtes aide aux aidants, etc.
- 1.2 Rendre lisible les actions par une meilleure communication
- 2.1 Élaborer pour chaque action une fiche projet correspondante
- 2.2 Consulter les partenaires (Club prévention séniors et les territoires d'actions sociales) sur l'opportunité des projets
- 2.3 Évaluer les projets : impact, pertinence, efficacité, efficacité

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre de fiches projets centralisées
- > Nombre d'actions menées
- > Couverture du territoire (cartographie)

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Incitateur
- > Contributeur

#### PARTENAIRES

- > Club prévention séniors
- > Tout porteur de projet

#### ECHEANCES

- > Décembre 2014

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Concertation / coordination

### ACTION 4.1 – Poursuivre la mise en œuvre opérationnelle de la Maison Loire Autonomie

#### CONTEXTE

La loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées envisage la convergence des réponses apportées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, en s'affranchissant de la barrière de l'âge.

Dès 2008, le Conseil général a affirmé sa volonté de mener une politique de l'autonomie avec la création d'une commission Autonomie, puis l'ouverture de la Maison Loire Autonomie.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Affirmer le positionnement du Conseil général dans le champ de l'autonomie
2. Simplifier le quotidien des personnes âgées et des personnes handicapées confrontées aux interlocuteurs multiples
3. Briser le cloisonnement « traditionnel » entre personnes âgées dépendantes et personnes handicapées
4. Optimiser le traitement des droits de l'usager

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Promouvoir et déployer un service public de proximité à travers les territoires et les relais
- 1.2 Améliorer la signalétique et l'accessibilité des points d'accueil
- 1.3 Identifier et créer un réseau de référents locaux
- 2.1 Renforcer la notion d'interlocuteur unique par la promotion du numéro de téléphone unique
- 2.2 Soutenir l'équipe de Conseillers Accueil Autonomie par la formation continue
- 2.3 Développer une base de données d'information mise à disposition des Conseillers Accueil Autonomie
- 3.1 Conduire des travaux préparatoires à l'élaboration d'un schéma départemental Autonomie à l'horizon 2015
- 3.2 Renforcer la polyvalence des agents de la Maison Loire Autonomie (administratifs, sociaux, médicaux) sur leurs missions auprès des publics âgés et/ou handicapés
- 3.3 Veiller à l'harmonisation des formes dans l'organisation et les outils de la Maison Loire Autonomie
- 4.1 Adapter en interne les pratiques professionnelles dans un souci d'équité et de réponses personnalisées aux demandes des usagers (règles départementales, référentiel unique par prestation, commissions départementales, etc.)

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre de permanences des relais Autonomie
- > Nombre de personnes accueillies sur chaque permanence
- > Nombre de sites accessibles et identifiés
- > Liste des référents locaux
- > Nombre de groupes de travail Schéma Autonomie
- > Indicateurs d'activité et de gestion des prestations
- > Nombre et nature des formations destinées aux agents de la Maison Loire Autonomie

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote
- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financier

#### PARTENAIRES

- > Agence de développement économique de la Loire (ADEL 42)
- > Maison du logement et de l'habitat
- > Logements adaptés avec services
- > Bailleurs sociaux
- > Gestionnaires de services à la personne
- > Collectivités territoriales
- > CCAS

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 4.2 – Déployer les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) sur l'ensemble du territoire

#### CONTEXTE

Le schéma départemental 2008-2012 en faveur des personnes âgées définit comme orientation prioritaire le développement d'une prise en charge spécifique pour les personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée (axe n°3).

La mesure 3 du plan national Alzheimer 2008-2012 prévoit la labellisation sur tout le territoire de MAIA.

La création de la MAIA répond au constat de fragmentations multiples au niveau de l'organisation, du financement et de la dispensation des aides et des soins pour les personnes en perte d'autonomie.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Pérenniser le dispositif MAIA
2. Renforcer l'articulation des intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour la personne et ses aidants : « intégration des services »
3. Simplifier les parcours de soins en réduisant les doublons d'évaluation et en évitant les ruptures de continuité dans les interventions

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Étendre la couverture à l'ensemble du territoire ligérien et des territoires de filières gériatriques (Roanne, Forez, Saint-Etienne, Gier et Ondaine)
- 1.2 S'appuyer sur l'expérience et les axes de développement (instances de concertation, outils...) de la MAIA stéphanoise
- 1.3 Obtenir la labellisation des dispositifs pour sortir de la phase expérimentale
- 2.1 Mettre en place un système d'information partagée
- 2.2 Organiser les tables de concertation stratégique, tactique et clinique en cohérence avec l'organisation des filières gériatriques
- 2.3 Développer des outils communs au guichet intégré
- 3.1 Mettre à disposition une équipe de gestionnaires de cas (suivi et accompagnement intensif rapproché des situations complexes)
- 3.2 Signer des conventions de réciprocité des évaluations avec les réseaux de santé, caisses de retraites, etc.

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre de MAIA déployées
- > Nombre de gestionnaires de cas recrutés et formés
- > Nombre de labellisations
- > Nombre d'inclusions dans le dispositif MAIA
- > Nombre de conventions de réciprocité des évaluations

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote
- > Co-financeur

#### PARTENAIRES

- > Agence régionale de santé (qui assure la gouvernance du dispositif MAIA)
- > Membres des filières gériatriques

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre

### ACTION 4.3 – Se positionner au sein des filières gérontologiques

#### CONTEXTE

La circulaire du 28 mars 2007 définit les modalités d'organisation de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques tant au sein d'un même hôpital, qu'entre établissement relevant d'un même territoire de santé. Elle préconise les liens à construire avec les partenaires du réseau de santé « personnes âgées ».

Le Plan stratégique régional de santé (2011° et sa déclinaison, le Schéma régional d'organisation médico-sociale (2012), ont pour objectifs la fluidité des parcours des personnes et la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins et à l'accompagnement. Pour se faire, ces orientations régionales favorisent le décloisonnement des champs sanitaire, médico-social et social.

Dès 2010, le Conseil général de la Loire est partenaire de l'Agence régionale de santé dans le cadre de la structuration de la filière gérontologique et de la mise en place des comités de filière.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Inscrire le travail des filières dans le cadre des orientations du schéma départemental en faveur des personnes âgées
2. Apporter l'expertise de la Maison Loire Autonomie au sein des filières et ainsi contribuer au décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social tel que défini dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoire

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Sensibiliser les agents de la Maison Loire Autonomie aux différents défis du schéma
- 1.2 Relayer les fiches actions dans les comités et les groupes de travail
- 2.1 Affirmer le rôle de la Maison Loire Autonomie comme acteur majeur des filières au travers des missions qui lui sont confiées : accueil, information, orientation, évaluation médico-sociale, aide à la formulation du projet de vie, mise en œuvre des prestations et aides financières, accompagnement
- 2.2 Contribuer à l'animation des comités de filières des 5 filières gérontologiques de la Loire
- 2.3 Participer activement aux travaux des différents groupes de travail mis en place au sein de chaque filière gérontologique
- 2.4 Alimenter les filières par des données statistiques en lien avec l'observatoire social du Conseil général

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre et fonctions des représentants de la Maison Loire Autonomie au sein des comités et groupes de travail
- > Nombre de comités de filières et groupes de travail
- > Nombre de projets issus des filières et en lien avec le schéma départemental en faveur des personnes âgées

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Incitateur
- > Contributeur
- > Financier

#### PARTENAIRES

- > Tous les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social
- > Représentants des usagers
- > Agence régionale de santé

#### ECHÉANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Concertation / coordination

### ACTION 4.4 – Structurer les nouvelles instances de coordination de l'autonomie (ex équipes pluridisciplinaires organisées par les centres locaux d'information et de coordination)

#### CONTEXTE

Le projet de vie et de soins de chaque personne âgée fait appel à des professionnels de formations diverses. Ainsi le réseau institutionnel du maintien à domicile se présente comme un véritable patchwork. Chaque métier a ses spécificités, ses modes d'intervention et ses sources de financement propres. Depuis une vingtaine d'années, les situations se sont diversifiées et compliquées et les réponses ne peuvent plus être monovalentes.

La mise en œuvre des équipes pluridisciplinaires dès 2004 s'inscrit dans ce contexte d'une mobilisation indispensable des acteurs de proximité pour une prise en charge coordonnée des personnes vieillissantes.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Développer les échanges et la connaissance réciproque des acteurs et de leurs missions respectives
2. Installer les nouvelles instances en s'appuyant sur l'existant
3. Élargir la coordination aux situations d'handicap

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Déployer les instances de coordination sur l'ensemble du territoire en s'appuyant sur les responsables sociaux et un agent administratif
- 1.2 Inscrire cette instance comme un outil de coordination au sein des filières gérontologiques
- 2.1 Mettre à jour et valider le référentiel commun de respect des règles de déontologie et d'harmonisation des pratiques
- 2.2 Collaborer avec la cellule de protection des personnes vulnérables
- 3.1 Associer des représentants du champ du handicap à la structuration et au fonctionnement des instances de coordination
- 3.2 Permettre la présentation de projets ou de structures destinés aux publics âgés et/ou handicapés

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Nombre de réunions et de situations abordées
- > Nombre de professionnels participant aux instances de coordination
- > Typologie des situations abordées
- > Degré de satisfaction des participants
- > Rapport d'activité des instances de coordination
- > Respect des recommandations

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote

#### PARTENAIRES

- > Tous les acteurs professionnels du sanitaire et du médico-social
- > Cellule de protection des personnes vulnérables

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Études
- > Information / communication
- > Concertation / coordination

### ACTION 4.5 – Proposer un accompagnement gradué

---

#### CONTEXTE

La multiplicité des acteurs et des guichets, la fragmentation des services ajoutent des difficultés au parcours des personnes fragilisées par l'avancée en âge ou le handicap.

Par ailleurs, la mise en place de la Maison Loire Autonomie en octobre 2012 vise à améliorer le parcours de vie en offrant un accompagnement adapté.

---

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Apporter une réponse personnalisée à chaque demande
  2. Favoriser l'expression et la réalisation du projet de vie de la personne
  3. Éviter les ruptures de parcours dans la prise en charge des personnes âgées
- 

#### MISE EN ŒUVRE

- 1.1 Structurer et mettre en place plusieurs niveaux d'accueil :
    - Niveau 1 : information, orientation,
    - Niveau 2 : pré-diagnostic, évaluation, suivi,
    - Niveau 3 : accompagnement social,
    - Niveau 4 : accompagnement renforcé (MAIA)
  - 1.2 Définir les critères d'inclusion pour les niveaux 3 et 4
  - 2.1 Aider à la formulation du projet de vie (cf. défi 1, action 5)
  - 2.2 Aider à la mise en œuvre du plan d'aide en cohérence avec le projet de vie
  - 3.1 Développer et promouvoir la mission de référent social ou médico-social Autonomie
  - 3.2 Formaliser l'accompagnement
- 

#### INDICATEURS DE RESULTATS

- > Critères d'entrée et de sortie de la mission accompagnement niveaux 3 et 4
- > Nombre d'accueils téléphoniques et physiques pour les différents niveaux
- > Nombre d'accompagnements formalisés

#### POSITION DU DEPARTEMENT

- > Pilote

#### PARTENAIRES

- > Usagers
- > Maison départementale des personnes handicapées et Direction de l'Autonomie
- > Service social départemental

#### ECHEANCES

- > 2015

#### NATURE DES ACTIONS

- > Concertation / coordination
- > Création / mise en œuvre