

SOMMAIRE

Introduction	1
--------------	---

PARTIE 1

LE CONTEXTE EN HAUTE-SAVOIE

1/ Le contexte démographique	7
A - Approche de la population totale	7
B - Approche de la population âgée	8
C - Projections démographiques	9
2/ Le public concerné : Les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie	14
A - Situation actuelle	14
B - Projections	15

PARTIE 2

L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN HAUTE-SAVOIE

1/ L'accompagnement à domicile	21
A - Les services d'aide et d'accompagnement à domicile	21
B - Les services de soins infirmiers à domicile	21
2/ L'accueil séquentiel	24
3/ Les solutions d'hébergement	26
A - Les foyers logements	26
B - Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et unités de soins de longue durée	27

PARTIE 3

LE PLAN D' ACTIONS DEPARTEMENTAL

Orientation 1 : Renforcer la prévention et le maintien du lien social	33
Orientation 2 : Sécuriser le maintien à domicile, souhait n° 1 des personnes âgées	43
Orientation 3 : Reconnaître le rôle des familles et soutenir les aidants naturels	55
Orientation 4 : Diversifier l'offre d'hébergement	63
Orientation 5 : Fédérer et coordonner tous les acteurs autour de la personne âgée	73

ANNEXES

1/ Bilan du Schéma Gérontologique Départemental 2008-2012	85
2/ Avis du Conseil Général sur le Projet Régional de Santé : Délibération du 1^{er} octobre 2012	89
3/ Questionnaire « Aide aux Aidants »	101
4/ Analyse du questionnaire à destination des aidants	105
5/ Démarche d'élaboration du schéma	115
6/ Lexique	117

INTRODUCTION

Responsable, solidaire, et innovant : le Conseil Général de la Haute-Savoie a fait du soutien aux personnes âgées et à leurs familles l'une de ses priorités.

Ces dernières années, les chiffres du recensement ont confirmé la progression de l'espérance de vie et l'augmentation significative de la population âgée dans notre pays. Avec l'arrivée à l'âge de la retraite des « baby-boomers », le groupe d'âge des plus de 60 ans est appelé à se renforcer pour représenter 30 millions de personnes à l'horizon 2030, soit près de 30 % de la population.

Peu à peu, le paysage démographique des prochaines décennies se dessine. De nouvelles problématiques émergent autour du vieillissement.

Notre département n'échappe pas à cette tendance. En Haute-Savoie, on vit mieux et plus longtemps.

Ainsi la part des personnes âgées de 60 ans et plus devrait-elle augmenter de +52,9 % d'ici à 2025 et de +85,6 % à l'horizon 2030. Mais ce sont les 85 ans et plus qui devraient augmenter dans les plus fortes proportions (+83 % d'ici à 2025, et +184,3 % jusqu'à 2035). Cette tendance est d'autant plus marquée que la Haute-Savoie est un département jeune. Les 75 ans et plus représentent 6,7% seulement de la population.

Une spécificité de notre département doit éclairer ce constat. Elle tient à la qualité de vie et à la forte attractivité de la Haute-Savoie dont la population, qui a franchi la barre des 755 000 habitants, augmente chaque année de + 9 000 habitants.

Au-delà des statistiques, il y a la réalité que vivent au quotidien les personnes âgées confrontées soit à l'isolement, soit à la dépendance pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques courantes. A quoi s'ajoute, depuis quelques années maintenant, la précarité qui commence à toucher certaines personnes âgées conduites parfois à renoncer à se chauffer et à se soigner, quand ce n'est pas à se nourrir.

Notre réflexion doit également prendre en considération la situation des aidants des personnes âgées qui sont, eux-mêmes, en âge d'être grands-parents ou même arrière-grands-parents. Cet écart générationnel s'avère parfois délicat, en particulier lorsque la dépendance de leur père ou de leur mère, voire des deux, conduit les aidants à devenir les « parents de leurs propres parents ».

Outre les moyens humains et financiers adaptés à leurs besoins et à leurs ressources, se pose la question du projet des personnes âgées et de la liberté pour celles-ci de continuer à vivre à leur domicile, si elles le souhaitent, ou de faire le choix d'entrer en établissement.

L'enjeu n'est pas seulement économique et social. Il est aussi culturel et tient au regard que nous portons sur le rôle et la place des personnes âgées dans notre société et, plus largement, sur la vieillesse.

Au delà de ces enjeux financiers et techniques, des questions essentielles doivent guider notre réflexion : comment faire en sorte que l'allongement de la durée de vie soit une chance à saisir et non une fatalité à subir ? Comment permettre aux personnes qui avancent dans l'âge de vivre pleinement cette nouvelle étape de leur existence et de la partager avec leurs familles ?

« Bien vieillir en Haute-Savoie » : tel est l'objectif que s'est assigné le Conseil Général avec son nouveau plan d'actions départemental en faveur des personnes âgées.

« Bien vieillir en Haute-Savoie », c'est bien sûr permettre aux personnes âgées, qui le souhaitent, de rester le plus longtemps possible chez elles, ou d'être accueillies dans les meilleures conditions possibles en établissement.

L'action volontariste entreprise dans la durée par notre collectivité pour accompagner les Haut-Savoyards à tous les âges de vie, et en particulier nos aînés, a permis de conforter les nombreux atouts de notre département qui justifient sa qualité de vie .

Marqué par l'effort financier important du Département et de l'Etat en Haute-Savoie, le précédent schéma 2008-2012 (voir annexe 1) a permis un accroissement significatif de l'offre en faveur des personnes âgées autour de deux grands axes :

- ✓ Un soutien à domicile de qualité, aussi longtemps que souhaité et possible, qui s'est traduit par un soutien aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (qui bénéficient en Haute-Savoie du régime de l'autorisation plus favorable mais n'échappent pas à des contraintes économiques fortes), par un développement des places d'accueil de jour (169 places) et d'hébergement temporaire (130 places), et par de nombreuses actions d'aide aux aidants sur tous les territoires ;
- ✓ La poursuite du développement de l'offre en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), avec un prix de journée accessible au plus grand nombre, qui s'est concrétisée par plus de 1 200 nouveaux lits d'hébergement permanent installés et près de 400 nouveaux lits autorisés ouverts progressivement.

Aujourd'hui, au travers de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) attribuée par le Conseil Général, plus de 10 000 personnes âgées bénéficient ainsi d'un accueil, d'une prise en charge et/ou d'un accompagnement à leur domicile ou en établissement. Soit au total 66 établissements, à plus de 80 % publics et associatifs, qui proposent des tarifs contenus (prix de journée moyen au 31 décembre 2012 : 60 € tout compris). Dans l'ensemble, grâce à l'effort accompli, les phénomènes de listes d'attente pour entrer en EHPAD n'ont plus la même ampleur que par le passé, même s'il convient de rester vigilant et mobilisé. Les meilleures conditions de vie au domicile permettent d'entrer plus tard en établissement (âge moyen d'entrée : + de 84 ans).

Ces résultats probants sont le fruit de la mobilisation de l'ensemble des acteurs haut-savoyards concernés à laquelle l'Assemblée départementale et les services de notre collectivité ont pris toute leur part.

La priorité de ce nouveau plan d'actions sera avant tout d'optimiser, de consolider, de moderniser l'existant, et de diversifier l'offre d'hébergement et de service quand c'est nécessaire, en considérant trois éléments principaux :

- ✓ D'une part, les personnes âgées veulent prioritairement demeurer au domicile ;
- ✓ D'autre part, les personnes âgées qui entrent en établissement le font plus tardivement, sont plus lourdement dépendantes, et nécessitent une prise en charge de plus en plus médicalisée ;
- ✓ Enfin, la modestie des ressources financières des personnes âgées et, souvent, de leurs familles, nécessite de veiller au maintien d'un prix de journée modéré et, pour ce faire, d'assurer un taux de remplissage optimal dans les établissements.

Dans ce domaine, le Département n'est pas seul à décider. Avec l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes (ARS) assume désormais une double responsabilité dans le champ de la santé et dans le champ médico-social.

Notre plan départemental n'en revêt que plus d'importance pour mettre en évidence les caractéristiques propres à la Haute-Savoie et faire en sorte que les besoins de nos aînés soient pris en considération par l'ARS.

En ce sens, l'avis rendu par le Conseil Général le 1^{er} octobre 2012 (voir annexe 2) sur le projet régional de santé Rhône-Alpes et sur le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) 2012-2017 insiste d'ores et déjà sur les spécificités de notre département, notamment démographiques, et sur les besoins locaux importants tant du point de vue sanitaire (offre de premier recours et soins hospitaliers) que médico-social.

Le Département doit également intégrer les changements importants induits par la loi HPST. Désormais, toute création de places nouvelles est soumise à la procédure d'appel à projet reposant sur un diagnostic territorial des besoins et mettant en concurrence plusieurs porteurs de projets sur la base d'un cahier des charges précis. Dans cette hypothèse, également, le Département est dépendant de la décision de l'ARS et des financements de l'assurance maladie.

Sur ce dernier point, nous devons tenir compte des conséquences de la crise économique mondiale sans précédent que nous connaissons et qui nous fait devoir de maîtriser au mieux les dépenses publiques. Ainsi, ne pourront plus être autorisés et financés par l'ARS que les lits et places inscrits au Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui dresse les priorités régionales de créations ou transformations d'établissements et de services, et les prévisions de financement pour l'année en cours.

A cet égard, il est à noter que le projet régional de santé de l'ARS ne prévoit que 392 places supplémentaires dont 191 places déjà autorisées pour toute la Région Rhône-Alpes sur la période 2013-2017. Soit réellement 201 places nouvelles.

Autant dire que les créations nettes de places seront limitées.

Dans cette perspective, le plan d'actions « Bien vieillir en Haute-Savoie » devra s'adapter à l'effort de maîtrise des dépenses et faire l'objet d'une évaluation annuelle. L'annonce d'une réforme de la prise en charge de la dépendance au niveau national rend d'autant plus forte la nécessité de faire de ce plan un document vivant et opérationnel.

« Bien vieillir en Haute-Savoie », c'est aussi et surtout mettre la personne âgée au cœur de nos préoccupations en respectant ses souhaits et ses choix afin de répondre au mieux à ses besoins et d'améliorer sa qualité de vie.

L'attention portée aux conditions de vie des personnes âgées et la volonté de leur proposer un accompagnement personnalisé ont conduit à concevoir un ensemble de solutions nouvelles et adaptées aux attentes de chacun.

Avec ce nouveau plan d'actions départemental, il s'agit de favoriser le lien entre les générations en mettant l'accent sur le rôle premier des aidants familiaux que les pouvoirs publics doivent soutenir sans chercher à s'y substituer, mais aussi sur les solidarités de voisinage, remparts naturels contre la solitude et l'abandon. Afin de mieux connaître leurs besoins et leurs attentes, un questionnaire leur a été adressé recueillant près de 900 réponses (voir annexes 3 et 4).

Il s'agit aussi d'apporter des réponses sur des enjeux émergents, à l'exemple du lien entre vieillissement et handicap, les personnes handicapées pouvant devenir des personnes âgées ; à l'exemple aussi de la prévention, ou bien encore de l'attractivité des métiers dans les filières du grand âge.

Il s'agit enfin de mieux coordonner toutes celles et tous ceux, professionnels de santé, responsables d'établissements, intervenants à domicile, bénévoles associatifs, travailleurs médico-sociaux, qui œuvrent sur le terrain pour que la personne âgée et sa famille soient entourées, et son parcours facilité.

Dans son approche qui se veut d'abord qualitative, le Département a su innover comme en témoigne l'expérimentation réussie des « gérontechnologies ». La géolocalisation des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer leur a permis de retrouver une capacité à se déplacer en liberté et en sécurité, et de rassurer leurs familles. Cette initiative a été reconnue au plan national.

En témoigne également l'engouement pour la téléassistance avec 6 000 personnes âgées abonnées et reliées à la plateforme unique d'appels qui regroupe l'ensemble des structures de secours d'urgence et constitue, là aussi, une première en France.

Dernier exemple, le plus récent, le Conseil Général a adopté un plan d'action pour le soutien au développement de l'offre de soins de 1^{er} recours, avec notamment l'aide à la création de maisons et/ou de pôles de santé pluriprofessionnels indispensables pour mailler le territoire et accompagner le soutien à domicile des personnes âgées.

Dans le droit fil, il s'agira de conforter l'existant tout en continuant à innover.

C'est pourquoi, depuis le printemps 2012, la préparation du plan « Bien vieillir en Haute-Savoie » a été l'objet d'une très large concertation (voir annexe 5) qui a fédéré plus de 200 professionnels médico-sociaux, médicaux et paramédicaux, responsables d'établissements, responsables associatifs, aidants bénévoles ou salariés, représentants des organisations syndicales, sans oublier les représentants des personnes âgées siégeant au Comité Départemental des Représentants des Personnes âgées (CODERPA).

Six sujets ont fait l'objet de débats dans les groupes de travail :

- ✓ Prévention ;
- ✓ Parcours résidentiel des aînés ;
- ✓ Accompagnement des aidants ;
- ✓ Vieillesse des personnes handicapées ;
- ✓ Organisation et structuration autour de la personne âgée ;
- ✓ Difficulté de recrutement des professionnels.

Les différentes contributions ont permis d'établir un diagnostic partagé de la situation dans notre département, de cerner les nouveaux besoins qui se font jour et d'avancer des propositions dont il a été tenu le plus grand compte dans le plan d'actions qui vous est présenté autour de cinq grandes priorités :

- ✓ **Priorité 1** : Renforcer la prévention et le maintien du lien social ;
- ✓ **Priorité 2** : Sécuriser le maintien à domicile, souhait n° 1 des personnes âgées ;
- ✓ **Priorité 3** : Reconnaître le rôle des familles et soutenir les aidants naturels ;
- ✓ **Priorité 4** : Diversifier l'offre d'hébergement ;
- ✓ **Priorité 5** : Fédérer et coordonner tous les acteurs autour de la personne âgée.

Placées sous le signe de l'innovation et de la proximité, ces priorités se déclinent en 20 fiches-actions qui ont vocation à mettre en évidence les besoins spécifiques de la population et du territoire haut-savoyards et à servir de référence pour l'ensemble des acteurs médico-sociaux et sanitaires en articulation avec l'ARS, et des acteurs médico-sociaux et associatifs de notre département.

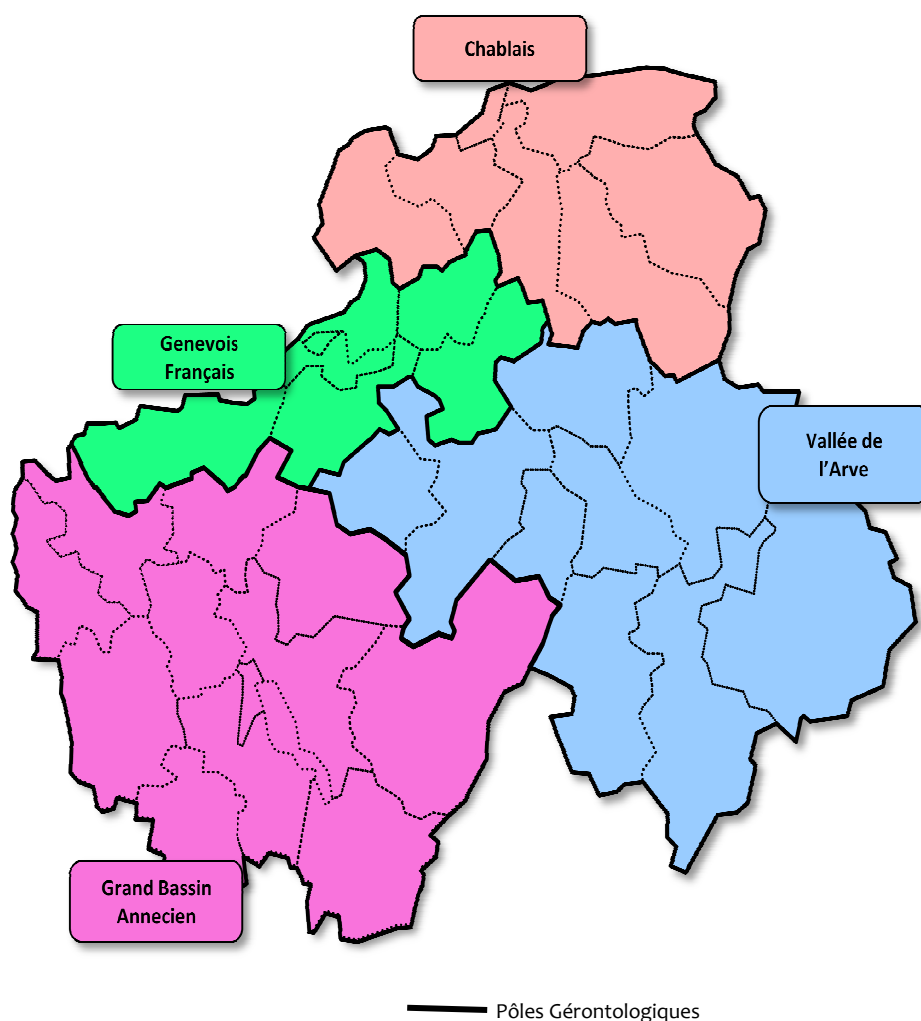
« Bien vieillir en Haute-Savoie » constitue ainsi un véritable plan d'actions départemental pour les cinq années à venir. Il concrétise la volonté de l'Assemblée départementale d'agir dans la durée en faveur des personnes âgées et aux côtés de leur famille pour leur permettre de bien vieillir en Haute-Savoie.

PARTIE 1

LE CONTEXTE EN HAUTE-SAVOIE

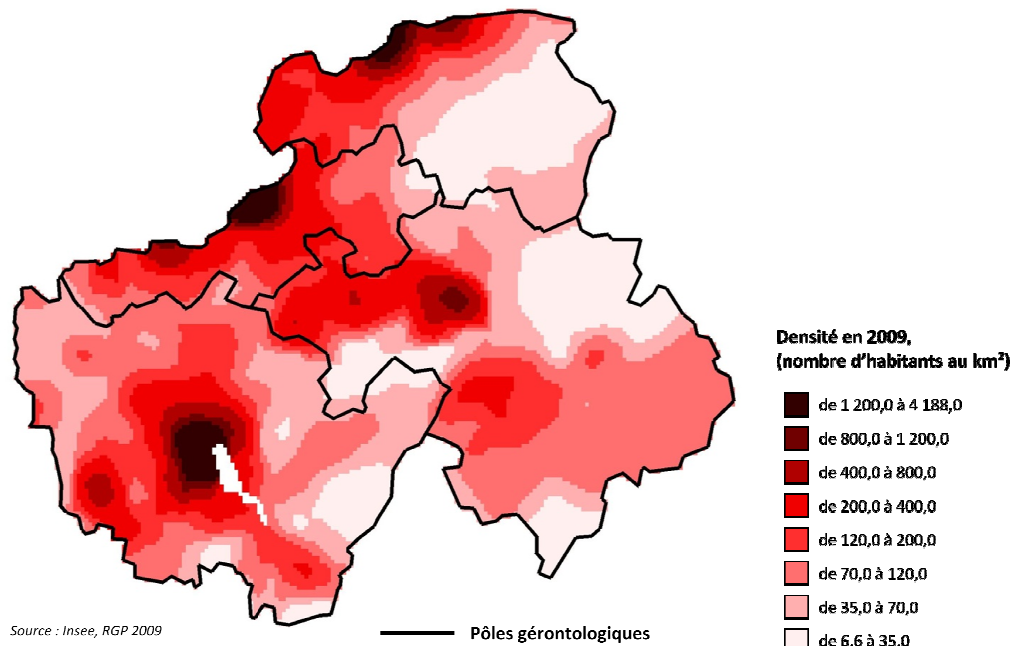
L'approche qui a été favorisée pour ce Schéma est territorialisée. En effet, le Conseil Général a souhaité procéder à une analyse des caractéristiques par territoire d'action des **Pôles gérontologiques**, relais de l'action sociale du Département. Le Conseil Général en compte quatre sur son territoire : Grand Bassin Annécien, Chablais, Genevois Français, Vallée de l'Arve.

Ainsi, si la politique départementale en faveur des personnes âgées se doit d'être globale et structurée autour de principes fondateurs partagés sur tout le département, l'approche territorialisée permet de tenir compte **des spécificités des territoires**, qu'elles soient démographiques, socio-économiques, ou géographiques.



Les chiffres présentés sont issus du dernier recensement de l'INSEE : 2009.
 Au 1^{er} janvier 2009, le département de la Haute-Savoie comptait **725 794 habitants**.

19

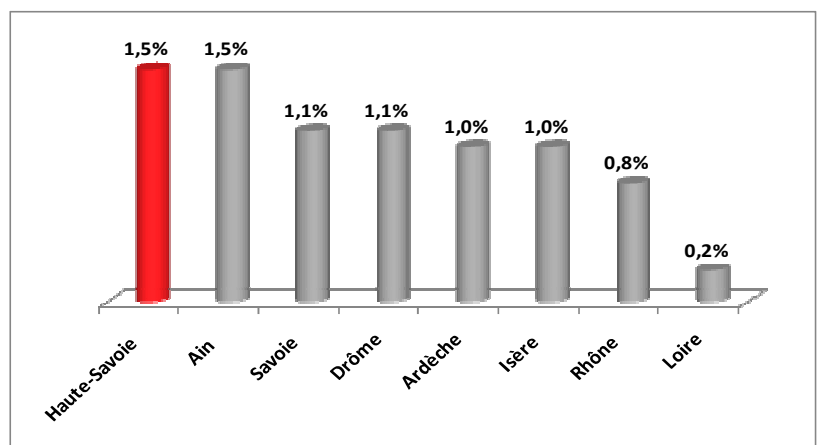


Les trois communes les plus peuplées du département - respectivement Annecy, Thonon-les-Bains et Annemasse - enregistrent la densité de population la plus forte, excédant les 1200 habitants par km².

Globalement, la population haute-savoiarde est davantage concentrée au centre et à l'ouest du département et le long du lac Léman. On observe à l'inverse une large zone de densité démographique moindre de 1,5 % à l'Est du département, entre St-Gingolph et Les Contamines-Montoie, s'expliquant par le relief montagneux.

Taux d'accroissement annuel moyen entre 1999 et 2009

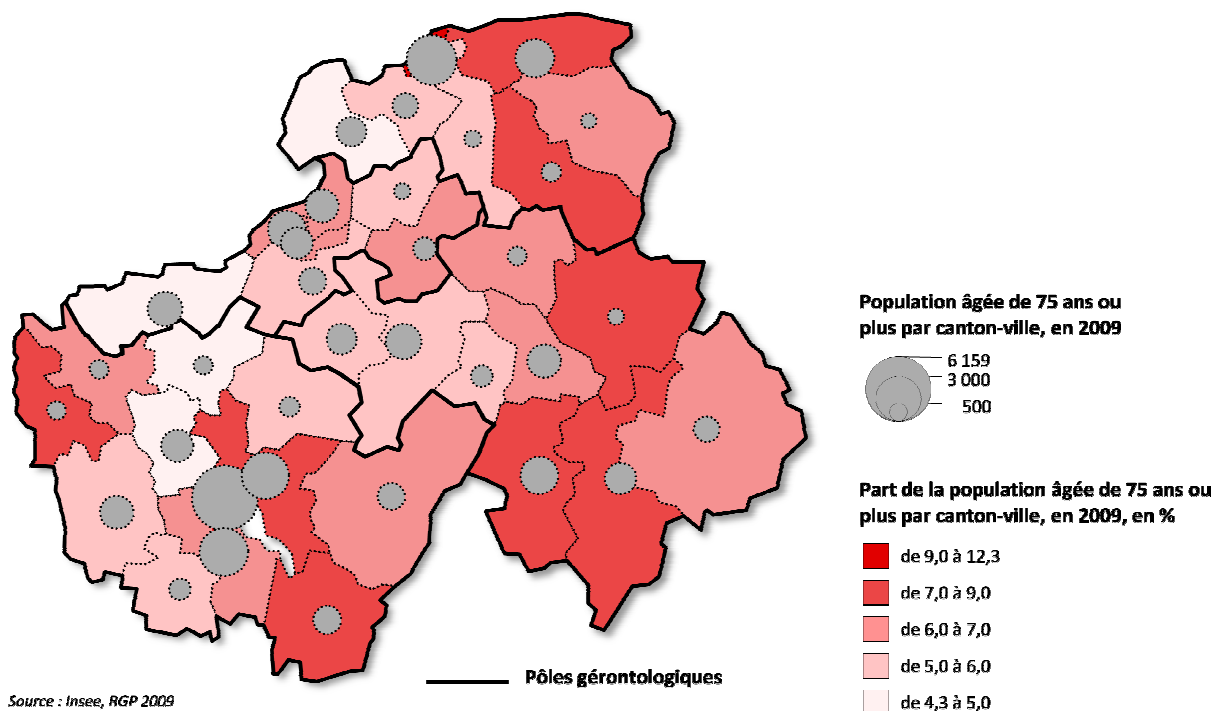
Avec un taux d'accroissement annuel de 1,5%, la Haute-Savoie est le département le plus attractif de la région Rhône-Alpes sur la période 1999-2009, aux côtés de l'Ain.



1) Approche démographique

En 2009, la Haute-Savoie comptait **49 460 personnes âgées de 75 ans ou plus**, inégalement réparties entre les différents bassins gérontologiques. En valeur absolue, les territoires de l'Agglomération d'Annecy et de la Vallée de l'Arve comptaient le plus d'habitants de cette classe d'âge.

Répartition et part de la population âgée de 75 ans ou plus en 2009

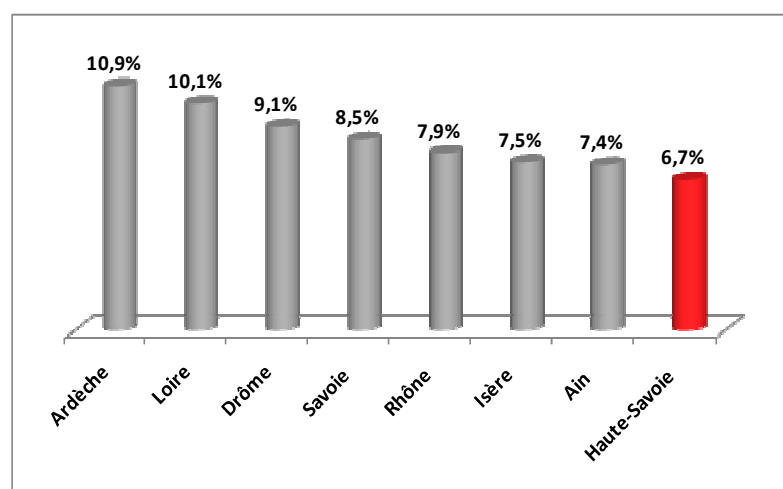


Si l'on met cette carte en perspective avec la précédente, on note que les personnes âgées de 75 ans ou plus sont surreprésentées à l'Est du département, dans les zones les moins densément peuplées.

Part des 75 ans ou plus dans la population totale en 2009

Les personnes âgées de 75 ans et plus ne représentent que 6,7% de la population de la Haute-Savoie.

Cette proportion est près de 2 points inférieure à la moyenne nationale (8,8%).



Source INSEE, RGP2009

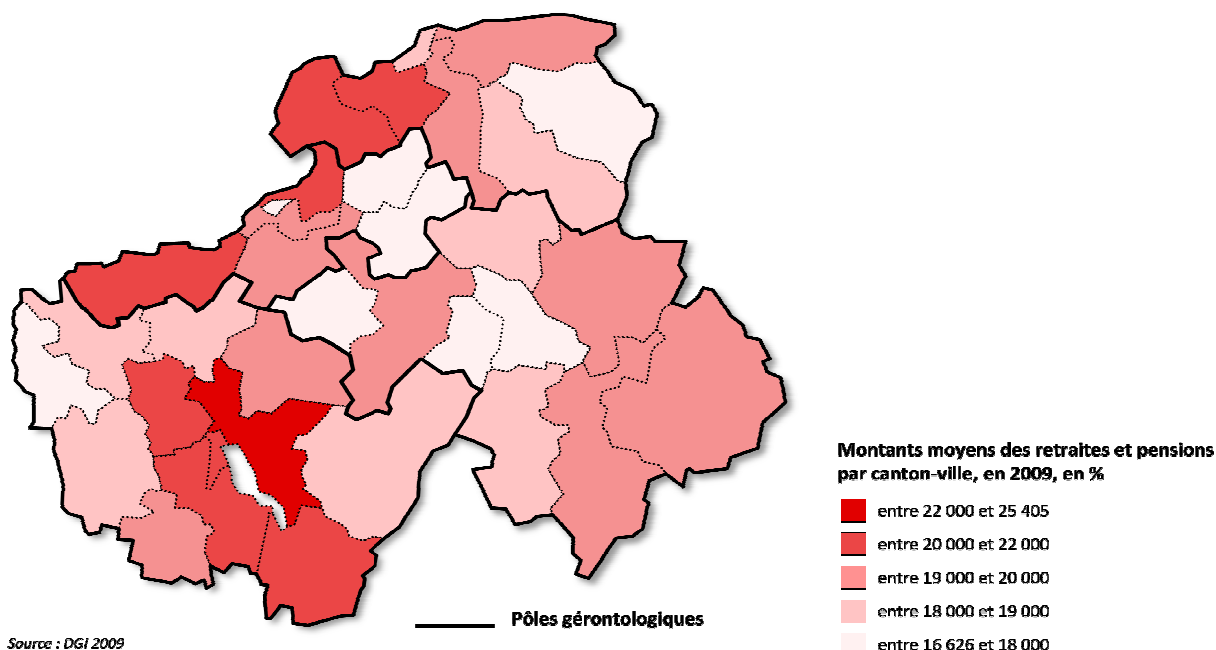
2) Approche socio-économique

A l'échelle de la Haute-Savoie, le montant moyen annuel des retraites et pensions s'élève à 19 928 €.

Il est de 19 731 € en Rhône-Alpes et de 19 468 € au plan national.

Il est globalement homogène sur les 4 bassins, malgré des écarts notables entre cantons. Les retraités hauts-savoyards du territoire d'Annecy et environs disposent du pouvoir d'achat le plus fort du département, tandis que les retraités du Pays de la Vallée de l'Arve disposent du montant moyen de retraite le plus faible.

Montants moyens annuels des retraites et pensions par canton-ville, en 2009, en pourcentage



C

PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES : LES EVOLUTIONS A ANTICIPER POUR LES PERSONNES AGEES DU DEPARTEMENT

1) Quelques éléments de méthodologie : les projections OMPHALE de l'INSEE

Les projections démographiques visent à estimer la population présente sur un territoire à un horizon donné pour mettre en exergue les possibles évolutions du nombre d'habitants répartis par âge et par sexe en fonction des hypothèses posées en amont de la projection. L'un des objectifs des projections démographiques est d'identifier les évolutions à venir afin d'orienter l'offre mise à disposition de la population.

→ Echelle, horizon et scénarios

Une projection pour chacun des 4 territoires du département, pour chaque année à l'horizon 2042, selon 3 scénarios : bas, médian, haut.

→ Modèle de projection OMPHALE 2010

A l'échelle départementale, les projections démographiques sont réalisées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Ce dernier a développé un outil de projection rigoureux et facile d'accès : le modèle OMPHALE 2010. L'INSEE propose ainsi un lot de projections pour chaque territoire projeté, comprenant trois scénarios d'évolution démographique : un scénario central, un scénario « population haute » ainsi qu'un scénario « population basse ».

Les projections démographiques sont construites en combinant les trois composantes du renouvellement de la population que sont : la mortalité, la fécondité et les mouvements migratoires.

→ Hypothèses posées

Fécondité = la fécondité du département est maintenue à son niveau de départ, qu'il s'agisse de l'indice conjoncturel de fécondité global (nombre d'enfants qu'aurait une femme si, tout au long de sa vie, les taux de fécondité observés à chaque âge de l'année considérée demeuraient inchangés) ou des quotients de référence par âge de la mère.

Mortalité = La mortalité du département baisse au même rythme qu'en France et atteindrait 83,1 ans pour les hommes et 88,8 ans pour les femmes en 2040.

Mouvements migratoires = Les quotients migratoires entre territoires sont maintenus constants sur toute la période de projection. Ils reflètent les échanges de population entre une région et chacune des autres, y compris celles d'Outre-Mer. En ce qui concerne les échanges avec l'étranger, l'hypothèse métropolitaine (+ 100 000) est ventilée au prorata du nombre d'immigrants par région.

L'étude et la prise en compte des scénarios alternatifs que sont les scénarios « population haute » et « population basse » permettent de proposer des variantes d'évolutions différentes de celles employées dans le scénario central : ces deux scénarios rassemblent des hypothèses plus optimistes (et respectivement plus pessimistes) que celles utilisées pour le scénario central, pour chacune des trois composantes.

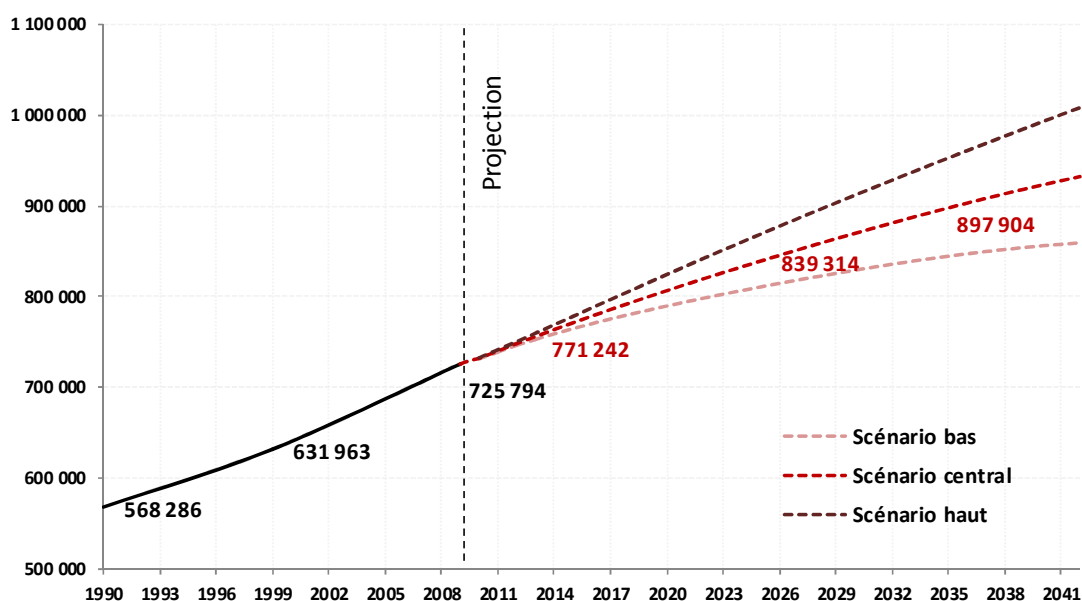
2) Principaux résultats pour la Haute-Savoie

Quel que soit le scénario envisagé, la population résidant dans le département de la Haute-Savoie devrait augmenter de façon continue d'ici à 2042.

D'après le scénario central issu des projections démographiques réalisées par l'INSEE (modèle OMPHALE 2010), la population du département devrait passer de 725 677 habitants en 2009 à 785 857 en 2017, à 839 314 en 2025, pour finalement atteindre 897 904 en 2035.

En combinant des hypothèses respectivement plus optimistes ou plus pessimistes sur les trois composantes sur lesquelles s'appuient les projections démographiques (fécondité, mortalité, migrations), le scénario haut anticipe la présence de 869 012 habitants en 2025 tandis que le scénario bas ne prévoit quant à lui que 810 805 habitants.

Evolution du nombre d'habitants du département de la Haute-Savoie de 1990 à 2009 et projeté jusqu'en 2042, selon trois scénarios d'évolution



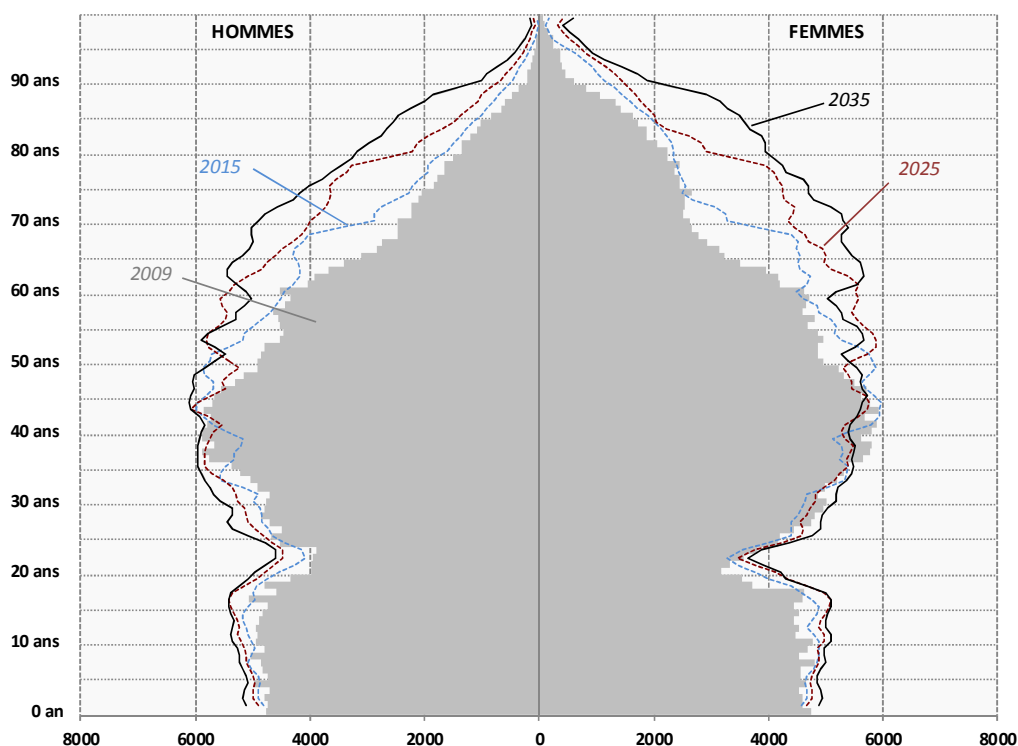
Source : Insee, RGP 1990, 1999, 2009 - Projections démographiques Omphale 2010, Scénario Central

Poursuivant sa progression (la part des personnes âgées de 60 ans ou plus parmi l'ensemble de la population étant passée de 16,9 % en 1999 à 19,5 % en 2009), le vieillissement de la population devrait s'accroître, le poids des plus âgés prenant de plus en plus d'ampleur.

Les personnes âgées de 60 ans et plus augmenteraient de +52,9 % d'ici à 2025 et feraient même un bond de +85,6 % à l'horizon 2035.

Ce sont les 85 ans et plus qui devraient voir leurs effectifs augmenter le plus : passant de 13 197 en 2009 à 19 536 en 2017, ils progresseraient de +83,0 % d'ici à 2025 et de + 184,3 % d'ici à 2035.

Structure par âge et sexe de la population du département de la Haute-Savoie en 2009 et projetée en 2015, 2025 et 2035 selon le scénario central des projections démographiques



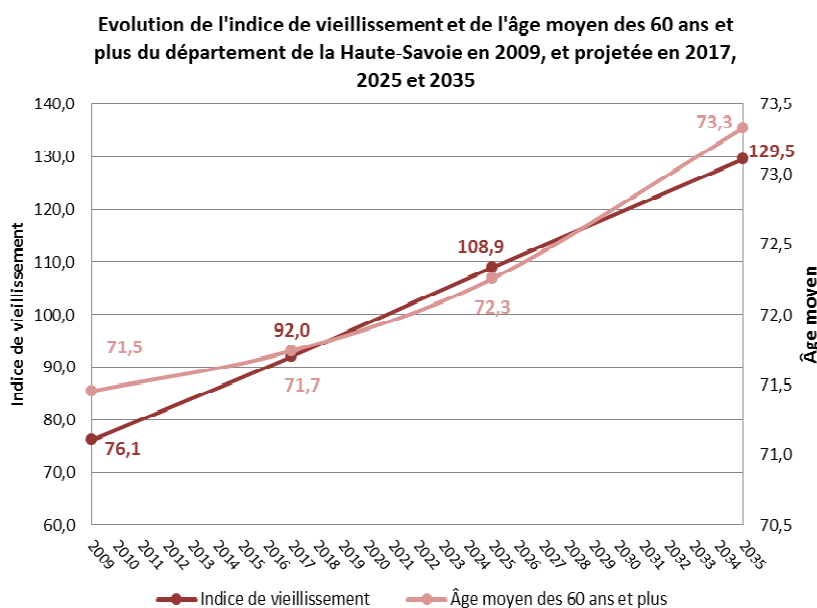
Source : Insee RGP 2009 - Projections démographiques Omphale 2010, Scénario Central

Population âgée de 60 ans et plus du département de la Haute-Savoie en 2009 et projetée en 2017, 2025 et 2035. selon le scénario central

	Effectifs en 2009	Part dans la population totale en 2009 en %	2017	2025	2035	Part dans la population totale en 2025 en %	Variation totale entre 2009 et 2025 en %	Part dans la population totale en 2035 en %	Variation totale entre 2009 et 2035 en %
60-74 ans	92 367	12,7%	118 772	136 359	153 581	16,2%	47,6%	17,1%	66,3%
75-84 ans	36 137	5,0%	40 079	56 185	71 925	6,7%	55,5%	8,0%	99,0%
85 ans et plus	13 197	1,8%	19 536	24 151	37 515	2,9%	83,0%	4,2%	184,3%
60 ans et plus	141 701	19,5%	178 387	216 695	263 021	25,8%	52,9%	29,3%	85,6%
Population totale	725 667	100,0%	785 857	839 314	897 904	100,0%	15,7%	100,0%	23,7%

Source : Insee RGP 2009 - Projections démographiques Omphale 2010, Scénario Central

Expression de ce vieillissement, l'âge moyen des personnes âgées de 60 ans et plus passerait de 71,5 ans en 2009 à 72,3 ans en 2025, pour finalement atteindre 73,3 ans en 2035



L'indice de vieillissement est sûrement celui qui traduit le mieux le niveau de déséquilibre entre la base et le sommet de la pyramide des âges : un indice supérieur à 100 indiquant que les personnes âgées sont plus nombreuses que les jeunes, on constate que cette situation de déséquilibre devrait se produire peu avant les années 2025.

En 2035, les projections démographiques prévoient que pour 100 jeunes de moins de 20 ans, on comptera 129,5 personnes âgées de 60 ans et plus.

3) Quelques données à l'échelle des territoires

Si on peut anticiper une augmentation du nombre de personnes âgées à l'échelle du département, cette évolution devrait de la même façon s'opérer sur les territoires :

→ Le territoire du Grand Bassin Annécien, qui comptait déjà le plus grand nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en 1999 et en 2009, devrait conserver sa première place en 2017, 2025 et jusqu'en 2035, dépassant les 100 000 habitants ;

→ Sur le territoire du Chablais, l'évolution la plus importante se fera pour les personnes âgées de 85 ans et plus et ce, quel que soit l'horizon : les effectifs de cette tranche d'âge seront en effet multipliés par plus de 1,7 d'ici à 2025 et par 2,7 d'ici à 2035 ;

→ Sur le territoire la Vallée de l'Arve devrait connaître quant à lui l'évolution de population totale la plus faible du département : +10,6 % d'ici à 2025 et +16,0 % d'ici à 2035 ;

→ Sur le territoire du Genevois Français, pesant pour 17,6 % de la population totale du territoire en 2009, les personnes âgées de 60 ans et plus devraient gagner près de 10 points en termes de représentativité à l'horizon 2035 ; malgré cela, le Genevois resterait néanmoins toujours le territoire où leur part reste la plus faible. En revanche, le Genevois devrait être le territoire où l'augmentation des personnes âgées de 85 ans et plus sera la plus notable à l'horizon 2035.

CE QU'IL FAUT RETENIR



▷ La situation en 2013 (projections Enéis) :

Population totale	=	756 143	
60 ans et +	=	160 832	21,3 %
75 ans et +	=	55 006	7,3 %
85 ans et +	=	16 634	2,2 %

▷ Les plus de 75 ans seront près de 60 000 en 2017, soit 5 000 personnes de plus qu'en 2013.

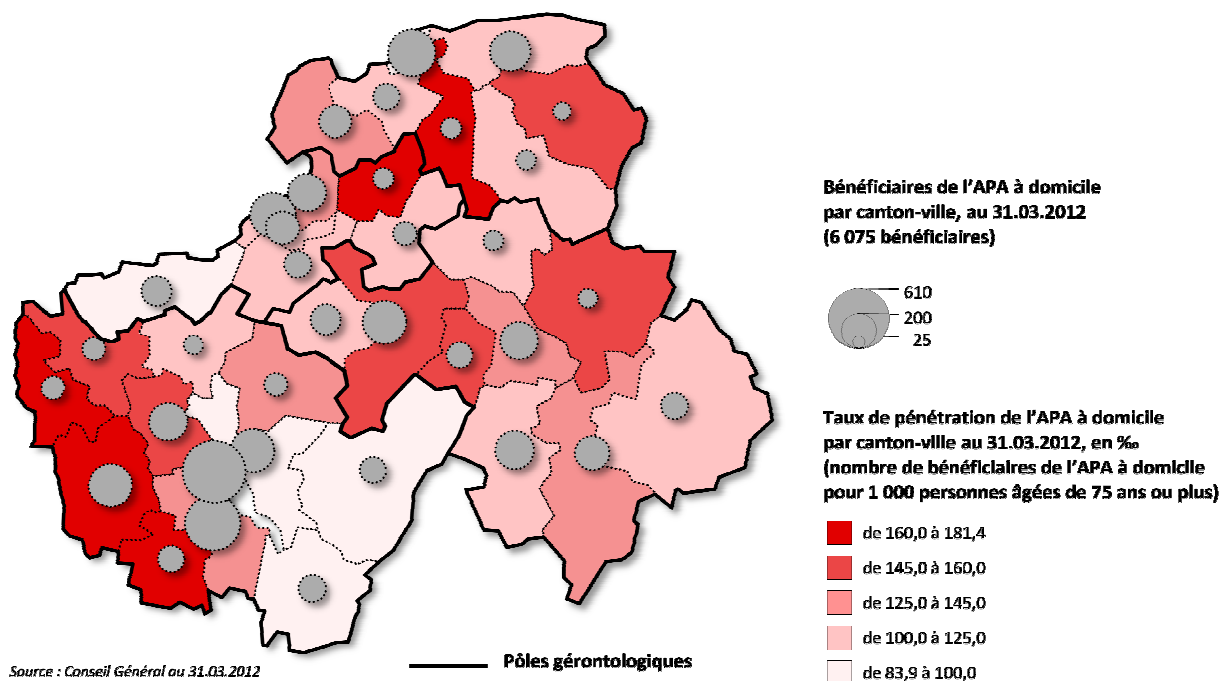
▷ La population des + de 75 ans représentera 7,6 % de la population totale en 2017 (contre 6,7 % en 2009 et 7,3 % en 2013).

▷ En 2025, 1 Haut-Savoyard sur 4 aura plus de 60 ans.

Le département comptait au total **6 242 bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2012**. Le territoire du Grand Bassin Annécien et de la Vallée de l'Arve représentent chacun plus de 1 300 bénéficiaires.

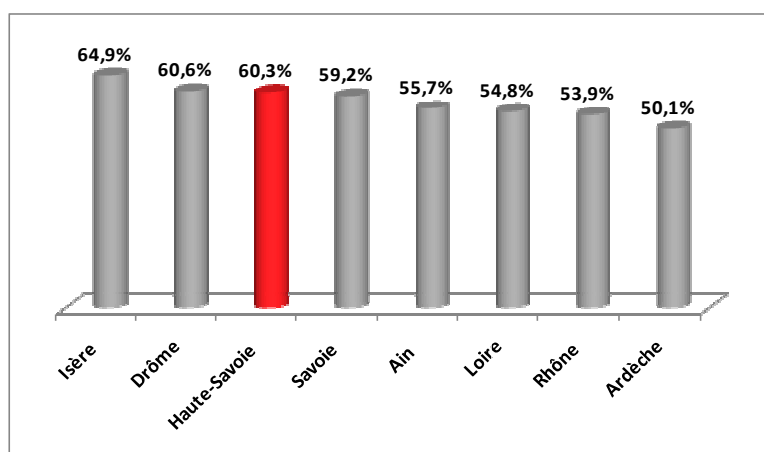
Le taux de pénétration de l'APA est particulièrement élevé sur la Vallée de l'Arve, et à l'ouest du territoire du Grand Bassin Annécien.

Bénéficiaires de l'APA à domicile en 2012



Part des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31.12.2009

La part des bénéficiaires de l'APA résidant à leur domicile en Haute-Savoie (60,3%) se situe dans la moyenne nationale (60,9%) et est supérieure à la moyenne régionale (57,4%).



Source: DREES, Enquête annuelle Aide sociale

En moyenne sur le département, 21% des bénéficiaires de l'APA à domicile sont classés en GIR 1-2, soit les catégories les plus lourdes de dépendance, ce qui constitue la proportion la plus forte de la région.

Pour ce qui est des bénéficiaires de l'APA en établissement, ils sont au nombre de 4 203 au 31 décembre 2012.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie constitue un engagement financier fort pour le Conseil Général de près de 48 millions €. En valeur absolue, ce sont 10 millions € de plus qui sont consacrés à cette dépense en 2012 par rapport à 2008.

Inférieure à 20 % en 2011, la compensation par la CNSA quant à elle, a diminué d'un point,

	2008	2009	2010	2011	2012
Prestations versées (€)	37 529 468	42 196 255	44 837 469	46 026 015	47 879 149
Dotations CNSA (€)	7 865 931	8 037 154	8 432 702	9 169 910	Non définitive
Taux de couverture (%)	20,96	19,05	18,81	19,92	-
Charge nette (€)	33 860 690	38 119 670	40 405 303	40 633 707	-

B

PROJECTIONS DU NOMBRE DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES BENEFICIAIRES DE L'APA

1) Hypothèses d'évolution de la dépendance à domicile

Ne sont considérées ici que les personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile, âgées de 60 ans et plus. Les effectifs projetés de bénéficiaires sont obtenus en appliquant des taux de prévalence^(*) de l'APA à domicile à une population de personnes âgées de 60 ans ou plus par territoire aux horizons 2017 et 2025, selon le scénario central des projections démographiques (OMPHALE 2010).

Plusieurs hypothèses de projection du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile peuvent être utilisées :

- ✓ **Hypothèse basse** : hypothèse est ici faite que l'âge d'entrée en dépendance reculerait de 5 ans d'ici à 2025 ; à titre d'exemple, on considèrerait ici que les taux de prévalence des personnes âgées de 60 à 64 ans au 1er janvier 2011 seraient atteints par les personnes âgées de 65 à 69 ans en 2025 et que les taux de ces derniers en 2011 ne seraient atteints qu'en 2025 pour les personnes âgées de 70 à 74 ans. On considèrerait également que les taux de prévalence des personnes âgées de 60 à 64 ans resteraient stables d'ici à 2025.
- ✓ **Hypothèse intermédiaire** : hypothèse est faite que les taux de prévalence de l'APA à domicile par groupe d'âge resteraient stables. Malgré cette stabilité et du fait de la poursuite du phénomène de vieillissement de la population au sein de chacun des territoires du département, le nombre de bénéficiaires et les taux de prévalence globaux estimés pour l'ensemble de la population âgée de plus de 60 ans augmenteraient « mécaniquement ».
- ✓ **Hypothèse haute** : l'observation des taux de prévalence totaux (quel que soit l'âge) de l'APA à domicile entre 2009 et 2011 fait état d'une augmentation relativement constante au fil des ans à l'échelle du département. Hypothèse est ici faite que cet accroissement se poursuivrait d'ici à 2017 et 2025, de + 1 point par an.

(*) Définition : est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment). La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage.

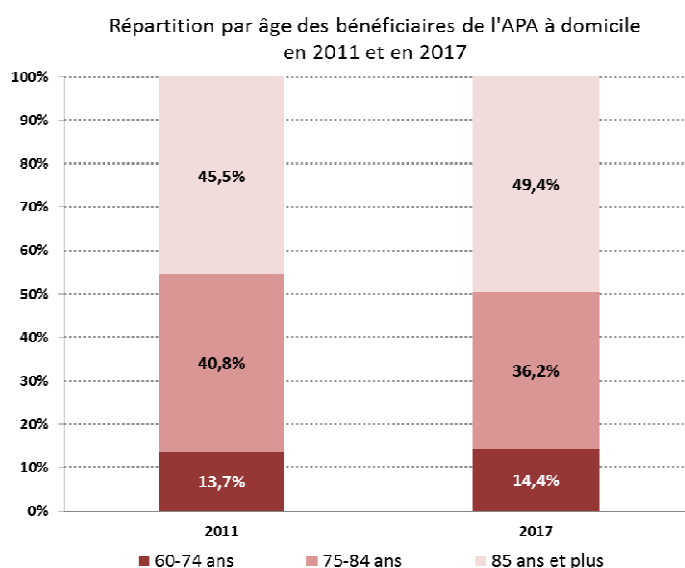
Sont présentés ci-dessous les résultats pour l'hypothèse intermédiaire :

	Bénéficiaires de l'APA à domicile en 2017							Bénéficiaires de l'APA à domicile en 2025	Bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011	Evolution des effectifs entre 2011 et 2017	Variation totale des effectifs entre 2011 et 2017, en %	Evolution des effectifs entre 2011 et 2025	Variation totale des effectifs entre 2011 et 2025, en %	
	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 ans et plus							60 ans et plus
Anney	42	154	212	384	725	841	758	3 117	4 005	2 476	+ 641	25,9%	+ 1529	61,8%
Chablais	23	68	87	182	285	322	314	1 281	1 636	1 064	+ 217	20,4%	+ 572	53,7%
Pays de la Vallée de l'Arve	28	83	163	229	362	439	338	1 642	2 085	1 340	+ 302	22,5%	+ 745	55,6%
Pays du Genevois	23	55	124	201	301	320	314	1 337	1 751	1 093	+ 244	22,3%	+ 658	60,2%
HAUTE-SAVOIE	116	360	586	995	1 673	1 922	1 724	7 376	9 477	5 973	+ 1 403	23,5%	+ 3 504	58,7%

Source : Conseil Général de la Haute-Savoie ; Projections démographiques Omphale 2010, Scénario central

La reconduction des taux de prévalence de l'APA à domicile observés au 1er janvier 2011 par groupe d'âge en 2017 et en 2025, conjuguée à un vieillissement important de la population (+52,9 % d'augmentation de la population âgée de 60 ans et plus entre 2009 et 2025), fait considérablement augmenter les effectifs de personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile.

Le nombre de bénéficiaires en Haute-Savoie devrait, selon cette hypothèse, passer de 5 973 au 1er janvier 2011, à 7 376 en 2017 et à 9 477 en 2025 (soit un total de 3 504 bénéficiaires supplémentaires).



Source : Conseil Général de la Haute-Savoie ; Projections démographiques Omphale 2010, Scénario central

Avec cette hypothèse, les taux de prévalence totaux de l'APA à domicile devraient augmenter « mécaniquement », du seul fait du vieillissement de la population et ce, au sein de chacun des territoires.

Ce faisant, le processus de vieillissement viendrait également faire varier la répartition par âge des bénéficiaires de l'APA, avec un poids des personnes âgées de plus de 85 ans plus important : si en 2011, les plus âgés pesaient pour 45,5 % parmi l'ensemble des bénéficiaires, ce sont en 2017, près d'un bénéficiaire sur deux qui appartiendrait à cette classe d'âge.

Ventilation des bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR en 2017

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble des bénéficiaires
Anecy	84	583	567	1882	3117
Chablais	33	277	231	740	1281
Pays de la Vallée de l'Arve	44	368	312	918	1642
Pays du Genevois	24	179	169	965	1337
HAUTE-SAVOIE	185	1408	1279	4504	7376
Observation au 1 er janvier 2011 dans le département	150	1140	1036	3647	5973
Ecart absolu entre 2011 et 2017	+ 35	+ 268	+ 243	+ 857	+ 1403
Ecart absolu entre 2011 et 2025	+ 88	+ 669	+ 608	+ 2 139	+ 3 504

Source : Conseil Général de la Haute-Savoie ; Projections démographiques Omphale 2010, Scénario central

Si on admet ici que le vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre de bénéficiaires âgés de 85 ans et plus, on peut également poser l'hypothèse que les niveaux de dépendance par GIR n'en seront pas nécessairement modifiés. Cette hypothèse suppose alors que la représentativité croissante des plus âgés parmi les bénéficiaires n'entraînerait pas une augmentation de la dépendance.

En appliquant la ventilation par GIR telle qu'observée au 1er janvier 2011, on constate alors qu'à niveau de dépendance égal, le nombre de bénéficiaires classés en GIR1-2 augmenterait de + 303 et celui des GIR 3-4, de + 1 100 d'ici à 2017.

CE QU'IL FAUT RETENIR



▷ 10 445 bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 décembre 2012 (8 568 bénéficiaires au 31 décembre 2008) :

- ✓ 6 242 à domicile
- ✓ 4 203 en établissement

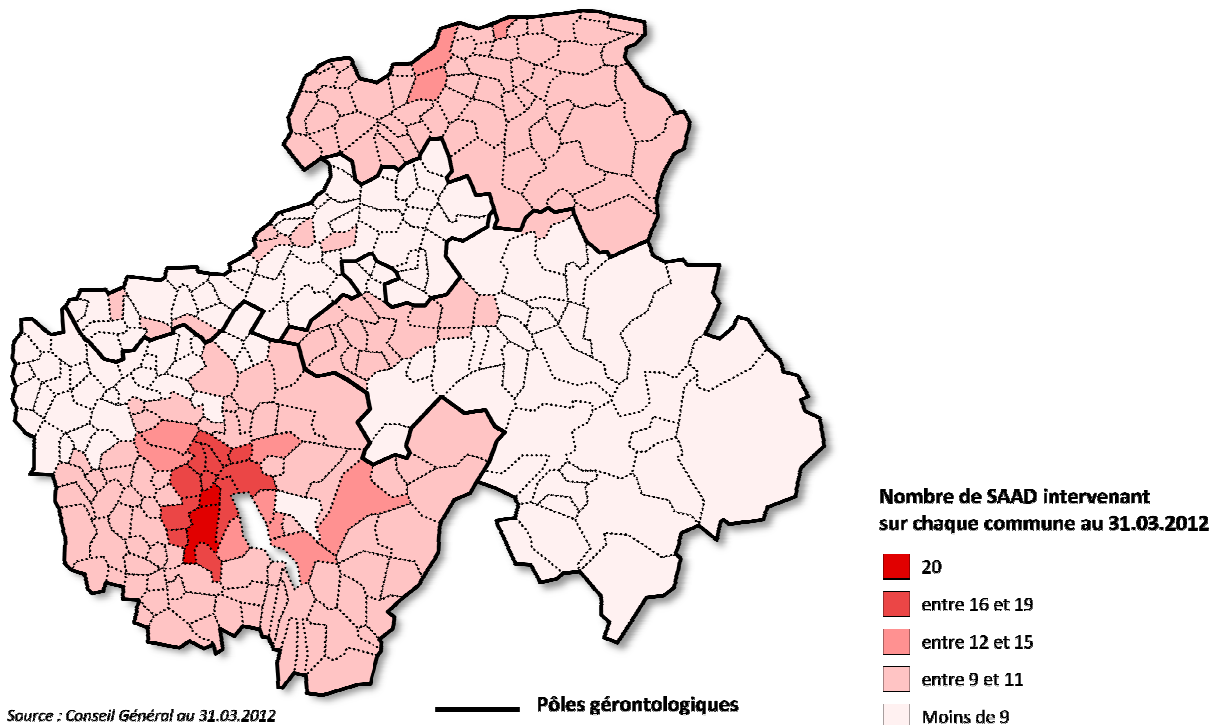
▷ Un engagement financier sur l'APA de près de 48 millions € en 2012 (soit + 10 millions € par rapport à 2008).

▷ Un nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile évalué à 7 376 à l'horizon 2017.

PARTIE 2

L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN HAUTE-SAVOIE

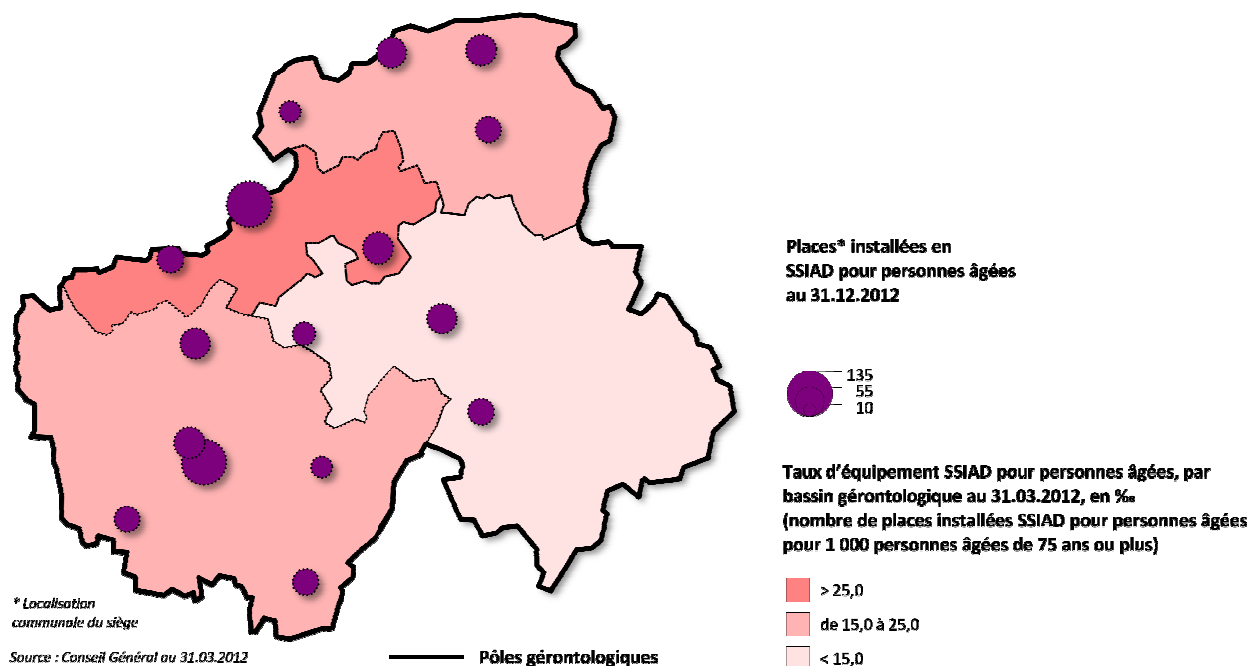
Nombre de services intervenant par commune en 2012



Le département compte **14 services autorisés** et **2 services conventionnés**. Il dispose d'une bonne couverture en services d'aide et d'accompagnement à domicile. En effet, entre 7 et 20 services interviennent sur chaque commune, offrant un large choix aux bénéficiaires. C'est sur le territoire d'Annecy que la concentration de services est la plus forte.

Bassins	Nombre de places de SSIAD PA installées	Taux d'équipement SSIAD chez 75 ans ou +
Annecy	375	18,1
Chablais	195	21,3
Vallée de l'Arve	140	13,1
Genevois	250	28,0
Département	960	19,4

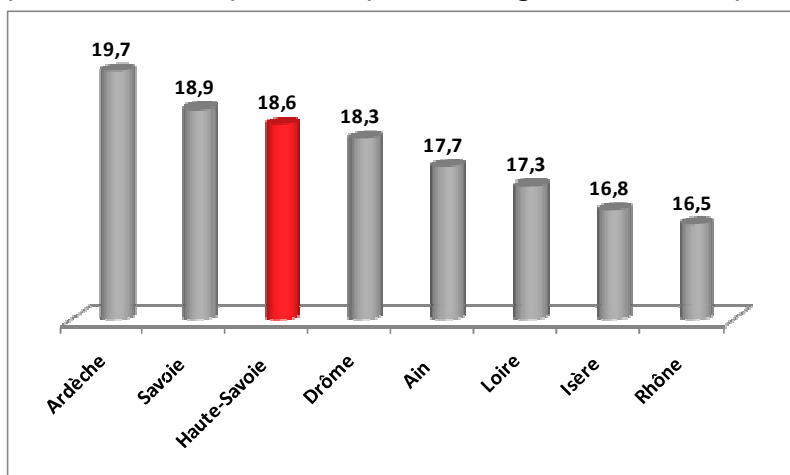
Places installées en SSIAD en 2012 et taux d'équipement



La Haute-Savoie compte **960 places de SSIAD dédiées aux personnes âgées, soit 19,4 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus.**

Le Genevois et Annecy disposent d'un taux d'équipement significativement plus élevé que la moyenne départementale (respectivement 28 % et 32,1 %), tandis que la Vallée de l'Arve enregistrent des taux particulièrement bas (respectivement 9,2 % et 13,1 %).

Taux d'équipement en SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 01.01.2011



Source: STATISS 2011 (DREES, ARS, FINES).

Taux d'équipement calculé à partir de la population recensée en 2009.

Au 1^{er} janvier 2011, le taux d'équipement en SSIAD en Haute-Savoie était **légèrement supérieur à la moyenne régionale (17,5 %) mais inférieur de 1 point à la moyenne nationale (19,6 %).**

La densité d'infirmiers libéraux en Haute-Savoie est une des plus basses de la Région avec 103 % habitants, alors que la densité régionale est de 131. Ceci peut expliquer les listes d'attente importantes que connaissent certains SSIAD, phénomène aggravé du fait des difficultés de recrutement de personnels qualifiés.

CE QU'IL FAUT RETENIR



- ▷ 14 services autorisés en Haute-Savoie.

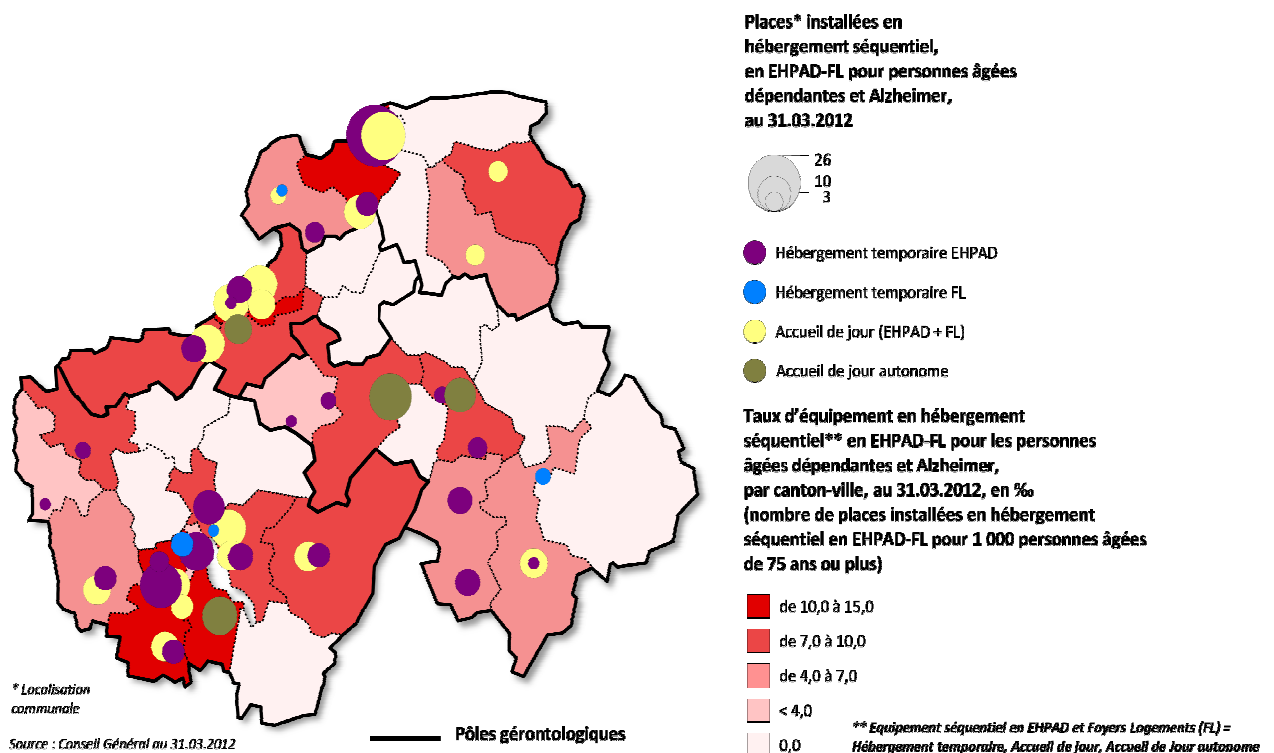
- ▷ Une bonne couverture en Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile sur l'ensemble du territoire.

- ▷ 960 places de Services de Soins Infirmiers A Domicile dédiées aux personnes âgées.

- ▷ Un taux d'équipement en SSIAD dans la moyenne haute de la région, à nuancer par une présence en infirmiers libéraux moins importante en Haute-Savoie.

Bassins	Places installées HT (EHPAD + FL)	Places installées AJ (EHPAD + FL)	Places installées AJ autonome	Taux d'équipement en accueil séquentiel (HT + AJ)
Anney	60	48	10	5,7
Chablais	34	34	-	7,4
Vallée de l'Arve	21	12	23	5,2
Genevois	15	36	6	6,4
Département	130	130	39	6,0

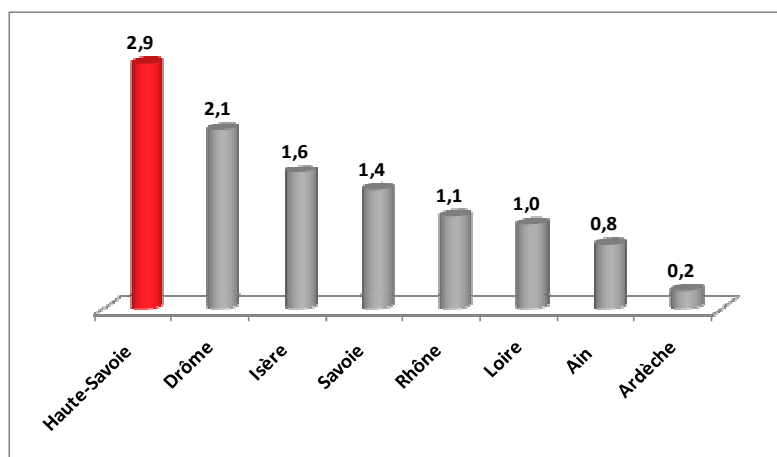
Places installées en hébergement séquentiel en 2012



La Haute-Savoie dispose de **130 places d'hébergement temporaire** et de **169 places d'accueil de jour**.

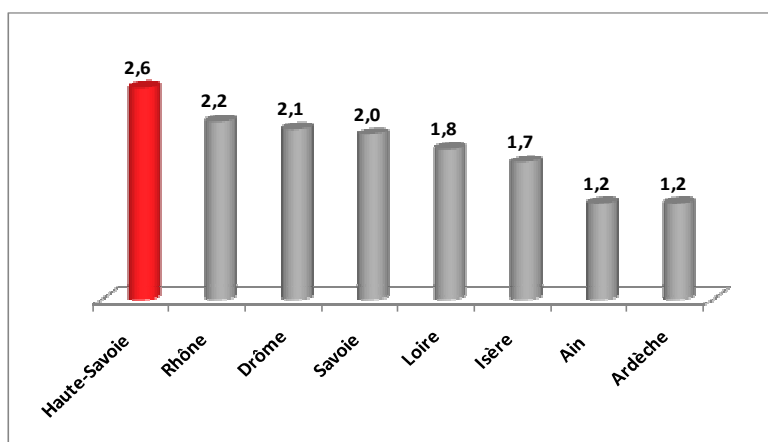
Malgré une répartition relativement homogène des possibilités d'accueil, on note que ces places sont davantage concentrées sur les 3 plus grandes villes du département : Annecy, Thonon-les-Bains et Annemasse. C'est le territoire de la Vallée de l'Arve qui enregistre les taux d'équipement les plus faibles, autour de 5 %.

Taux d'équipement en hébergement temporaire
pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus au 01.01.2011



Source : STATISS 2011 (DREES, ARS, FINESS)
Taux d'équipement calculé à partir de la population recensée en 2009.

Taux d'équipement en accueil de jour pour 1 000 habitants
âgés de 75 ans ou plus au 01.01.2011



Source : STATISS 2011 (DREES, ARS, FINESS)
Taux d'équipement calculé à partir de la population recensée en 2009

CE QU'IL FAUT RETENIR



▷ 130 places d'hébergement temporaire consultables sur www.ageplus74.fr

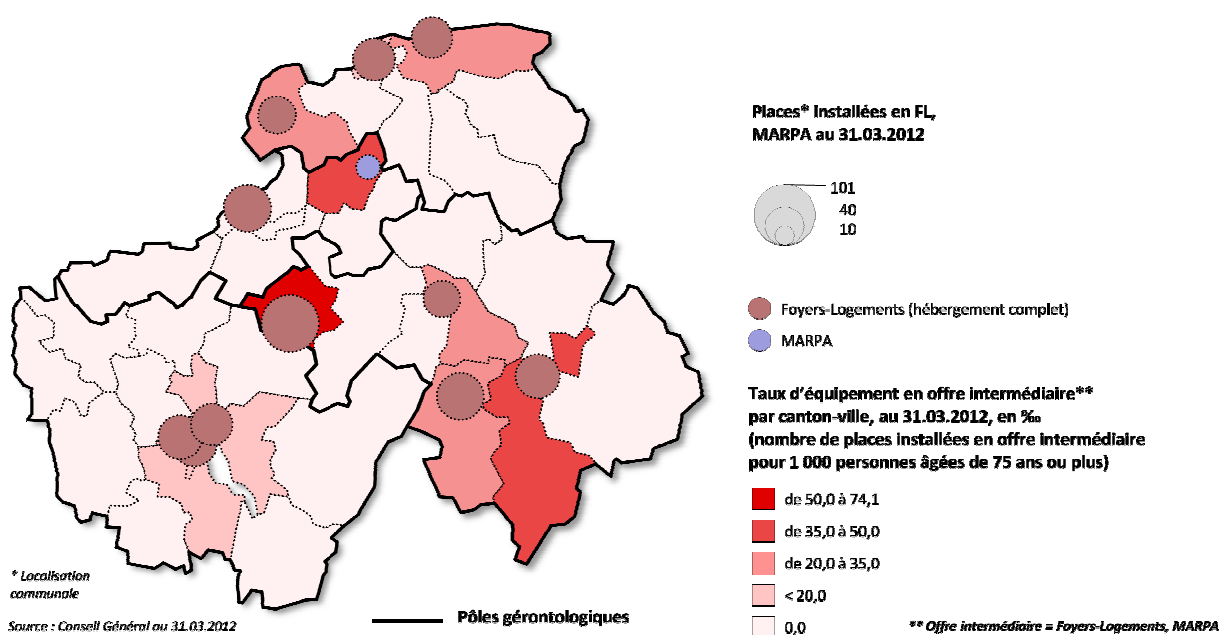
▷ 169 places d'accueil de jour.

▷ Comparativement aux autres départements de la région, on peut noter que la Haute-Savoie dispose d'une offre séquentielle particulièrement développée, avec des taux d'équipement également supérieurs aux taux nationaux (1,7 % en hébergement temporaire et 1,9 % en accueil de jour).

LES FOYERS LOGEMENTS ET MAISON D'ACCUEIL RURALE POUR PERSONNES AGEES (MARPA)

Bassins	Places de FL installées	Places de MARPA installées	Taux d'équipement en FL/MARPA
Anney	177	0	8,6
Chablais	149	0	16,3
Vallée de l'Arve	271	0	25,3
Genevois	68	18	9,6
Département	665	18	13,8

Places installées en foyers-logements et MARPA en 2012



La Haute-Savoie dispose de **665 places en foyers-logements** et de **18 places en MARPA**, soit 13,8 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Le taux d'équipement de la Vallée de l'Arve est le plus important du département (25,3 ‰).

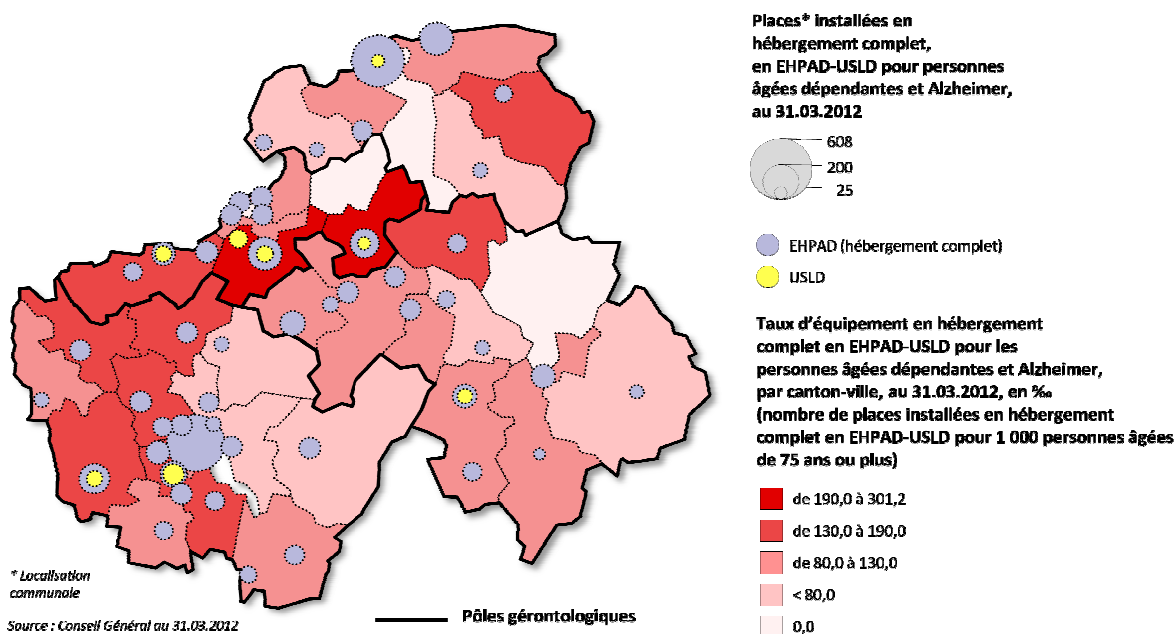
Globalement, l'offre en foyers logements / MARPA a peu évolué ces dernières années, la priorité ayant été clairement donnée à la réponse aux besoins en lits médicalisés.

LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) ET UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD)

1) A destination des personnes âgées dépendantes

Bassins	Places EHPAD installées hébergement complet	Places installées USLD	Taux d'équipement en places EHPAD/USLD
Anney	2 088	125	107,1
Chablais	973	30	109,7
Vallée de l'Arve	902	40	87,8
Genevois	939	190	126,6
Département	4 902	385	106,9

Places installées en EHPAD et USLD en 2012



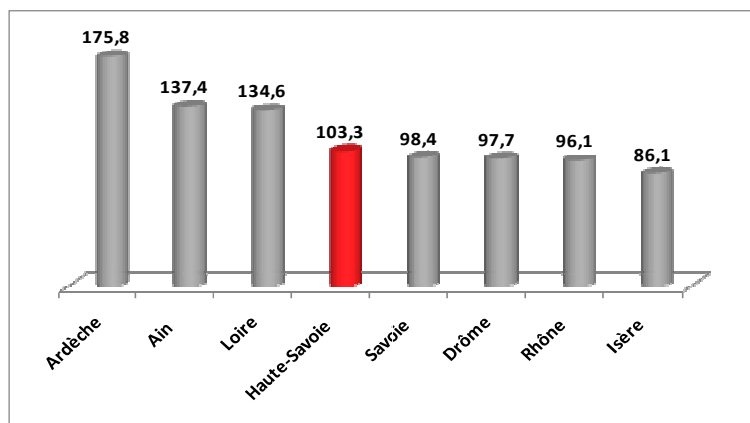
La Haute-Savoie compte **4 902 places d'EHPAD** et **385 d'USLD**, soit un **taux d'équipement de 106,9 %**. On constate un écart important entre le territoire le mieux doté (le Genevois, avec un taux de 126,6 %), et le territoire le moins équipé (la Vallée de l'Arve, avec un taux de 87,8 %). 89 % des places d'EHPAD du département sont habilitées à l'aide sociale, soit 4 363 places.

Les places d'USLD sont quant à elles fortement concentrées sur le Genevois, qui dispose à lui seul de la moitié des places du département.

Bassins	Places d'EHPAD habilitées à l'aide sociale
Anney	1943
Chablais	834
Vallée de l'Arve	780
Genevois	806
Département	4 363

89 % des places d'EHPAD du département sont habilitées à l'aide sociale, soit 4 363 places.

Taux d'équipement en lits médicalisés pour 1 000 habitants de 75 ans et plus au 01.01.2011



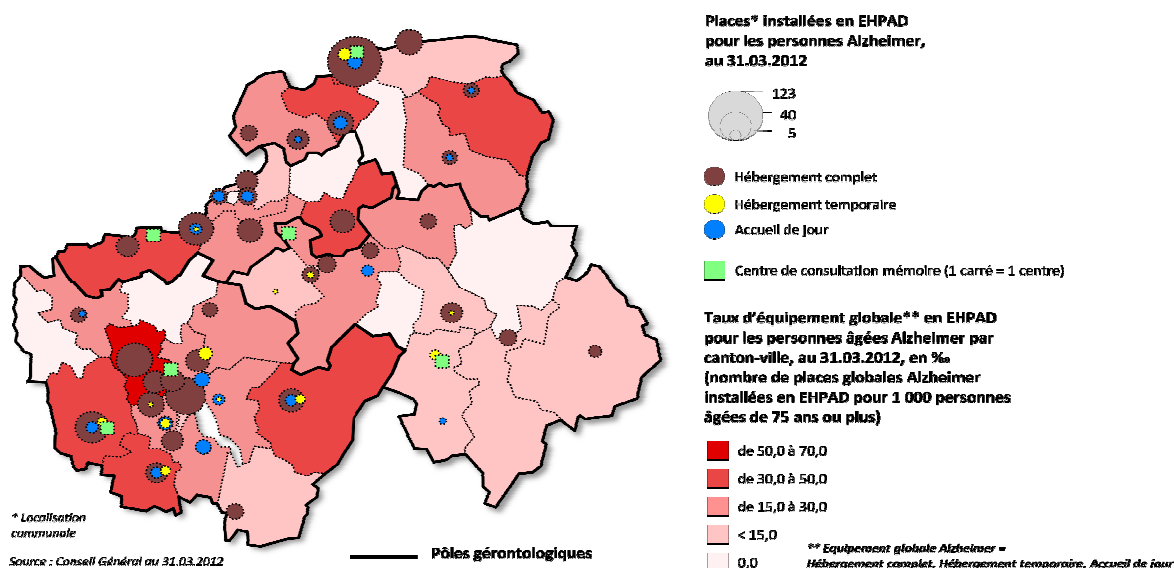
Source: STATISS 2011 (DREES, ARS, FINESS). Taux d'équipement calculé à partir de la population recensée en 2009.

Au 1^{er} janvier 2011, le taux d'équipement de la Haute-Savoie est inférieur au taux régional (110 %) mais légèrement supérieur à la moyenne nationale (102,6 %).

2) A destination des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Bassins	Places installées hébergement complet Alzheimer	Places installées HT Alzheimer	Places installées AJ Alzheimer	Taux d'équipement Alzheimer
Anancy	401	26	54	23,3
Chablais	235	7	24	29,1
Vallée de l'Arve	89	9	12	10,3
Genevois	173	1	18	21,5
Département	898	43	108	21,2

Equipements à destination des personnes âgées atteintes d'Alzheimer en 2012



Le département dispose de 898 places en hébergement complet, 43 places en hébergement temporaire et 108 places en accueil de jour dédiées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Le territoire le mieux pourvu est celui d'Annecy, tandis que le territoire le moins équipé est celui de la Vallée de l'Arve.

CE QU'IL FAUT RETENIR



▷ Une offre en Foyer-Logement / MARPA de 683 places sur la Haute-Savoie.

▷ Un effort conséquent de créations de lits médicalisés :
5 287 places d'EHPAD / USLD installées en Haute-Savoie.

▷ Une offre essentiellement publique et associative :

Places en Etablissements Publics	=	66,24 %
" Associatifs	=	16,87 %
" Privés commerciaux	=	16,89 %

▷ Une offre dédiée à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer :

- 898 places d'hébergement permanent
- 43 places d'hébergement temporaire
- 108 places d'accueil de jour

PARTIE 3

LE PLAN D' ACTIONS DEPARTEMENTAL

La « Semaine gérontologique » multi-partenariale réalisée en septembre 2012 a permis à l'ensemble des acteurs représentés de formuler des propositions d'actions à mettre en œuvre dans le cadre du Schéma en faveur des personnes âgées 2013-2017.

A travers ces propositions, et en s'appuyant sur le bilan du précédent schéma et les études quantitatives réalisées par ses services, le Conseil Général a dégagé cinq axes de travail principaux autour desquels il souhaite organiser sa politique publique de soutien aux personnes âgées pour les cinq prochaines années.

C'est ainsi que le plan d'actions en faveur des personnes âgées « Bien Vieillir en Haute-Savoie » s'est construit **autour de 5 orientations prioritaires, de même importance, déclinées en 20 actions :**

Orientation n° 1 → Renforcer la prévention et le maintien du lien social

Action n° 1	Faire changer notre regard sur la vieillesse et nous préparer pour mieux choisir
Action n° 2	Favoriser la prévention des chutes
Action n° 3	Faire connaître et renforcer les initiatives de maintien du lien social
Action n° 4	Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques en matière de lutte contre la maltraitance

Orientation n° 2 → Sécuriser le maintien à domicile, souhait n° 1 des personnes âgées

Action n° 5	Travailler aux évolutions du secteur de l'aide à domicile
Action n° 6	Favoriser l'adaptation du logement et innover avec l'utilisation des nouvelles technologies
Action n° 7	Développer des dispositifs de prise en charge de nuit
Action n° 8	Prendre en compte et prévenir la précarité chez les personnes âgées
Action n° 9	Sécuriser davantage le maintien à domicile des personnes handicapées vieillissantes

Orientation n° 3 → Reconnaître le rôle des familles et soutenir les aidants naturels

Action n° 10	Améliorer le repérage des aidants et leur mise en lien
Action n° 11	Optimiser les solutions d'accompagnement et de répit destinées aux aidants
Action n° 12	Diversifier les solutions d'accompagnement et de répit destinées aux aidants

Orientation n° 4 → Diversifier l'offre d'hébergement

Action n° 13	Optimiser la qualité de l'offre d'hébergement existante
Action n° 14	Enrichir la palette de l'offre d'hébergement entre le domicile et EHPAD
Action n° 15	Optimiser la mobilisation de l'offre séquentielle de prise en charge
Action n° 16	Faciliter l'entrée des personnes handicapées vieillissantes dans les dispositifs pour personnes âgées

Orientation n° 5 → Fédérer et coordonner tous les acteurs autour de la personne âgée

Action n° 17	Mieux articuler les dispositifs et coordonner les acteurs
Action n° 18	Renforcer l'information auprès du public et des professionnels
Action n° 19	Faciliter les recrutements et l'accès aux formations
Action n° 20	Renforcer l'attractivité des métiers

Avec le plan d'actions « Bien vieillir en Haute-Savoie » 2013-2017, le Département réaffirme l'importance qu'il attribue à la notion de prévention, et entend amplifier le travail d'ores et déjà initié.

En effet, le volet prévention constituait un des piliers de l'action départementale. Le Conseil général a déjà œuvré dans ce domaine, en s'attachant tout particulièrement à la prévention du risque suicidaire chez la personne âgée. Un groupe départemental regroupant les partenaires sanitaires, médico-sociaux et les associations d'usagers a été créé et a permis d'améliorer, d'une part la communication et l'information auprès des familles (élaboration et diffusion d'une plaquette informative) et, d'autre part, de sensibiliser et de former les professionnels (aides à domicile, travailleurs médico-sociaux...) au repérage des situations d'isolement et/ou de détresse.

Ce nouveau schéma se veut être l'occasion d'acter la nécessaire mobilisation de tous les acteurs intervenant auprès des personnes âgées en matière de prévention et de maintien du lien social. En effet, le champ à investir est vaste, et les partenaires les mieux placés pour agir diffèrent selon les stades de la vie.

Alors que les organismes de retraite et les complémentaires jouent un rôle primordial concernant les actions collectives de prévention en direction des jeunes retraités et des personnes âgées relevant des GIR 5 ou 6, le Conseil général devient l'interlocuteur privilégié lors de l'entrée dans la dépendance. Quant à l'action d'animation sociale de proximité des CCAS, elle montre sa pertinence tout au long du parcours des personnes âgées.

Il s'agit donc avant tout d'articuler les actions de tous les partenaires au cours du temps, et de les fédérer autour d'une thématique commune afin d'harmoniser les messages délivrés auprès des personnes âgées. Dans cette optique, le Conseil général, en collaboration avec ses partenaires, a choisi l'angle de « la prévention des chutes » comme catalyseur de la politique de prévention à mener dans les cinq prochaines années. En effet, les chutes sont une des premières causes d'entrée en dépendance, voire de mortalité chez les personnes âgées, d'où l'importance de prévenir au mieux ce risque.

Enfin, au-delà de l'action de l'ensemble des acteurs institutionnels et des professionnels des champs médico-sociaux et sanitaires, le Conseil général de Haute-Savoie souhaite rappeler que la prévention et le maintien du lien social sont affaires de tous, au premier rang desquels les personnes âgées elles-mêmes, ainsi que leurs familles.

Les différents leviers offerts (ateliers de prévention...) ne seront pleinement efficaces qu'à condition que chacun soit devenu responsable face à son propre vieillissement et conscient de l'importance d'anticiper ses effets. Par ailleurs, les actions de droit commun ne peuvent, et ne devront pas, se substituer aux solidarités familiales et de voisinage.

Contexte

La vieillesse est un processus dans les étapes de la vie. A ce titre, son caractère universel nous oblige tous à la prendre en considération.

Intégrer sa dimension, c'est d'abord prendre en compte collectivement et individuellement ses particularités pour que chacun puisse se préparer à bien vieillir.

« Vieillir, c'est encore le seul moyen qu'on ait trouvé de vivre longtemps » Sainte-Beuve.

Pilotes

- ✓ Ensemble des partenaires sanitaires, sociaux, médico-sociaux associatifs et institutionnels
- ✓ Coderpa

Partenaires associés

- ✓ Conseil Général
- ✓ Caisses de retraite et complémentaires
- ✓ CCAS

Objectifs de l'action

- ✓ Diffuser un message « positif » sur la vieillesse.
- ✓ Inviter les actifs et plus particulièrement les séniors à anticiper les effets du vieillissement.
- ✓ Permettre à chacun de rester acteur de son projet de vie et le plus longtemps possible.

Mise en œuvre

 **Modifier la représentation de la vieillesse**

Faire tomber les stéréotypes :

- ✓ **Soutenir les rencontres transgénérationnelles** (transmission des savoirs, de l'expérience etc.).
- ✓ **Intégrer les personnes âgées** dans l'ensemble des manifestations de droit commun (participer à des élections, spectacles etc.).
- ✓ Améliorer auprès des personnes âgées et de leur famille **l'image des structures et services** destinés aux personnes âgées (journées portes ouvertes).
- ✓ Améliorer auprès des professionnels **la connaissance et le regard sur la vieillesse** (rencontres et échanges entre professionnels du domicile et des structures d'un même territoire).

 **Adapter le projet de vie tout au long des étapes de la vieillesse**

Inciter les professionnels :

- ✓ **A faire formuler le projet de vie par la personne âgée elle-même** en apportant toutes les informations nécessaires à la prise de décision et/ou de choix.
- ✓ **A intégrer le projet de vie dans leurs actions** (rendre le projet de vie dynamique et non figé).

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Sondage auprès des travailleurs sociaux du Département sur la représentation qu'ils se font de la vieillesse.
- ✓ Nombre de journées portes ouvertes proposées par les structures ou services sur le département.

Contexte

Les facteurs de risque de chute sont nombreux : parmi eux, on peut citer l'inadaptation du logement, les déséquilibres alimentaires ou encore les problèmes de santé. Autant de facteurs de risques pouvant être diminués grâce aux actions de prévention primaire et secondaire.

Il est donc essentiel d'agir en amont, ou dès la première chute, afin d'éviter les dégradations rapides.

C'est ainsi qu'il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des acteurs intervenant autour de la personne âgée afin d'une part de limiter le risque de chute, et d'autre part de garantir un diagnostic concerté, prenant en compte toutes les dimensions de la vie de la personne âgée, lorsque la première chute est survenue.

Pilotes

L'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ainsi que les partenaires institutionnels associatifs.

Partenaires associés

- ✓ Conseil Général
- ✓ Organismes de retraite et complémentaires
- ✓ Agence Régionale de Santé
- ✓ Secteur hospitalier
- ✓ CCAS...

Objectifs de l'action

- ✓ Anticiper et retarder les effets du vieillissement
- ✓ Réduire le risque de chute
- ✓ Favoriser le « Bien Vieillir »

Mise en œuvre

➡ Améliorer le repérage des risques et des besoins de la personne âgée

- ✓ **Sensibiliser les professionnels, ainsi que le grand public, à la problématique des chutes.** Ceci pourrait se traduire par une campagne de communication, et faire l'objet de formations spécifiques auprès des professionnels, en particulier des aides à domicile.
- ✓ **Accroître la vigilance lors des périodes de fragilité accrue,** tel que le veuvage, pendant lesquelles le risque de chute est particulièrement prégnant.

➡ Poursuivre les actions de prévention primaire sur les thèmes liés au « Bien Vieillir »

- ✓ **Renforcer la communication autour des actions existantes :** ateliers de prévention, Journées de préparation à la retraite, activités physiques, nutrition...
- ✓ **Cibler les jeunes seniors, dès 55-60 ans,** en axant la communication davantage sur les enjeux de « Bien vivre » que de « Bien vieillir ».

➡ Etendre les actions de prévention sanitaire

- ✓ **Promouvoir la réalisation de bilans de santé** et faire connaître l'offre proposée par les CCAS
- ✓ **Promouvoir la prévention bucco-dentaire**
- ✓ **Réaliser des campagnes de vaccination,** notamment en direction des professionnels.

➡ Favoriser la réalisation « d'évaluations gériatriques » ou « consultations chutes » dès la première chute et si possible en amont

- ✓ **Désigner un référent professionnel unique,** parmi l'ensemble des intervenants autour de la personne âgée, et avec l'accord de celle-ci, afin d'évaluer tous les facteurs de risque et de réaliser un diagnostic complet.
- ✓ **Associer les familles** à la mise en œuvre des recommandations émises à la suite du diagnostic.
- ✓ **Organiser une veille sur les récidives potentielles à la suite de ces « consultations chutes »,** afin d'en évaluer les impacts et de les améliorer.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de bilans de santé réalisés
- ✓ Nombre de « consultations chutes » réalisées
- ✓ Mise en place d'un observatoire de la chute (veille épidémiologique)
- ✓ Nombre d'actions de prévention réalisées par chaque partenaire

Contexte

De nombreuses initiatives de maintien du lien social (transports accompagnés, activités de loisirs et culturelles, animation en établissement, etc.) existent sur le territoire haut-savoyard, mais elles sont disparates et quelquefois peu lisibles, voire difficiles d'accès. Il s'agit donc ici de mieux communiquer autour des actions existantes, et de créer des synergies entre les initiatives en mutualisant les moyens.

Pilotes

- ✓ UDCCAS
- ✓ Etablissements d'hébergement (Ehpad, foyers-logements)

Partenaires associés

- ✓ Conseil Général
- ✓ CCAS
- ✓ ODAC / Savoie Biblio
- ✓ Conseils Municipaux des Sages

Objectifs de l'action

- ✓ Lutter contre l'isolement des personnes âgées.
- ✓ Favoriser l'intégration et la participation des personnes âgées à la vie sociale, et lutter contre le sentiment d'inutilité.
- ✓ Favoriser la mixité générationnelle.

Mise en œuvre

 **Recenser les situations d'isolement en s'appuyant sur les acteurs de terrain ayant accès au domicile**

 **Faire connaître les actions existantes et optimiser leur utilisation**

- ✓ **Communiquer davantage sur les actions existantes** : chèques transports, aide aux démarches administratives, etc.
- ✓ **En simplifier l'accès**, en explicitant clairement les critères permettant d'en bénéficier et les modalités d'utilisation.
- ✓ **Lever les freins psychologiques ou matériels à la participation** des personnes âgées aux activités sociales. A titre d'exemple, il convient de mieux communiquer sur les solutions possibles pour faire garder les animaux de compagnie en l'absence de la personne âgée au domicile.
- ✓ **Intensifier les actions sur la prévention du suicide chez les personnes âgées.**

 **Renforcer et mutualiser les actions menées entre communes (ou EPCI), établissements et acteurs du domicile**

- ✓ **Associer les personnes âgées résidant à domicile aux animations réalisées par les EHPAD et les foyers-logements.** Dans ce cadre, il conviendra de tirer profit des travaux des filières gérontologiques pour créer davantage de liens entre acteurs du domicile et établissements.
- ✓ **Développer les échanges entre EHPAD et communes (ou EPCI)**, notamment dans le but de faciliter les démarches citoyennes. Par exemple, il s'agira de favoriser la mobilité des personnes âgées pour aller voter.

 **Favoriser les activités bénévoles des personnes âgées**

- ✓ **Faire connaître les actions de bénévolat sur tout le département**, et favoriser l'entière intégration des personnes âgées bénévoles aux actions dans lesquelles elles s'impliquent. A ce titre, des formations pourraient être envisagées afin de professionnaliser les bénévoles.
- ✓ **Mieux faire connaître les missions du CODERPA auprès des retraités**, en mobilisant les relais de communication adaptés (bulletins municipaux, par exemple).

Développer les actions de loisirs, culturelles et les activités intergénérationnelles

- ✓ **Promouvoir l'adaptation des spectacles de droit commun aux contraintes des personnes âgées** (lieux, horaires, etc.), afin de mieux les intégrer. A ce titre, il est rappelé l'importance de mobiliser l'ensemble des partenaires.
- ✓ **Renforcer et diversifier les activités intergénérationnelles.** Ces activités pourront s'étendre à tous les âges, et faire appel à des thèmes variés.
- ✓ **Approfondir les potentialités d'utilisation des TIC** notamment pour les personnes âgées en EHPAD pour favoriser le lien entre les personnes âgées et avec leurs familles, sur la base notamment d'une évaluation de l'expérimentation de cyber espaces en EHPAD menée dans le précédent schéma.

Développer les actions favorisant la mobilité

- ✓ **Mener des actions de « prévention-conduite » et de remise à niveau**, afin de sensibiliser les personnes âgées aux dangers qui peuvent apparaître avec l'âge, et les inciter à passer des tests d'aptitude à la conduite auprès des autorités compétentes.
- ✓ **Développer les transports accompagnés**, en s'assurant d'avoir évalué finement les besoins, et en s'assurant de l'accessibilité financière des initiatives.
- ✓ **Créer davantage de liens entre les politiques gérontologiques et les politiques d'aménagement du territoire**, ainsi qu'avec les politiques d'accessibilité à destination des personnes handicapées, afin de mieux adapter les espaces publics aux besoins des personnes âgées : chemins adaptés, mise à disposition de bancs...

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de personnes âgées résidant à domicile et ayant participé à une action d'animation au sein d'un EHPAD ou d'un foyer-logement au cours d'une année.
- ✓ Nombre d'initiatives favorisant la mobilité mises à disposition par les communes.
- ✓ Nombre de spectacles de droit commun adaptés au public âgé au cours d'une année.

Contexte

Le Schéma Gérontologique Départemental 2008-2012 avait inscrit comme l'une de ses orientations prioritaires, la promotion de bientraitance. Dans ce cadre et au titre de la lutte contre la maltraitance, ont été mis en place le Comité Départemental et le Comité Technique, instances d'observation, d'analyse et de traitement des situations de maltraitance.

Cette organisation étant aujourd'hui opérationnelle, il s'agit désormais d'engager un travail avec les filières gérontologiques et plus particulièrement celle d'Annecy, où la démarche est d'ores et déjà amorcée, pour entrer dans une phase de diffusion de bonnes pratiques.

Pilotes

- ✓ Groupe pluridisciplinaire de la filière d'Annecy-Rumilly-Saint-Julien

Partenaires associés

- ✓ Conseil Général
- ✓ Services de l'Etat
- ✓ Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
- ✓ Ehpad et SSIAD du territoire de la filière
- ✓ Associations (Alma, Coderpa)

Objectifs de l'action

- ✓ Améliorer le repérage des cas de maltraitance de la part des professionnels en établissement et service de type Services de Soins Infirmiers A Domicile.
- ✓ Permettre aux encadrants d'optimiser la qualification et la gestion des situations de maltraitance.

Mise en œuvre

Elaboration de grilles d'analyse de la maltraitance pour les encadrants

- ✓ Cause
- ✓ Conséquence
- ✓ Gravité

Elaboration d'une grille décisionnelle pour les personnels témoins d'un acte maltraitant

Proposition de créer un espace ressources

- ✓ Lieu de rencontre et d'échanges entre pairs.
- ✓ Associer Alma.

Réunion de présentation aux responsables d'EHPAD, de SSIAD de la filière concernée

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Constitution de l'espace ressource dédié à l'analyse de la maltraitance et nombre de réunions tenues par an.
- ✓ Analyse par le Comité Technique de Lutte contre la Maltraitance de la gestion des situations de maltraitance par les établissements et les SSIAD.
- ✓ Diffusion sur les autres filières.
- ✓ Généralisation de cette action à tous les EHPAD et SSIAD du département d'ici 2 ans.
- ✓ Associer les Services d'Aide à Domicile du département à cette action dans les 2 ans.

Répondant au souhait d'une majorité de personnes âgées de demeurer chez elles le plus longtemps possible, et face aux orientations politiques nationales et régionales limitant de fait les projets de création de places d'hébergement, la priorité du plan d'actions « Bien vieillir en Haute-Savoie » est donnée au soutien à domicile.

Dans ce cadre, il conviendra de sécuriser le maintien à domicile des personnes âgées comme des personnes handicapées vieillissantes, et ce en agissant à plusieurs niveaux : l'adaptation du logement, le développement des prises en charge de nuit et la pérennisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Il s'agira en premier lieu de favoriser l'adaptation des logements aux effets du vieillissement et à l'arrivée de la dépendance. Sur ce point, le soutien ponctuel à l'aménagement du domicile des particuliers, ainsi que le développement de l'offre d'hébergement relevant du champ médico-social (voir orientation n°3), ne masqueront pas la nécessité d'engager des travaux de plus grande ampleur en matière d'adaptation globale du parc de logements. Le Conseil général continue donc d'appeler à une adaptation de la politique du logement à ces nouvelles problématiques, et poursuivra son action en ce sens.

Par ailleurs, les gérontechnologies devront montrer toutes leurs potentialités au service de l'autonomie des personnes âgées à domicile. Ces technologies peuvent se définir comme « un système technique évolué qui va aider la personne âgée et/ou soit un proche, soit un professionnel, dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Elles diffèrent de l'aide technique dans le fait qu'elle s'adresse autant aux aidants qu'aux aidés, et en se montrant « évoluée » ou « intelligente » via l'électronique et l'informatique. »¹

Les gérontechnologies les plus usitées comprennent la téléalarme et la domotique (détecteurs de chutes, chemins lumineux...), mais également des outils plus complexes, telle que la géolocalisation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Dans ce domaine, le Conseil général de la Haute-Savoie a été particulièrement précurseur, en expérimentant notamment les bracelets électroniques à l'usage des personnes désorientées, et entend prolonger cette dynamique novatrice.

Enfin, il s'avère nécessaire de sécuriser les interventions des services d'aide à domicile. En effet, les coûts de ce secteur ne cessent de croître et entraînent des tarifs de plus en plus élevés pour les personnes âgées, qui doivent parfois faire face à des restes à vivre de plus en plus contraints...

Les modifications de politique des financeurs impactent fortement ce secteur, à l'image des décisions prises par la CARSAT en 2012, reconsidérées à la suite des interpellations des départements et notamment le Conseil général de la Haute-Savoie, mais qui resteront à évaluer pour l'avenir tant en termes de coût que de prévention.

Le Conseil général a initié une réflexion concernant les moyens à mettre en œuvre pour mieux structurer le secteur et assurer sa viabilité : celle-ci devra être menée à bien afin de trouver un nouvel équilibre.

¹ Source : Un regard sur les Gérontechnologies, Medialis

Contexte

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) jouent un rôle essentiel dans le soutien à domicile des aînés de Haute-Savoie, et sont à ce titre des partenaires privilégiés du Conseil général dans la mise en œuvre de sa politique en faveur des personnes âgées.

Dans un contexte financier de plus en plus contraint, et face à la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes dans le département, il s'avère nécessaire d'engager une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour poursuivre la structuration du secteur de l'aide à domicile. Cette structuration devra répondre aux difficultés des structures, tout en continuant d'assurer une qualité de service optimale sur tout le territoire.

Pilotes

✓ Conseil Général

Partenaires associés

✓ Services d'aide à domicile

Objectifs de l'action

- ✓ Sécuriser le modèle économique des services d'aide à domicile.
- ✓ Assurer aux usagers un service de qualité sur tout le territoire départemental.

Mise en œuvre

➡ Organiser des groupes de travail entre services associatifs autorisés

- ✓ Ces sessions de travail collectives devront permettre de faire émerger des pistes d'optimisation des coûts et d'interroger les logiques territoriales à l'œuvre.

➡ Faire évoluer le conventionnement entre le Conseil Général et les services

- ✓ Il conviendra d'élaborer, en partenariat avec les structures concernées, une nouvelle convention afin de s'assurer de l'application pleine et entière des exigences induites par l'autorisation, notamment en termes de continuité de service (interventions le week-end, les jours fériés...).
- ✓ Pour ce faire, il pourra notamment s'agir de favoriser les mutualisations entre services afin d'améliorer la coordination des interventions.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Elaboration d'une nouvelle convention entre Conseil Général et services associatifs autorisés.
- ✓ Nombre de mutualisations effectives entre services.
- ✓ Stabilisation des coûts des services.

Contexte

L'adaptation des logements s'entend tout d'abord à un niveau individuel : il s'agit alors de donner les moyens aux particuliers d'aménager leur logement afin de le sécuriser et de pouvoir y demeurer le plus longtemps possible. Outre les aménagements du logement aux conséquences de la dépendance, il est nécessaire d'engager un vaste programme de lutte contre la précarité énergétique dans laquelle se trouve un certain nombre de personnes âgées. Celles-ci peuvent connaître des conditions de logement précaires et consacrer une proportion anormalement élevée de leur budget, par exemple, pour se chauffer.

Enfin, l'adaptation des logements s'entend également à un niveau collectif, interpellant ici les politiques du logement et des aménagements de plus grande ampleur. Elle doit aussi intégrer un champ d'innovation dans l'utilisation des nouvelles technologies.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ Intercommunalités
- ✓ Bailleurs sociaux

Partenaires associés

- ✓ Associations d'aide à l'adaptation du logement
- ✓ Organismes de retraite et complémentaires
- ✓ Services d'Aide à Domicile...
- ✓ Groupe de Travail Habitat, incluant notamment des représentants des artisans et le secteur handicap

Objectifs de l'action

- ✓ Sensibiliser le grand public et les professionnels à l'adaptation du logement.
- ✓ Prévenir les accidents domestiques, en particulier les chutes.

Mise en œuvre

➡ Anticiper davantage l'adaptation du logement, en diffusant plus largement l'information

- ✓ Mobiliser des supports notamment ludiques (animations en trois dimensions, appartement témoin...) pour sensibiliser le grand public sur l'importance de l'adaptation du logement, notamment dans la prévention des accidents domestiques.
- ✓ Sensibiliser les intervenants à domicile à cette problématique et au repérage des difficultés, notamment en amont de la dépendance (concernant les personnes en GIR 5 et 6).
- ✓ S'appuyer sur les acteurs du territoire (Act Habitat, CAUE, etc.) pour faire connaître et optimiser les dispositifs existants.

➡ Promouvoir la lutte contre la précarité énergétique, en activant notamment les dispositifs inscrits dans le Plan Départemental d'Aide pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD)

➡ Simplifier le recours aux aides à l'aménagement du domicile

- ✓ Mieux articuler les acteurs médico-sociaux et ceux du logement.
- ✓ Promouvoir l'utilisation, à bon escient, des nouvelles technologies (exemple : la domotique).
- ✓ Simplifier les démarches pour les personnes âgées, en centralisant toutes les informations et aides disponibles, et en améliorant la réactivité des dispositifs
- ✓ Développer l'aide au petit bricolage, qui peut être proposée par les services d'aide à domicile.

➡ **Accompagner la recherche de logements adaptés et accessibles**

- ✓ Réunir les conditions favorables à un déménagement lorsque le logement initial n'est plus adapté, et peu adaptable.
- ✓ Recenser les logements adaptés en collaboration avec les bailleurs.
- ✓ Réfléchir à un dispositif permettant de mettre en relation l'offre et la demande de logements adaptés et favoriser les échanges

➡ **Favoriser les adaptations plus structurelles (OPAH, PLH, etc.)**

- ✓ Collaborer avec les bailleurs sociaux pour la réalisation des aménagements au sein de leurs logements : promouvoir et faciliter les diagnostics, conseiller les acteurs sur les aides financières qu'il est possible d'activer...
- ✓ Formaliser au sein de protocoles avec les acteurs du logement la prise en compte des problématiques d'accès et d'adaptation du logement.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre d'aides à domicile formées à cette problématique.
- ✓ Nombre et montant des subventions accordées aux personnes âgées pour aménager leur logement
- ✓ Nombre de logements et adaptés recensés.
- ✓ Nombre de situations repérées et orientées vers le programme « Habiter Mieux ».

Contexte

La présence d'un intervenant la nuit peut parfois permettre de prolonger le maintien à domicile, tout en soulageant les aidants familiaux de façon ponctuelle.

Toutefois, les prises en charge proposées sur le territoire ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins. Dans cette optique, il conviendrait d'étendre et de promouvoir des offres adaptées sur tout le département afin de permettre aux personnes âgées dépendantes de vivre le plus longtemps possible à domicile dans de bonnes conditions, et de permettre aux aidants familiaux de pouvoir prendre régulièrement du repos, diminuant ainsi les risques d'épuisement.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ Agence Régionale de Santé
- ✓ Caisses de retraite

Partenaires associés

- ✓ SAAD
- ✓ SSIAD
- ✓ Accueils de jour / EHPAD
- ✓ Associations œuvrant au bénéfice des personnes âgées

Objectifs de l'action

- ✓ Assurer la continuité des prises en charge à domicile.
- ✓ Permettre le répit des aidants.

Mise en œuvre

 **Réaliser une étude de besoins**

- ✓ **Etudier les besoins sur chaque territoire, afin de retenir les solutions de prise en charge les plus adaptées.** En effet, les dispositifs et acteurs pouvant les porter sont divers : « baluchonnage », garde de nuit, SSIAD de nuit, accueils de nuit pour les malades d'Alzheimer, extension de l'amplitude des horaires d'intervention des SAAD ...

 **Faciliter l'accès à ces services pour les usagers**

- ✓ **Pérenniser l'offre existante et réfléchir à la sécurisation du financement des structures de prise en charge de nuit.**
- ✓ **Travailler à la solvabilisation de la demande.**
- ✓ **Faciliter la mise en relation de l'offre et de la demande,** par exemple au travers d'un site internet dédié.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Recensement de l'existant et études de besoins sur chaque territoire.
- ✓ Nombre de services proposant des gardes itinérantes de nuit.
- ✓ Nombre de structures proposant une offre de baluchonnage.

Contexte

La paupérisation des personnes âgées est un phénomène récent constaté par l'ensemble des acteurs sociaux qui voit arriver un public nouveau pour qui la formulation d'une demande d'aide reste difficile.

Les dispositifs existants sont méconnus des personnes âgées et de leur famille et parfois insuffisamment adaptés.

Pilotes

- ✓ Ensemble des partenaires sociaux et institutionnels

Partenaires associés

- ✓ Conseil Général (transversalité entre directions)
- ✓ Caisses de retraite et complémentaires
- ✓ Associations (caritatives, Act Habitat...)
- ✓ CCAS / CIAS

Objectifs de l'action

- ✓ Repérer la précarité chez les personnes âgées.
- ✓ Faire connaître les moyens existants pour lutter contre cette précarité.
- ✓ Améliorer notre connaissance de la grande précarité chez les personnes âgées et ses effets sur les prises en charge à venir.

Mise en œuvre

 **Evaluer la précarité chez les personnes âgées**

- ✓ **Repérer les personnes âgées concernées** (âge, niveau de dépendance...) et le type de précarité qui les touche (logement, santé, précarité énergétique, produits de première nécessité).
- ✓ **Etre vigilant sur les fragilités naissantes** (période de veuvage, entrée en établissement du conjoint).
- ✓ **Tenter de repérer l'incidence de la « grande précarité » sur le futur** (personnes en situation d'exclusion et d'éloignement des dispositifs existants).

 **Optimiser les dispositifs existants auprès des personnes âgées et de leur famille**

- ✓ **Faire connaître les différentes aides :**
 - Vigilance de tous les acteurs sur l'accès aux droits (CMU, APA, etc.).
 - Aides facultatives telles que l'aide au maintien dans les lieux, les dispositifs visant à prévenir les expulsions locatives, aides sur la précarité énergétique.
- ✓ **Améliorer l'accompagnement des personnes âgées** dans l'utilisation de ces dispositifs en tenant compte des résistances des personnes âgées à demander une aide (sur le plan financier mais aussi dans l'accompagnement administratif).

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Combien de personnes de plus de 60 ans ont transité dans le département par le 115.
- ✓ Combien de personnes de plus de 60 ans sont touchés par la précarité énergétique.
- ✓ Surendettement des plus de 60 ans.
- ✓ Recensement auprès des associations caritatives sur les constats faits auprès de la population âgée (aide alimentaire et isolement).

Contexte

Cette action se propose de sécuriser davantage le maintien à domicile des personnes handicapées vieillissantes. En effet, certaines situations à domicile ne sont plus pérennes : c'est notamment le cas de personnes handicapées vieillissantes résidant au domicile de parents eux-mêmes confrontés à la vieillesse. Ces situations perdurent parfois, faute de relais efficaces mis en place pour y remédier.

D'une manière plus générale, il s'agit ici d'améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes à domicile par les services d'aide et d'accompagnement, en organisant davantage de formations à l'attention de leurs personnels sur cette thématique spécifique, et en favorisant davantage de liens avec les associations du handicap.

Pilotes

- ✓ Agence Régionale de Santé
- ✓ Conseil Général

Partenaires associés

- ✓ Comité des Associations du secteur du handicap
- ✓ Equipes Territorialisées du Handicap et Equipes Médico-Sociales
- ✓ Services d'Aide à Domicile

Objectifs de l'action

- ✓ Eviter les ruptures de parcours, en repérant les situations à risque de Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) à domicile.
- ✓ Donner les moyens aux services d'aide à domicile d'améliorer la prise en charge des PHV.

Mise en œuvre

Identifier et accompagner les situations de fragilité

- ✓ Identifier les personnes connues des équipes Territorialisées du Handicap (ETH) avec des PHV à domicile sans étayage professionnel, afin d'identifier des relais d'accompagnement suite à l'évaluation PCH de ces situations (dispositif APA des parents, travailleur social de secteur...).
- ✓ Définir les mécanismes de remontée d'informations entre les professionnels lorsqu'une situation à risque est repérée.
- ✓ Proposer la mise en relation entre parents.

Renforcer le lien entre les SAAD et les associations du handicap

- ✓ Faciliter la formation des intervenants à domicile en lien avec les acteurs du handicap.
- ✓ Renforcer le rôle des services d'aide à domicile dans la sensibilisation aux dispositifs d'accueil et aux solutions de répit, notamment l'accueil temporaire.

Développer l'accès à de nouvelles formules de prise en charge pour les personnes handicapées vieillissantes, en lien avec les dispositifs gérontologiques

- ✓ Développer les solutions de prise en charge de nuit.
- ✓ Développer les possibilités d'interventions ponctuelles à domicile pour le répit des aidants.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de situations de fragilité repérées.
- ✓ Formalisation d'une procédure de remontée d'informations entre professionnels.
- ✓ Nombre de responsables de secteur (encadrement intermédiaire des SAAD) et/ou d'aides à domicile sensibilisés à la thématique des adultes handicapés vieillissants.

Cette troisième orientation s'inscrit en complémentarité de l'orientation précédente, permettant de sécuriser davantage le maintien à domicile des personnes âgées.

En effet, les aidants naturels – familles le plus souvent, mais également voisins, amis, etc - occupent une place centrale dans l'accompagnement à domicile de leur proche et sont au cœur de la question de la fluidité du parcours de vie. En ce sens, leur besoin de soutien ne saurait être minimisé.

Afin de mieux connaître le rôle et identifier les besoins des aidants familiaux de Haute Savoie, un questionnaire a été envoyé à 1500 aidants de personnes âgées bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie habitants sur le département : 791 aidants ont répondu.

Cette enquête a permis de faire ressortir les éléments suivants :

- ✓ la moyenne d'âge des aidants est de 60 ans ;
- ✓ il s'agit dès lors d'une population elle-même vieillissante ;
- ✓ 57% d'entre eux aident leur père ou leur mère, et n'habitent pas avec leur parent ;
- ✓ 44% interviennent auprès de la personne âgée depuis plus de 5 ans, ce qui fait d'eux des aidants de longue date, qui peuvent être sujets à l'épuisement.

L'organisation générale du maintien à domicile est jugée très favorablement par les aidants (85% d'entre eux la trouvent satisfaisante). Le contact avec les professionnels est également ressenti positivement par les aidants dont 83% entretiennent une bonne communication avec les professionnels et 80% estiment être reconnus dans leur rôle d'aidant.

L'enquête confirme la méconnaissance des aidants sur l'existence de certains services ou aides (l'accueil de jour, les bilans de santé proposés par les caisses de retraite, le site Age+74, la fiche contact, les aides techniques...). 48% d'entre eux expriment le besoin d'être mieux informés. Il s'avère donc nécessaire de réfléchir à l'amélioration de la communication sur ces dispositifs. Certains aidants qui connaissent ces dispositifs les utilisent peu pour des raisons d'ordre financier, logistique voire psychologique. En effet, la notion de culpabilité reste très présente chez les aidants qui ont parfois des difficultés à se considérer comme un « aidant » et à exprimer leur besoin de répit.

L'amélioration du repérage et de la mise en lien des aidants est un axe à développer avec l'ensemble des professionnels. Enfin, bien que des rencontres thématiques ou groupes de parole à destination des aidants familiaux d'un proche âgé aient été proposés en Haute-Savoie, l'enquête révèle que 85% des aidants n'ont jamais participé à ce type d'action. Il s'avère nécessaire d'optimiser et diversifier les solutions d'accompagnement et de répit destinées aux aidants pour prévenir leur isolement voire leur épuisement.

Contexte

Les aidants naturels constituent une population hétérogène, tant par le lien familial qu'ils entretiennent avec la personne aidée, que par la fréquence de l'aide qu'ils prodiguent, ou encore la diversité de leurs besoins. Cette hétérogénéité complexifie l'identification des aidants par les professionnels, qui de surcroît ne sont pas systématiquement sensibilisés au repérage et aux difficultés liées à ce rôle.

En parallèle, tous les aidants ne se reconnaissent pas spontanément comme tels, et n'ont donc pas connaissance du soutien auquel ils peuvent prétendre.

Il est donc du ressort de tous les professionnels d'améliorer collectivement le repérage des aidants (médecins traitants et spécialistes, services sociaux des hôpitaux, SAAD et SSIAD, services sociaux du Conseil général, secrétaires de mairies, etc.), étape préalable à une communication ciblée sur l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et de répit qui leur sont dédiés.

Pilotes

- ✓ Conseil Général

Partenaires associés

L'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne âgée : médecins traitants et spécialistes, services sociaux des hôpitaux, Services d'Aide à Domicile et Services de Soins Infirmiers à Domicile, services sociaux du Conseil général, CCAS, associations...

Objectifs de l'action

- ✓ Accompagner les professionnels et les bénévoles associatifs.
- ✓ Eviter les situations de crise, de risque d'épuisement des aidants, et donc également les ruptures de parcours des personnes âgées aidées.

Mise en œuvre

➡ Sensibiliser l'ensemble des professionnels (de santé, sociaux et médico-sociaux) et des associations au repérage des aidants et à l'identification de leurs besoins

- ✓ **Mettre à disposition des professionnels les outils adéquats** pour identifier la surcharge de travail de l'aidant et ses répercussions sur son état d'esprit (test de l'échelle de Zarit par exemple), les besoins des aidants, et les situations difficiles à domicile.
- ✓ **Réaliser un diagnostic global de l'aidé et de l'aidant lors de l'évaluation initiale des besoins**, puis lors des visites à domicile des professionnels.
- ✓ **Améliorer le repérage et la prise en charge de l'aidant dans « l'après »**, lorsque la fonction d'aidant cesse brutalement, suite au décès de l'aidé ou à son entrée en établissement.

➡ Informer l'ensemble des professionnels et des bénévoles associatifs sur les aides existantes afin qu'ils en soient les relais auprès des aidants

- ✓ **Elargir les représentations des divers acteurs du domicile et des établissements, en améliorant leur connaissance mutuelle.** Il s'agit notamment de mieux faire connaître l'offre de répit en établissement aux aides à domicile et auxiliaires de vie, afin qu'elles en soient les relais auprès des aidants et des aidés. Cela peut passer par des formations communes entre personnels des EHPAD et des SAAD, ou l'organisation de visites d'accueils de jour (« portes ouvertes ») pour le personnel des Services d'Aide à Domicile.
- ✓ **Informers sur les possibilités de médiation familiale**, peu connues.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de réunions d'information et de sensibilisation destinées aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.
- ✓ Organisation d'un groupe de travail dédié à la formalisation d'outils partagés permettant d'identifier les besoins des aidants
- ✓ Dissémination du ou des outil(s) dédiés à l'identification des besoins des aidants.
- ✓ Identification et promotion des associations de médiation familiale.

Contexte

Lors des travaux d'élaboration du présent schéma, le Conseil Général a souhaité sonder les aidants, au travers d'un questionnaire, afin de mieux connaître leurs besoins. Les résultats de ce questionnaire ont confirmé que les solutions d'accompagnement existantes étaient sous-utilisées par les aidants, faute de connaissance des dispositifs. En effet, une majorité des aidants ayant répondu n'a pas connaissance des groupes de parole se tenant sur son territoire, des solutions d'accueil séquentiel ou encore des bilans de santé qui lui sont offerts. Il semblerait donc qu'il faille davantage communiquer auprès des aidants sur l'ensemble des aides disponibles.

Il convient en parallèle d'améliorer la qualité des solutions proposées, notamment en adaptant les accompagnements aux situations spécifiques des aidants et des aidés.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ Organismes de retraite et complémentaires

Partenaires associés

- ✓ CODERPA
- ✓ Associations
- ✓ Futures Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
- ✓ Communes (via les publications municipales) et les CCAS

Objectifs de l'action

- ✓ Améliorer la connaissance des aidants sur les dispositifs d'aide et d'accompagnement qui leur sont dédiés.
- ✓ Accroître le recours des aidants aux actions et dispositifs de répit qui leur sont dédiés.

Mise en œuvre

Améliorer et renforcer la communication et l'orientation vers les solutions existantes

- ✓ **Renforcer la communication directement auprès des personnes âgées aidées et aidantes**, sur toutes les aides disponibles, par la création d'une plaquette départementale informant sur les solutions d'accompagnement et de répit existantes, ainsi que le lancement de campagnes de communication et de prévention.
- ✓ **Améliorer et diversifier les modes de communication.** Il peut s'agir ici d'organiser des « Journées portes ouvertes » afin qu'aidants et aidés puissent visiter les lieux avant de prendre la décision de faire appel à ce type de solution, mais aussi de développer l'information disponible sur internet afin de toucher plus facilement les aidants enfants, ou encore de diversifier les canaux de sensibilisation des aidants (à l'occasion du portage de repas par exemple).
- ✓ **Répéter l'information dans le temps.** En effet, les solutions d'accompagnement sont en général exposées aux aidants lors du diagnostic et de la constitution du plan d'aide de la personne aidée. Or, ce moment n'est pas forcément propice, l'information étant alors diluée dans l'ensemble des informations transmises, et la propension à ressentir la nécessité d'être relayé s'accroissant souvent avec l'antériorité de l'aide apportée.

Optimiser la participation aux actions d'aide aux aidants : sessions d'informations, groupes de paroles...

- ✓ **Impliquer l'ensemble des partenaires concernés**, les actions nécessitant un engagement fort des partenaires de terrain dans la mise en œuvre, la sensibilisation et la communication auprès des aidants familiaux.

- ✓ **Axer les sessions d'information sur les sujets qui sont davantage ressortis du questionnaire**, soit : « Les différents services et aides possibles », « Les différents types d'accueils et d'hébergement : Accueil de jour, hébergement temporaire, EHPAD, Foyer Logement », « Les troubles du comportement de la personne âgée et incidence sur l'entourage », « La prévention des chutes/gestes et postures » et « Comment détecter et éviter l'épuisement de l'aidant ? ».
- ✓ **Dissocier les séances d'accompagnement selon leur finalité** (soutien psychologique, formation ou d'information), **et les publics d'aidants concernés** (enfants / conjoints).

➡ **Privilégier les accompagnements cohérents et durables : construire un véritable « fil rouge »**

- ✓ **Renforcer les partenariats entre équipes du Conseil Général et associations** pour des prises de relais cohérentes.

➡ **Renforcer l'accompagnement des aidants en établissement**

- ✓ Dédier des temps spécifiques de psychologue.

➡ **Développer des dispositifs spécifiques d'aide aux aidants des personnes handicapées vieillissantes**

➡ **Renforcer la prévention santé auprès des aidants**

- ✓ **Sensibiliser les médecins traitants** (plaquettes).
- ✓ **Mettre en place des ateliers thématiques liés à la santé.**
- ✓ **Renforcer le partenariat avec les caisses de retraite** : mettre en place des groupes d'échange autour de la santé, travailler à améliorer l'attractivité des bilans de santé offerts aux aidants, systématiquement proposer un bilan de santé à la suite du passage en GIR 4 de l'un des deux conjoints.
- ✓ **Encourager les professionnels**, en particulier les services de soins infirmiers à domicile, à alerter le médecin traitant lorsqu'ils détectent des problèmes de santé ou d'épuisement chez les aidants.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de bilans de santé réalisés par les aidants annuellement.
- ✓ Nombre d'ateliers ou de sessions d'informations sur les 5 thèmes issus du questionnaire, ainsi que sur le thème de la prévention santé.
- ✓ Nombre de participants à ces ateliers et sessions.
- ✓ Création d'une plaquette départementale informant sur les solutions d'accompagnement et de répit existantes.

Contexte

Au-delà de l'optimisation des solutions existantes, il convient de diversifier l'accompagnement proposé aux aidants, afin de répondre à la multiplicité de leurs besoins, ainsi qu'aux situations d'urgence.

En 2012, une expérimentation de six lits dédiés à l'hébergement temporaire de crise sur la filière d'Annecy est menée dans le but de répondre à ces situations d'urgence : hospitalisation soudaine de l'aidant, situation de maltraitance...

Par ailleurs, divers projets visant à maintenir le lien social des aidants, de type « réseaux sociaux » ou « Cafés des aidants », se mettent en place sur le département. Il s'agira de soutenir et de généraliser ces initiatives afin de lutter contre l'isolement des aidants et permettre de développer une entraide.

Pilotes

- ✓ Conseil général
- ✓ Agence Régionale de Santé

Partenaires associés

- ✓ EHPAD
- ✓ Associations d'aidants

Objectifs de l'action

- ✓ Répondre à la diversité des besoins des aidants.
- ✓ Répondre aux situations d'urgence.
- ✓ Maintenir le lien social des aidants.

Mise en œuvre

 **Développer des solutions spécifiques d'urgence**

- ✓ **Créer des places d'hébergement temporaire de crise** : dupliquer l'expérimentation menée sur la filière d'Annecy si elle se révèle satisfaisante, en encadrant au mieux la réponse, c'est-à-dire en fixant des critères d'orientation stricts afin de réduire les risques de glissements (situations qui ne relèveraient pas de l'urgence, mais uniquement du manque d'équipement sur un territoire donné). La création de ces places devra également être accompagnée d'une meilleure communication entre professionnels, afin de fournir rapidement aux établissements l'ensemble des informations nécessaires à la prise en charge de la personne accueillie.
- ✓ **Structurer les retours à domicile suite à l'accueil temporaire de crise**, en approfondissant les liens entre EHPAD et équipes médico-sociales.
- ✓ **Ouvrir l'accès aux plannings de réservations de l'hébergement temporaire** afin de pouvoir visualiser les places disponibles en temps réel.

 **Expérimenter l'accueil de jour itinérant et les plateformes de répit**

 **Construire et développer des réseaux associatifs et sociaux d'aidants pour maintenir le lien social**

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de places d'hébergement temporaire de crise créées.
- ✓ Rapport d'évaluation de l'utilisation des places d'hébergement temporaire (remplissage, conditions d'accueil et de prise en charge, retour à domicile).
- ✓ Nombre d'accueils de jour itinérants créés.
- ✓ Nombre de plateformes de répit mises en place.
- ✓ Nombre de réseaux sociaux / associatifs d'aidants créés.

L'orientation n°4 de ce plan d'actions a pour ambition de permettre aux personnes âgées de Haute-Savoie de bénéficier d'un parcours résidentiel fluide et évolutif, en leur proposant des alternatives entre le « tout domicile » et le « tout établissement », mais également en favorisant les passerelles, par exemple entre le domicile et l'hébergement temporaire.

Sur le plan de l'hébergement séquentiel, le précédent schéma a permis le développement des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire sur tout le territoire haut-savoyard. Elles sont respectivement au nombre de 169 et 130 plaçant la Haute-Savoie en situation favorable avec des taux d'équipement supérieurs aux taux nationaux. Ces solutions contribuent à éviter les ruptures de parcours de la personne âgée : il peut s'agir d'offrir une période de repos suite à une hospitalisation, de préparer la personne âgée à une entrée en établissement, ou encore de favoriser le répit de l'aidant.

Cependant, les travaux d'élaboration de ce nouveau plan d'actions ont permis d'interroger la fréquentation de ces solutions, et ont révélé qu'elles étaient insuffisamment utilisées : conditions d'accès, difficultés de transport ou éléments de coûts peuvent dissuader certains bénéficiaires potentiels. Il conviendra donc ici de lutter contre les freins à la fréquentation de ces solutions de prise en charge, afin d'optimiser leur utilisation.

Concernant ce que l'on peut communément appeler l'hébergement « intermédiaire », le Département de Haute-Savoie ne l'a que peu développé ces dernières années, priorité étant donnée aux places médicalisées. A titre d'exemple, il n'y a qu'une seule Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées (MARPA) en Haute-Savoie. Ces solutions d'hébergement en petits collectifs permettent aux personnes âgées qui ne sont pas encore dépendantes, de conserver un véritable « chez soi » tout en bénéficiant d'un environnement sécurisant et vigilant à l'évolution de leurs besoins. C'est aussi, pour certaines d'entre elles, une réponse à la solitude notamment à la suite du décès du conjoint.

Devant l'opportunité croissante de développer ce type d'offre, et afin de répondre aux différents stades du vieillissement et de la perte d'autonomie, le Conseil général entend proposer le déploiement, à titre expérimental, d'une petite unité de vie sur chacun des territoires de la Haute-Savoie à horizon 2017.

Cette réponse constitue une véritable innovation dans la prise en charge des personnes âgées sur le département. Toutefois, il s'agira de déployer cette offre de manière progressive - afin d'en tirer les leçons au fur et à mesure -, et raisonnée, en différenciant cette nouvelle offre de celle des établissements d'hébergement permanent médicalisés. En d'autres termes, les petites unités de vie n'ont pas vocation à remplacer les EHPAD, ni à se transformer en EHPAD.

En termes d'hébergement permanent, le développement des places en EHPAD a été une priorité du précédent schéma : de 2008 à 2012, 1 220 nouveaux lits ont été installés, et 391 autorisés. Les orientations de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé ne permettent pas d'envisager de poursuivre cette dynamique au moment de l'écriture du présent schéma.

Pour autant, le Conseil Général continuera à soutenir les établissements, à la fois dans la sécurisation de leurs locaux (réhabilitations), dans la lutte contre la pénurie de personnel médical et paramédical et dans l'amélioration continue de la qualité de vie offerte aux résidents (animations, activités intergénérationnelles...).

Enfin, chaque solution d'hébergement précitée devra tenir compte du public spécifique que constituent les personnes handicapées vieillissantes. Sur ce point, le Conseil Général souhaite promouvoir une plus grande convergence des domaines du handicap et du grand âge, et appelle donc à une coopération renforcée entre les deux secteurs.

Selon le type de handicap concerné, il s'agira donc de favoriser l'entrée des personnes handicapées dans le droit commun, c'est-à-dire au sein des structures pour personnes âgées.

Contexte

Les besoins en lits médicalisés ont nécessité une véritable mobilisation des acteurs sur les deux derniers schémas qui a produit des résultats probants.

1 220 nouveaux lits ont été installés entre 2008 et 2012.

Cette progression s'est principalement traduite par la création d'établissements neufs qui a permis de proposer une offre de qualité. Ceci étant, les structures moins récentes doivent pouvoir elles aussi s'adapter aux évolutions et aux attentes des personnes âgées.

De nombreux projets de rénovation et/ou de restructuration sont actuellement à l'étude qui devront être menés à bien dans un contexte économique plus difficile où le reste à charge pour les usagers et leurs familles doit être au cœur des préoccupations.

Enfin, au-delà de leur fonction d'accueil et d'hébergement, les structures jouent un rôle important au niveau des territoires, qu'il s'agit de reconnaître et de soutenir.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ Agence Régionale de Santé







Partenaires associés

- ✓ Gestionnaires d'EHPAD

Objectifs de l'action

- ✓ Garantir une offre d'hébergement de qualité sur tout le département.
- ✓ Veiller à ce que l'offre reste accessible financièrement au plus grand nombre.
- ✓ Promouvoir l'innovation et soutenir les projets en lien avec le territoire et le domicile.

Mise en œuvre

-  **Recenser les projets de rénovation / restructuration et préciser leur état d'avancement**
-  **Programmer les réalisations**
-  **Etudier les plans de financement et veiller aux incidences pour les usagers en termes de reste à charge**
-  **Favoriser les échanges de bonnes pratiques visant à la maîtrise des coûts de fonctionnement en structures**
-  **Mettre à profit l'évaluation interne et externe des EHPAD pour identifier les besoins et prioriser les réponses**
-  **Promouvoir les initiatives de mise en lien des personnes âgées dépendantes à domicile et les structures du territoire**

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de lits rénovés / restructurés pour la durée du schéma.
- ✓ Evolution du reste à charge des familles pendant la durée du schéma.
- ✓ Nombre de projets innovants soutenus.

Contexte

Concernant l'hébergement, le Conseil Général a essentiellement concentré ses efforts sur le développement des places d'EHPAD lors du précédent schéma.

Or, pour les personnes âgées encore autonomes mais qui ont besoin d'un cadre sécurisant (ou dont le logement n'est plus adapté), plusieurs gammes de logements intermédiaires peuvent s'avérer opportunes entre le domicile et la maison de retraite : foyers logements, résidences services etc.

Soumises à autorisation du Conseil Général, les Petites Unités de Vie n'ont pas connu pour l'heure de développement en Haute-Savoie. Seule une MARPA fonctionne.

C'est ainsi que la présente action a pour ambition de développer cette formule, afin d'enrichir les possibilités offertes aux personnes âgées et aux personnes handicapées vieillissantes.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ CARSAT
- ✓ MSA

Objectifs de l'action

- ✓ Améliorer la continuité des parcours à l'échelle des territoires.
- ✓ Offrir un lieu de vie adapté aux différents stades de vieillissement et de perte d'autonomie.

Mise en œuvre

Développer des solutions alternatives d'hébergement (petits collectifs)

- ✓ Engager une concertation entre financeurs potentiels.
- ✓ Identifier les zones d'implantation les plus pertinentes : il s'agit ici de confronter les besoins par territoire, en fonction du niveau de vulnérabilité des personnes âgées y résidant (précarité, isolement...) avec la disponibilité de services sociaux, médico-sociaux et sanitaire de proximité.
- ✓ Inscrire les structures dans les réseaux de services médico-sociaux et sanitaires locaux au travers de conventionnements.
- ✓ Définir les conditions de viabilité économique de ces petits collectifs. Dans ce cadre, il conviendra d'étudier les possibilités d'adossement de ces formules à des structures existantes, et de promouvoir les mutualisations de moyens.
- ✓ Etudier le potentiel de ce type de formules pour les publics spécifiques : Alzheimer, pathologies psychiques et neurologiques...
- ✓ Lancer les appels à projets correspondants.

Développer des solutions intermédiaires non-médicalisées destinées aux personnes handicapées vieillissantes

- ✓ Définir les solutions les plus adéquates, dans une logique de proximité avec les lieux de vie actuels des personnes handicapées vieillissantes : foyers-logements adaptés, unités adossées à des structures d'hébergement pour personnes âgées ou personnes handicapées existantes.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de petites unités de vie (ou structures équivalentes de « petits collectifs ») créées à destination des personnes âgées.
- ✓ Nombre de structures intermédiaires non-médicalisées destinées aux personnes handicapées vieillissantes créées.
- ✓ Rapports d'évaluation du fonctionnement de ces structures : viabilité économique, pertinence en termes de public accueilli, conventions signées avec le réseau de services médico-sociaux et sanitaires locaux...

Contexte

La Haute-Savoie dispose de taux d'équipements en accueils séquentiels relativement satisfaisants en comparaison des autres départements de la région Rhône-Alpes. Pour autant, cette offre paraît sous-utilisée : cette action entend donc agir sur les différentes réticences à l'utilisation de ces formes de prise en charge, afin qu'elles puissent remplir entièrement leurs objectifs initiaux.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ Agence Régionale de Santé
- ✓ Gestionnaires de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

Partenaires associés

- ✓ Equipes Médico-Sociales
- ✓ Communes
- ✓ Services d'Aide à Domicile

Objectifs de l'action

- ✓ Prolonger le maintien à domicile, en permettant des périodes de repos.
- ✓ Favoriser le répit des aidants.

Mise en œuvre

 **Lutter contre les freins à la fréquentation des dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire**

- ✓ **Analyser les raisons de la sous-utilisation de certains accueils de jour.** Il s'agit ici d'analyser l'adéquation des réponses par territoire et d'identifier les raisons des difficultés de fonctionnement. Des réunions de travail entre les financeurs et les gestionnaires pourront être organisées afin d'adapter le dispositif. La réflexion pourra notamment s'orienter sur les contraintes de taille des accueils de jour. Le site Ageplus74 pourrait également être utilisé pour la promotion des accueils de jour.
- ✓ **Accompagner l'aidant lors de la constitution du dossier de prise en charge** en accueil de jour et hébergement temporaire (rôle des équipes médico-sociales principalement).
- ✓ **Faciliter le transport vers et depuis ces solutions d'accueil :**
 - Renforcer ou impulser les solidarités entre aidants en développant les rencontres entre aidants au sein des accueils de jour.
 - Renforcer les possibilités de transports offertes directement par les accueils de jour.
 - Mobiliser les possibilités de transports des services d'aide à domicile.
 - Mobiliser les solutions de transports accompagnés offertes par les communes.
- ✓ **Assouplir autant que possible les conditions d'accueil :** limiter la durée minimale exigée pour les séjours en hébergement temporaire, proposer un accueil de jour le week-end, adapter les réponses aux personnes privées de soutien familial...
- ✓ **Agir sur les réticences** de l'aidant, et notamment le sentiment d'abandonner le proche. Dans ce cadre, les aides à domicile ont un rôle à jouer afin d'aider les personnes à mieux appréhender l'image de l'établissement.
- ✓ **Etudier la possibilité de mettre en place un site internet recensant les places disponibles en temps réel** (sur le modèle de ce qui est fait concernant l'hébergement temporaire sur le site Ageplus74), en intégrant la complexité de mise à jour régulière pour les établissements.
- ✓ **Favoriser un accueil au plus près des besoins** afin d'améliorer l'acceptation des personnes aidées à aller dans ces structures. Pour ce faire, il conviendra d'élaborer des projets de service dédiés, intégrant le volet « transports » et le volet « réseau », notamment avec les services du domicile.

 **Développer l'accès aux formules de répit pour les personnes handicapées vieillissantes**

- ✓ Analyser l'adéquation des dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire offerts par les domaines du handicap et de la gérontologie, et communiquer sur l'existant.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Tenue de groupes de réflexion entre gestionnaires et financeurs afin d'analyser les raisons de la sous-utilisation des solutions de prises en charge offertes.
- ✓ Recensement des solutions de transports proposées par les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.
- ✓ Projets de service dédiés élaborés pour chacune des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.
- ✓ Fréquentation des pages du site Ageplus74 sur l'accueil de jour et l'hébergement temporaire.

Contexte

Afin d'enrichir la palette de l'offre d'hébergement proposée aux personnes handicapées vieillissantes qui sont aussi des personnes âgées, il apparaît souhaitable d'ouvrir davantage les dispositifs gérontologiques au public handicapé. Cette ouverture progressive exigera une adaptation des structures pour personnes âgées, en fonction du type de handicap concerné.

Pilotes

- ✓ Conseil général
- ✓ Agence Régionale de Santé

Partenaires associés

- ✓ EHPAD
- ✓ Structures d'hébergement pour personnes handicapées
- ✓ Associations de personnes handicapées
- ✓ Acteurs de la psychiatrie

Objectifs de l'action

- ✓ Décloisonner davantage les dispositifs relevant de la gérontologie et du handicap.
- ✓ Faciliter l'accès des personnes handicapées aux dispositifs de droit commun.

Mise en œuvre

➡ Adapter les prises en charge dans les structures gérontologiques à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes

- ✓ Organiser des formations adéquates pour le personnel, en lien avec les associations de personnes handicapées et les acteurs du sanitaire.
- ✓ Formaliser un lien opérationnel entre la structure d'accueil et les acteurs du handicap et de la psychiatrie pour un appui dans la durée.
- ✓ Renforcer le volet animation et le volet éducatif, en mobilisant des effectifs dédiés et des bénévoles, mais également en organisant la participation des PHV accueillies aux activités de jour des structures pour personnes handicapées.

➡ Faciliter l'entrée des personnes handicapées vieillissantes dans les dispositifs pour personnes âgées

- ✓ Elargir la mobilisation des Service de Préparation de Transition et de Suivi (SPTS) afin de préparer l'entrée en EHPAD des personnes ayant vécu à domicile et qui ne sont pas connues des structures du handicap.
- ✓ Permettre des prises en charge « mixtes », à la fois dans une structure gérontologique et dans une structure dédiée aux personnes handicapées. Ce pourra être par exemple un séjour en foyer-logement et une activité de jour dans un foyer de vie.
- ✓ Faciliter les séjours d'essai temporaires ou à temps partiel dans les lieux d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes, et communiquer davantage sur l'existant.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Effectifs dédiés à l'animation dans les unités spécifiques pour PHV.
- ✓ Nombre de formations sur le thème de la prise en charge du handicap organisées dans les structures pour personnes âgées disposant d'une unité spécifique pour PHV.
- ✓ Nombre d'établissements pour PHV permettant les séjours d'essai temporaires et/ou les séjours à temps partiel.

Cette dernière orientation se conçoit comme le support et le préalable à la bonne réalisation des quatre premières orientations de ce plan d'actions. Elle n'aborde pas la question des dispositifs de prise en charge en tant que tels, mais trois éléments essentiels concourant à leur bon fonctionnement :

- ✓ La coordination entre les professionnels et l'articulation des instances, permettant de fluidifier les parcours des personnes âgées ;
- ✓ L'information délivrée aux professionnels comme aux usagers, permettant l'orientation et l'utilisation optimisée des dispositifs ;
- ✓ La disponibilité en professionnels sociaux, médico-sociaux et paramédicaux, véritable « matières premières » des dispositifs.

La qualité des accompagnements repose largement sur la capacité des acteurs à se coordonner, et plus largement des institutions à articuler leurs missions pour assurer la continuité des prises en charge. C'est dans ce cadre que plusieurs filières gérontologiques ont été structurées depuis 2010. La structuration de ces filières procède du constat suivant : « Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours sans perte de chance et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance. »².

En parallèle de la constitution de ces filières, et depuis fin 2008, une convergence entre les institutions sanitaires et médico-sociales dans leur approche commune des situations complexes a permis d'élaborer en commun le projet de « Cellule Interface » entre le Conseil Général et le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA), c'est-à-dire un dispositif de type MAIA visant à repérer et à traiter les cas complexes³.

L'enjeu du « parcours » de la personne âgée se situe donc aujourd'hui à trois niveaux interdépendants : le maillage complet et définitif du département en filières, le déploiement des dispositifs de type MAIA sur l'ensemble des pôles gérontologiques, et la mise en cohérence de ces projets MAIA avec les filières gérontologiques et les pôles gérontologiques du Conseil général.

Le deuxième volet de cette orientation consiste à renforcer l'information auprès des personnes âgées comme des professionnels, dans l'optique de rendre lisible l'offre de services sur le territoire et de simplifier les parcours. Il s'agit ici d'améliorer la lisibilité des dispositifs gérontologiques et d'orienter au mieux les usagers en homogénéisant le message qui leur est délivré.

Enfin, les dernières actions de ce plan s'attèlent à la difficulté récurrente de recrutement et de fidélisation du professionnels de santé et médico-sociaux. Le contexte de pénurie, accrue par la proximité de la Suisse, pose de sérieux problèmes dans certains établissements et services, plus particulièrement sur le nord du département.

² Extrait de la Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

³ Une situation complexe peut être définie par une situation de rupture ou une situation qui induit un risque de rupture, telle que celle des personnes seules, sans aides, des personnes dont le maintien à domicile est très précaire et insécurisé.

Les difficultés de recrutement dans le secteur de la gérontologie proviennent aussi bien du manque d'attractivité des métiers que de leur pénibilité. La valorisation de ces métiers relève à la fois du niveau national (conventions collectives, statut fonctions publiques), du niveau régional (en compétence dans le champ de la formation), des acteurs départementaux et du projet propre de chaque établissement et service : développement des bonnes pratiques, promotion de la bientraitance, développement de mesures permettant de concilier vie professionnelle et vie personnelle, aides en matière de logement, de restauration, de crèches...

Les difficultés de recrutement sont encore plus prégnantes en Haute-Savoie du fait de l'attractivité de la Suisse avec un écart important de rémunération sur les métiers d'infirmiers et d'aides soignant.

Face à ces difficultés criantes, le Conseil général se veut mobilisateur, et entend poursuivre son action aux côtés des acteurs régionaux afin de renforcer de manière pérenne l'attractivité de ces métiers en Haute-Savoie.

Contexte

Dans un contexte de multiplication des instances de coordination, il s'agit de concilier et d'optimiser les différents niveaux de coordination, ainsi que la transmission des informations entre acteurs relevant des champs médico-sociaux et sanitaires, traditionnellement cloisonnés.

En outre, la structuration des filières gérontologiques devra s'effectuer en cohérence avec les autres échelons de coordinations existants, afin de maintenir une cohérence et une proximité avec les usagers.

Il conviendra par ailleurs d'améliorer la coordination entre les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les acteurs du sanitaire (SSIAD et hôpitaux) afin de mettre fin aux glissements de tâches et aux retours à domicile après hospitalisation non préparés.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ Agence Régionale de Santé
- ✓ Pilotes des filières gérontologiques

Partenaires associés

- ✓ Services du domicile (SAAD, SSIAD...)
- ✓ Equipes Médico-Sociales
- ✓ Hôpitaux
- ✓ Ensemble des réseaux de coordination locaux

Objectifs de l'action

- ✓ Articuler les différents niveaux de coordination, tout en réaffirmant la légitimité de chacun d'entre eux.
- ✓ Fluidifier les parcours des personnes âgées sur les territoires, en évitant en particulier les situations de ruptures entre hôpital et domicile.

Mise en œuvre



Poursuivre la structuration de l'ensemble des filières gérontologiques du territoire

- ✓ **Équilibrer la représentativité de tous les acteurs au sein des filières (social, médico-social et sanitaire).**
- ✓ **Rendre opérationnels tous les dispositifs de type « Cellule Interface »** en les adaptant aux territoires et les faire évoluer vers des dispositifs de type MAIA.
- ✓ **Intégrer le champ du handicap, ainsi que le volet psychiatrie** aux travaux des filières.



Améliorer la visibilité et la lisibilité des filières auprès des professionnels

- ✓ **Mettre en place des réunions entre les filières** afin de favoriser l'échange d'expériences et de bonnes pratiques.
- ✓ **Mieux communiquer sur le fonctionnement général et les apports des filières** auprès des professionnels.



Renforcer la coordination de proximité avec les acteurs concernés (à différents échelons selon le sujet traité)

- ✓ **Organiser des réunions de concertation**, à la fois sur les cas individuels de personnes âgées le nécessitant et/ou les problèmes organisationnels entre structures du champ médico-social. Il s'agit ici non pas de définir une organisation unique et unidimensionnelle, mais bien de mobiliser l'échelon pertinent selon chaque situation, en prenant soin d'intégrer les nouveaux professionnels et réseaux à la coordination.
- ✓ **Améliorer le partage d'informations entre les équipes médico-sociales et tous les acteurs intervenant autour de la personne âgée** (services du domicile, établissements...).

➡ **Soutenir les initiatives locales**

- ✓ **Recourir aux compétences du Conseil Général** (notamment celles des coordonnateurs) pour appuyer les initiatives locales de déclinaison du schéma gérontologique départemental.

➡ **Sécuriser les Services d'Aide à Domicile face aux « glissements de tâches » et aux retours à domicile après hospitalisation**

- ✓ **Améliorer l'articulation et la répartition des missions entre SAAD et SSIAD.** Dans ce cadre, les tournées en binômes (auxiliaire de vie sociale et aide-soignant) seront encouragées, afin que chacun positionne sa technicité.
- ✓ **Améliorer les retours à domicile après hospitalisation** (en dehors de la gestion de cas complexes relevant du dispositif interface MAIA), en :
 - **Mettant en place des outils de communication et de transferts d'informations** entre hôpital et services du domicile afin d'informer des retours, de transmettre les instructions de prise en charge, et donc *in fine* de mieux préparer les interventions à la sortie. Il conviendra d'étudier la forme que devra prendre cet outil : fiche sous format papier, ou système d'information partagé.
 - **Apportant au besoin une expertise sanitaire à domicile** (bilans gériatriques).
 - **Favorisant la mobilité (choisie) des personnels entre EHPAD, SSIAD et SAAD** afin de développer la connaissance mutuelle entre acteurs de l'hôpital et acteurs du domicile. Dans ce cadre, les auxiliaires de vie sociale et aides-soignants pourraient par exemple être invités à visiter des Soins de Suites et de Réadaptation (SSR).

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Niveau d'opérationnalité des dispositifs de type « Cellule Interface » : organisation de l'équipe (gestionnaire de cas, pilote, secrétaire), conventions et partenariats engagés, définition des procédures de saisine, plaquettes de communication éditées, nombre de cas complexes traités...
- ✓ Intégration des champs du handicap et de la psychiatrie à toutes les filières gérontologiques.
- ✓ Nombre de SAAD/ SSIAD organisant régulièrement des tournées en binôme.
- ✓ Outils de communication et de transferts d'information mis en place entre hôpitaux et services du domicile.

Contexte

En janvier 2009, le Département mettait en ligne le site « Ageplus74 », visant à apporter des réponses aux personnes âgées en perte d'autonomie ainsi qu'à leurs proches. Depuis son ouverture, et à la date du 31 décembre 2012, ce site a reçu la visite de 116 000 visiteurs uniques et plus de 470 000 pages ont été vues. Face au succès de cette plateforme, il apparaît opportun d'enrichir les informations mises à disposition afin d'informer au mieux le « grand public » sur l'ensemble des dispositifs gérontologiques.

Pour autant, toutes les personnes âgées ne peuvent avoir accès à cette information dématérialisée. Un certain nombre d'entre elles continue de s'informer auprès de leur commune, de leur médecin ou encore auprès des services sociaux.

Cette mission d'information ne peut donc pas être tenue uniquement par les pôles gérontologiques du Conseil Général : il existe toute une palette d'interlocuteurs susceptibles de transmettre l'information et d'orienter les usagers.

Il s'agira donc non pas de créer un « guichet unique » d'information, mais bien de mettre en cohérence les différents guichets afin de délivrer un message homogène aux personnes âgées et à leurs familles.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ Pôles gérontologiques
- ✓ Dispositif de type MAIA

Partenaires associés

- ✓ Collectivités (CCAS, CIAS...)
- ✓ Services sociaux
- ✓ Professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires
- ✓ Maison Départementale des Personnes Handicapées

Objectifs de l'action

- ✓ Harmoniser et coordonner l'information délivrée aux usagers et aux professionnels.
- ✓ Simplifier le parcours des personnes en améliorant la qualité de l'orientation.
- ✓ Enrichir l'information concernant les personnes handicapées vieillissantes.

Mise en œuvre



Mettre en cohérence l'ensemble des guichets d'information et d'orientation

- ✓ **Travailler avec l'ensemble des services d'orientation, d'information et d'accueil du public** afin d'harmoniser et coordonner l'information délivrée aux usagers.
- ✓ **Construire un « référentiel des missions » informatisé à destination de tous les professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires**, afin d'améliorer la connaissance de l'offre par tous.
- ✓ **Conforter le rôle du site Age+74** comme site de référence, garant de l'information et enrichir son contenu.



Renforcer l'information en direction des personnes handicapées vieillissantes

- ✓ **Compléter le site Age+74 sur les possibilités de prise en charge existantes pour les PHV.** Pour ce faire, les acteurs concernés seront invités à remonter toute information pertinente auprès du Conseil général.
- ✓ **Informers les structures pour personnes âgées sur les procédures MDPH**, et notamment sur les dérogations d'âge.

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de thématiques (rubriques) du site Age+74 créées ou enrichies entre 2013 et 2017.
- ✓ Existence d'un référentiel de missions informatisé à destination des professionnels.
- ✓ Partage de pratiques et/ou d'outils communs entre les partenaires.

Contexte

L'ensemble du secteur de la gérontologie est touchée par la pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux. La situation n'est pas nouvelle et le Conseil général, dans le cadre de ses précédents schémas, a d'ores et déjà attiré l'attention sur ce problème crucial et contribué à mobiliser les leviers susceptibles de faire évoluer la situation. En ce sens, une collaboration étroite à été mise en place avec notamment l'Agence Régionale de Santé ainsi que la Région et des expérimentations ont pu être menées et évaluées.

La présente action se propose de conforter les réseaux, d'ouvrir plus largement les partenariats en place pour que cette question centrale du recrutement et de la formation soit appropriée au-delà du champ gérontologique.

Pilotes

- ✓ Conseil général
- ✓ Agence Régionale de Santé
- ✓ DIRECCTE
- ✓ Région

Partenaires associés

- ✓ Gestionnaires d'établissements et de services à destination des personnes âgées
- ✓ Gestionnaires d'établissements de formation
- ✓ Communes
- ✓ Comité Régional de Coopération Franco-Genevoise (CRFG)

Objectifs de l'action

- ✓ Lutter contre la pénurie de personnels médicaux et paramédicaux en Haute-Savoie.
- ✓ Attirer les jeunes et les demandeurs d'emploi vers les métiers de la gérontologie.

Mise en œuvre

 **Mutualiser les démarches de recrutement**

- ✓ **Identifier les opportunités de mutualisation de personnels à partir de la filière gérontologique** et formaliser des partenariats en ce sens.
- ✓ **Mettre en place des modalités de gestion mutualisée des remplacements** via les Groupements d'Employeurs pour l'Insertion et la Qualification (GEIQ) et/ou la création de Groupements de Coopération Sociale ou Médico-Sociale (GCSMS).
- ✓ **Mutualiser les actions d'information, de sensibilisation et de formation** en amont du recrutement, par le biais de plateformes de recrutement mutualisées et de GEIQ.

 **Informier et sensibiliser sur les métiers**

- ✓ **Mobiliser les outils de communication Web** (site du Conseil général, réseaux sociaux, forums...) en s'appuyant sur les ressources existantes (création de liens).
- ✓ **Lancer des actions de communication et de recrutement ciblées** sur les différents publics à toucher :
 - **Les jeunes de 12 à 25 ans** : participer aux forums, communiquer auprès des établissements ayant développé des filières spécialisées, proposer des stages « découverte » pour les collégiens et lycéens, développer des projets d'animation impliquant les adolescents...
 - **Les personnes en formation** : accueillir davantage d'apprentis et de stagiaires.
 - **Les demandeurs d'emploi** : utiliser davantage les Evaluations en Milieu de Travail (EMT) et sensibiliser les demandeurs d'emploi « séniors » aux métiers de la gérontologie.

- ✓ **Communiquer auprès des personnels en poste.** Ces professionnels constituent le relais principal de communication autour des métiers de la gérontologie ; à ce titre ils devront être sensibilisés au rôle qu'ils peuvent jouer dans l'attractivité de ces filières. Il s'agira d'informer à la fois sur les avantages, mais également sur les difficultés inhérentes aux métiers de la gérontologie (notamment logistiques), afin de préparer au mieux les candidats potentiels.

Poursuivre les actions politiques au niveau national

- ✓ **Poursuivre les actions de lobbying pour la progression des quotas des professions** qui y sont soumises.
- ✓ **Développer les filières par apprentissage et l'accès aux cursus partiels.**

Faciliter la mobilisation d'offres conjoncturelles de formation

- ✓ **Identifier les besoins dans le cadre de filières gérontologiques.**
- ✓ **Mettre en place une concertation plus large entre partenaires institutionnels, du médico-social, de l'emploi et de la formation :** DIRECCTE, Conseil Général, Région, ARS.

Accompagner la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

- ✓ **Assouplir les conditions d'accès à la VAE.** En effet, les conditions actuelles (3 ans d'exercice, capitalisation de 3 000 heures) sont jugées trop restrictives.
- ✓ **Développer des modules de formation pour les compétences-clé** (Français Langue Etrangère, écrit).
- ✓ **Identifier les raisons de la non-mobilisation des dispositifs d'accompagnement spécifiques** proposés. Une des raisons avancées pourrait être l'instabilité des professionnels dans leur emploi par exemple.
- ✓ **Mieux structurer les circuits de descente d'information aux professionnels** sur les dispositifs d'accompagnement.

Renforcer l'accessibilité financière des formations

Faciliter les rapprochements avec le domaine de l'insertion

- ✓ **Aller davantage à la rencontre des demandeurs d'emplois et du secteur de l'insertion.**

Indicateurs d'évaluation

- ✓ Nombre de GCSMS et de GEIQ mis en place dans le but de mutualiser des actions de recrutement, de personnels, de formation ou d'information.
- ✓ Création d'une page d'information et de sensibilisation aux métiers de la gérontologie sur le site internet du Conseil général.

Contexte

Afin de rendre plus attractifs l'exercice des métiers de la gérontologie en Haute-Savoie, il conviendra non seulement d'améliorer les conditions premières d'emploi (« facteurs d'hygiène »⁴ : temps de travail, salaire...), mais également d'aller au-delà en agissant sur les conditions de travail (« facteurs moteurs » : responsabilités, ambiance...), et les conditions de vie des professionnels. En effet, la proximité de la Suisse impose au département et aux acteurs d'adopter une approche holistique de l'attractivité des métiers, et d'investir d'autres champs que celui des rémunérations.

Pilotes

- ✓ Conseil Général
- ✓ Agence Régionale de Santé
- ✓ Communes et intercommunalités

Partenaires associés

- ✓ Ensemble des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

Objectifs de l'action

- ✓ Retenir les professionnels dans le département, en créant des avantages comparatifs autres que le niveau de rémunération.

Mise en œuvre



Rendre plus attractives les conditions de travail (politique RH)

- ✓ Mobiliser tous les leviers de la politique salariale, même si ceux-ci sont, de fait, limités.
- ✓ Réduire, lorsque cela est possible, les délais de « stagiairisation » dans la fonction publique hospitalière.
- ✓ Renforcer la quotité des temps de travail, notamment par la complémentarité possible des contrats.
- ✓ Développer des conventions entre structures pour l'organisation de formations mutualisées et d'échanges entre professionnels.
- ✓ Favoriser la mobilité des personnels entre l'établissement et les services à domicile (voire avec un temps partagé) pour diversifier leur mission et mutualiser les moyens aux services pour une meilleure continuité de l'accompagnement et de la prise en charge.



Renforcer la cohésion des équipes

- ✓ Structurer l'accompagnement à la prise de poste, en mettant en place des tutorats.
- ✓ Renforcer la dynamique collective autour du projet d'établissement et service afin de donner davantage de sens à l'action professionnelle.
- ✓ Impliquer et responsabiliser davantage les professionnels : participation à l'élaboration des projets individualisés, désignation de référents, échanges avec les pairs lors d'événements extérieurs...



Renforcer le rôle d'encadrement au sein des structures

- ✓ Proposer des formations au management au personnel encadrant.
- ✓ Renforcer le rôle d'encadrement des Infirmières Coordinatrices en leur libérant du temps : réduire notamment les temps de préparation des médicaments.
- ✓ Systématiser les outils de remontée des difficultés du terrain vers les encadrants, notamment à domicile.
- ✓ Renforcer la fonction de contrôle qualité interne.

⁴ Au sens de la théorie bi-factorielle de F. Herzberg.

➔ Réduire les risques d'épuisement

- ✓ **Organiser le soutien social des intervenants en situation de fragilité** : ceci peut être organisé par la mutualisation d'un professionnel de l'accompagnement social entre plusieurs établissements et/ou services, par un conventionnement avec les services sociaux du territoire...
- ✓ **Organiser le soutien aux professionnels autour de la pratique professionnelle** : mobiliser des temps de psychologue ou d'ergothérapeute, d'analyse des pratiques, mettre en place de comités de bientraitance...
- ✓ **Créer des postes aménagés pouvant être mobilisés temporairement** : dans l'administratif, l'accueil ou l'animation...
- ✓ **Promouvoir le bien-être, notamment physique**. Il s'agira ici de développer davantage d'espaces de détente, de promouvoir les vélos électriques pour les aides à domicile, par exemple.

➔ Améliorer les conditions de vie des professionnels

- ✓ **Faciliter l'accès au logement** : sensibiliser les élus concernant le parc social, construire des parcs de logements en propre, mobiliser le dispositif « 1% patronal » (prêt employeurs), les facilités de cautionnement (par exemple, le Comité National d'Action Social pour la Fonction Publique territoriale)...
- ✓ **Faciliter l'accueil des jeunes enfants**, en exploitant les différentes pistes possibles par territoire et en lien avec les communes : crèches interentreprises, crèches parentales, relais d'assistantes maternelles, micro-crèches ... Ces différentes possibilités devront permettre des gardes à coûts maîtrisés, et répondant aux horaires atypiques des personnels en poste.
- ✓ **Faciliter le transport** : travailler avec les communes pour obtenir des facilités au niveau du paiement des parkings et des transports publics, organiser du covoiturage, des prêts de vélos électriques, etc. Concernant les demandeurs d'emploi, le financement partiel du permis de conduire et/ou la location de mobylettes ou de voitures serait à envisager.
- ✓ **Accès aux loisirs : permettre aux professionnels de bénéficier d'offres promotionnelles de loisirs** (forfaits de ski à prix réduits...).

Indicateurs d'évaluation

- ✓ **Rapports d'activité des ESMS sur le volet de l'amélioration des conditions de travail et de vie offertes aux personnels** (actions engagées sur les axes précités, nombre de professionnels en bénéficiant...).

ANNEXES

BILAN DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL 2008-2012

BIEN VIEILLIR EN HAUTE-SAVOIE

BILAN DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL 2008-2012

En 2008, dès mon arrivée à la Présidence du Conseil Général, nous engageons ensemble le second schéma gérontologique de la Haute-Savoie.

De nombreuses actions ont été menées au bénéfice des aînés haut-savoyards au cours de ces 4 années, avec le concours et la mobilisation de tous les acteurs.

Cette plaquette présente la diversité des réalisations et dresse un premier bilan sur lequel nous allons nous appuyer pour aller encore de l'avant.

Tous mes remerciements vont aux collectivités, organismes, services, structures, associations, professionnels médico-sociaux, de santé et bien sûr aux familles qui contribuent à l'accompagnement au quotidien des personnes âgées dans notre département.

L'engagement de tous est nécessaire à l'heure d'entamer la préparation du nouveau schéma qui guidera nos actions pour la période 2013-2017, schéma que je souhaite placer sous le signe du « Bien Vieillir en Haute-Savoie ».

Christian Monteil
Président du Conseil général
de la Haute-Savoie



Quelques chiffres au 1^{er} janvier 2012

- 5 652 lits d'EHPAD en Haute-Savoie, dont 227 à installer
- 70 structures agréées Qualité pour l'aide et l'accompagnement à domicile
- Bénéficiaires de l'APA :
6 001 à domicile
- 4 019 en établissement
- Bénéficiaires de la Téléalarme : 5 678

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE ACTION SOCIALE ET SOLIDARITÉ
DIRECTION DE LA GÉRONTOLOGIE ET DU HANDICAP

BILAN DU SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL 2008-2012

Deux axes forts

> PERMETTRE UN SOUTIEN À DOMICILE DE QUALITÉ, AUSSI LONGTEMPS QUE SOUHAITÉ ET POSSIBLE, EN DÉVELOPPANT NOTAMMENT LES OFFRES ALTERNATIVES : ACCUEIL DE JOUR, HÉBERGEMENT TEMPORAIRE...

- Au 1^{er} janvier 2012, en Haute-Savoie, 117 places d'accueil de jour et 143 places d'hébergement temporaire autorisées.
- 70 services d'aide à domicile dont 14 sous le régime de l'autorisation. 1 102 788 heures réalisées en 2011 au titre de l'APA.
- Des actions d'aides aux aidants sur tous les territoires.

> POURSUIVRE L'EFFORT DE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE EN STRUCTURE D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES, ACCESSIBLE AU PLUS GRAND NOMBRE

- De 2008 à 2012, 1 220 lits nouveaux installés, 391 nouveaux lit autorisés.
- Un coût moyen à la charge de l'usager légèrement inférieur à 60€/jour.



Bilan des 8 orientations

Pour les 8 orientations retenues, de nombreux travaux ont été entrepris afin d'atteindre les objectifs fixés. Parmi ceux-ci, quelques exemples significatifs sont présentés ; non exhaustifs de l'ensemble des actions menées.

> ORIENTATION N° 1 : AMÉLIORER LE SOUTIEN À DOMICILE

■ Portage de repas : à la demande des acteurs de terrain, des rencontres ont été organisées qui ont permis de mutualiser les pratiques et de développer une réflexion et une culture communes. Au 1^{er} janvier 2012, la quasi-totalité des secteurs du département disposent d'un accès au portage de repas.

■ 2010 a été l'année de l'aide aux aidants, avec l'ambition de développer des actions de soutien aux aidants naturels sur l'ensemble du département. Une représentation du spectacle Griottes & Coccinelles, proposée en partenariat avec la MSA a constitué un temps fort de la mobilisation sur ce sujet.

Elle a réuni 800 spectateurs sur 2 représentations, à Rumilly et Cluses les 14 et 15 octobre 2010.

Des actions d'aide aux aidants sont proposées sur tous les territoires (groupes de parole, conférences, forums...



> ORIENTATION N° 2 :

DÉVELOPPER L'OFFRE ALTERNATIVE ET LA QUALITÉ DE VIE EN ÉTABLISSEMENT

■ Pour faciliter la connaissance et l'accès à l'hébergement temporaire, mise en place d'un système de consultation des places d'hébergement temporaire disponibles sur le site age+74.fr, ouvert au grand public (professionnels et usagers). Mise en ligne en décembre 2011 .

■ Pour faciliter les liens intergénérationnels, installation d'ateliers Cyber-Espaces en EHPAD.

Installation de matériels informatiques adaptés dans 11 structures à partir de mars 2009.



Age+74
le site au service
des personnes âgées



**> ORIENTATION N° 3 :
STRUCTURER LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE POUR FACILITER
LES PARCOURS DE SOINS ET EVITER LES RUPTURES**

- Filières gérontologiques : travail de coopération des acteurs et structuration sur les bassins sanitaires Nord et Sud.
- Développement d'une Cellule Interface entre le Conseil général et le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy pour mieux accompagner les situations complexes ayant abouti à la création d'un dispositif de type MAIA sur les pôles gérontologiques d'Annecy.
- Dossier unique d'entrée en Ehpad : adoption du dossier unique régional travaillé par l'URML avec les départements de la région. Mis en ligne sur age+74.fr.

> ORIENTATION N° 4 : PROMOUVOIR LES MÉTIERS DE LA GÉRONTOLOGIE

- Mobilisation conjointe de la Délégation Territoriale de l'ARS, du Conseil Régional, du Conseil général et des représentants des structures, services et usagers...
- Travaux sur la formation VAE Aide-Soignante visant à une démarche collective territoriale de mise en réseau et de formation.

> ORIENTATION N° 5 : PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE

- Mise en place du Comité Départemental de Lutte contre la Maltraitance réunissant l'ensemble des acteurs dont ALMA 74, le Coderpa... en janvier 2009 et menée de travaux conjoints entre les services du Conseil général et de la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé pour l'examen des plaintes et signalements.
- Travaux avec les Procureurs de la République et les Magistrats en charge des mesures de protection juridique.

**> ORIENTATION N° 6 :
MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

- En 2010, ouverture d'une structure spécifiquement dédiée aux malades d'Alzheimer Les Coquelicots à Rumilly.
- 2011 : année des Gérontechnologies, avec la conclusion de l'expérimentation de dispositifs de géolocalisation GPS et RFID, à domicile et en établissement, dans le cadre du projet ESTIMA. 2 technologies ont été expérimentées et reliées au dispositif Téléalarme du Conseil général. Rendu des travaux lors d'un colloque le 25 octobre 2011.



> ORIENTATION N° 7 : PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS SPÉCIFIQUES

- Ouverture de l'Alouette : unité pour personnes handicapées vieillissantes au sein de l'Ehpad La Bartavelle à Meythet, géré par l'EPI2A, en collaboration avec l'ADIMC.
- Enquête sur la prise en charge des Personnes Handicapées Vieilles (PHV) sur le secteur de la Vallée de l'Arve. Réalisation d'un état des lieux et des besoins à court, moyen et long terme.

> ORIENTATION N° 8 : PRÉVENIR ET INFORMER

- Prévention du suicide : mise en place d'un groupe de travail départemental de prévention des conduites suicidaires chez la personne âgée et création d'une plaquette informative sur la prévention du suicide à destination des familles.
- Mise en ligne en janvier 2009 du site Age+74 dédié aux personnes âgées en perte d'autonomie du Département, le site vise à apporter des réponses aux questions que se pose le grand public.
- En 3 ans, 43 000 visites d'internautes.





NOUVEAU SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL « BIEN VIEILLIR EN HAUTE-SAVOIE » 2013-2017

Les étapes de la concertation

- **Mars 2012 :** Lancement des travaux
- **Avril à août 2012 :** Recueil des contributions des partenaires sur age+74.fr
Etudes - Analyses
- **Septembre 2012 :** Semaine de concertation « Bien Vieillir en Haute-Savoie »
avec l'ensemble des acteurs et des partenaires
- **Automne 2012 :** Adoption du Schéma Départemental par le Conseil général



CONSEIL GÉNÉRAL DE LA HAUTE-SAVOIE

Direction Générale Adjointe Action Sociale et Solidarité
Direction de la Gérontologie et du Handicap

12, avenue de Chevène - 74000 ANNECY

Tél. 04 50 33 22 06

www.cg74.fr

Pôles Gérontologiques

■ **Anancy-Est et Ouest**
39 avenue de la Plaine
74000 Anancy
04.50.33.20.10

■ **Vallée de l'Arve**
187 rue du Quai
74970 Marignier
04.50.47.63.12

■ **Chablais**
1 rue Casimir Capitan
74200 Thonon-les-Bains
04.50.81.89.34

■ **Genevois Français**
2 bis rue Léon Bourgeois
74100 Ville-la-Grand
04.50.84.40.00



www.ageplus74.fr

AVIS DU CONSEIL GENERAL SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE



Extrait du Registre des Délibérations de la
Commission Permanente

SEANCE DU 01 OCTOBRE 2012

n° CP-2012-0585

Sous la Présidence de : M. Christian MONTEIL, Président du Conseil Général

Présents :	Vice-Présidents : M. MUDRY, M. de MENTHON, M. BARDET, Mme CAMUSSO, M. DUVERNAY, M. BOUCHET, M. MOGENET, M. HEISON, M. BAUD-GRASSET, M. RABATEL
	Autres membres : M. PUTHOD, M. PEILLEX, M. BEL, M. AMOUDRY, M. MORAND, M. PITTET, M. ZORY, M. MARTIN, M. VIELLIARD, M. NEURY, M. GALLAND
Absent(s) Représenté(s) :	
Absent(s) excusé(s) :	M. CHAVANNE, M. EXCOFFIER, M. JEANTET, M. LOSSERAND, M. MIVEL, M. RIGAUT, M. SONNERAT

Membres en exercice :	29
Présents :	22
Adopté à la majorité	
20	Voix Pour
	Voix contre
2	Abstention(s)

OBJET : PROJET REGIONAL DE SANTE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE RHONE-ALPES 2012/2017 - AVIS DU CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-SAVOIE

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, dispose que l'Agence Régionale de Santé (ARS) a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional, des objectifs de la politique nationale de santé, dans le respect des principes de l'action sociale et médico-sociale, d'une part, et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), d'autre part, conformément aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, l'ARS Rhône-Alpes a élaboré un Projet Régional de Santé (PRS) pour la période 2012/2017 destiné à répondre aux enjeux de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, de renforcement de l'égalité d'accès à la santé, et de l'amélioration de l'efficacité du système de santé. A cet effet, le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), le représentant de l'Etat dans la région et les collectivités territoriales disposent de deux mois, à compter de la publication de l'avis de consultation sur le PRS au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région, pour transmettre leur avis à l'ARS.

A cet effet, l'ARS Rhône-Alpes a saisi le Conseil Général de la Haute-Savoie afin de rendre un avis avant le 16 octobre 2012 sur les documents suivants dont l'ensemble constitue le PRS :

- *le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)*, première étape du PRS, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région et prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le PSRS Rhône-Alpes sur lequel la Commission Permanente du Conseil Général avait rendu un avis le 12 juillet 2011 (délibération n° CP-2011-0417) a été arrêté par l'ARS le 4 août 2011 ;
- ces objectifs prioritaires sont déclinés dans *trois schémas régionaux* : le *Schéma Régional de Prévention (SRP)*, le *Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)* désormais assorti d'un volet ambulatoire, et le *Schéma Régional d'Organisation Médico Sociale (SROMS)* nouvellement institué par la loi HPST ;
- les modalités spécifiques d'application de ces schémas sont définies dans *trois programmes* : le *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS)*, le *Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)*, et le *Programme Régional relatif au développement de la Télémédecine* ;
- *cinq programmes territoriaux* précisent le contenu des objectifs et la mise en œuvre des actions pour chacun des cinq territoires de santé arrêtés par l'ARS en Rhône-Alpes : le Programme Territorial - *Territoire de santé Sud*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Ouest*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Centre*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Nord*, et le Programme Territorial - *Territoire de santé Est* dans lequel le département de la Haute-Savoie est intégré.

Dans un document intitulé « Thèmes chapeaux », l'ARS Rhône-Alpes a souhaité présenter les orientations stratégiques et les axes d'intervention communs aux trois schémas régionaux concernant les droits des usagers, les systèmes d'information en santé, et les ressources humaines. Y est joint également l'avis du CRSA.

Ces treize documents sont mis à la disposition des élus sur le portail extranet du Conseil Général qui leur est dédié, et sont consultables sous forme papier à l'Hôtel du Département.

Pour malaisée que soit l'analyse des presque 2 000 pages que constitue le PRS, l'avis du Conseil Général sur leur contenu n'en revêt pas moins une importance certaine dans la mesure où :

- le PRS doit tenir compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par le Conseil Général ;

- certaines dispositions du PRS sont opposables, qu'il s'agisse du Schéma Régional d'Organisation des Soins, ou des zones déficitaires pour la médecine libérale (zones fragiles), ou bien encore du PRIAC qui est l'outil de programmation financière du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale notamment pour la réalisation de places nouvelles dans les établissements sanitaires et médico-sociaux destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
- certaines priorités du PRS en matière de programmation peuvent obliger le Conseil Général au plan financier dans le cadre des appels à projet conjoints, en particulier dans le domaine de l'accueil, de l'accompagnement et des soins en faveur des personnes adultes handicapées.

Il importe donc de veiller à la cohérence du PRS au regard des missions sociales et médico-sociales dont le Conseil Général assume la responsabilité, des priorités arrêtées dans ses schémas départementaux, et des besoins de la population haut-savoyarde sur un territoire départemental spécifique à bien des titres.

Tel était d'ailleurs le sens des observations formulées par les élus départementaux dans l'avis rendu par la Commission Permanente du 12 juillet 2011 (délibération n° CP-2011-0417) ; partir des réalités du terrain, se donner les moyens de son action, tenir compte de la dynamique et de la spécificité de chaque territoire.

A cet égard, l'examen des documents constitutifs du PRS devant la 5^{ème} Commission Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, Logement et la 4^{ème} Commission Enfance, Famille, Grand Age, et Handicap, de même que la participation aux travaux de la CRSA et à ceux de la commission de coordination des politiques publiques de l'ARS, conduisent à formuler les réserves sur :

- le contenu et l'ordre des priorités du PRS ;
- les moyens humains nécessaires à leur mise en œuvre ;
- les moyens financiers disponibles pour leur réalisation ;
- la prise en considération des spécificités de la Haute-Savoie ;
- la coordination entre le sanitaire et le médico-social aux échelons régional et départemental.

*

- **Sur les priorités du PRS**

- Il est légitime de s'interroger d'emblée sur la possible mise en œuvre en 5 ans d'un projet qui contient 3 axes, 13 orientations, 18 priorités, et pas moins de 70 actions transversales déclinées en 270 sous-actions. Des priorités avec lesquelles chacun ne peut certes qu'être d'accord, qu'il s'agisse du développement de la prévention notamment en réponse aux risques environnementaux, de l'accès à une offre de santé adaptée et efficiente, et de la fluidité des prises en charges et accompagnements. Cependant, ces priorités, orientations et autres actions ne sont pas toutes mises sur le même plan, certaines relevant de la programmation ou de la prescription, quand d'autres sont l'expression d'un simple vœu. Si l'on ne peut que saluer l'effort pour favoriser une réponse globale à partir d'actions transversales, on ne retrouve pas dans le PRS leur traduction opérationnelle ni chiffrée.

- Se pose également la question de l'articulation entre le PRS et les nombreux plans nationaux en cours dans le domaine sanitaire et médico-social, en particulier pour les personnes âgées et handicapées (Plan psychiatrie et santé mentale, Plan solidarité grand âge, Plan Alzheimer, Plan autisme, etc.). C'est aussi le cas pour la petite enfance lorsque les orientations de l'ARS (accompagnements mis en place par les réseaux périnataux) et celles de la CPAM (dispositif PRADO) se superposent.

- Avant d'envisager de nouvelles actions, il eût été logique d'achever la mise en œuvre de ces plans et d'en dresser un bilan. De même pour le Schéma Régional d'Organisation des Soins, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS), et le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui existaient déjà. Or, dans le PRS, tel n'est pas le cas.

Ceci est particulièrement sensible en ce qui concerne le nouveau Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) institué par la loi HPST de 2009. Son contenu semble avoir été arrêté en fonction des moyens financiers prévus au PRIAC alors que le PRIAC devrait, au contraire, être la déclinaison financière des priorités du SROMS. A titre d'exemple, le PRS indique sans autre explication que la priorité sera donnée par l'ARS à l'offre sur les adultes handicapés alors que ce domaine relève plutôt de l'intervention du Département, principal prescripteur et financeur, tandis que la responsabilité première de l'Etat concerne les enfants porteurs d'un handicap. Le constat est identique pour les personnes âgées avec la confusion entre les enjeux sanitaires et médico-sociaux autour des lits de soins de suite et de rééducation (SSR) et des lits en unités de soins de longue durée (USLD).

- **Sur les moyens humains**

- La question de la mise en œuvre des nombreuses priorités et actions inscrites au PRS se pose avec d'autant plus d'acuité que la région Rhône-Alpes, en général, et le département de la Haute-Savoie, en particulier, se heurtent au manque de professionnels de santé.

C'est tout aussi vrai pour les infirmières (taux le plus bas avec 83,7 pour 100 000 dans le territoire Est contre 98,9 pour 100 000 en Rhône-Alpes), que pour les médecins généralistes (106 médecins généralistes pour 100 000 en Haute-Savoie, contre 107/100 000 en Rhône-Alpes, et 110/100 000 en métropole).

- Ça l'est plus encore pour les personnels soignants. Ainsi, dans les établissements sanitaires, la Haute-Savoie a le taux de vacance de postes sur le total des postes budgétés le plus élevé (10,9 % pour les infirmiers, 16,1 % pour les aides-soignants). C'est aussi le département dont les établissements de santé ont la part la plus importante de faisant-fonction d'aides-soignants sur le total des postes budgétés (17,86 %), et qui connaît le plus de départs vers la Suisse (77,57 % pour les infirmiers, 87,88 % pour les aides-soignants). En 2010, les départs vers la Suisse ont été la cause d'un tiers des postes vacants d'infirmiers en Haute-Savoie, et d'un poste vacant sur 10 d'aides-soignants.

Quant aux établissements médico-sociaux, la Haute-Savoie affiche le taux de vacance pour 100 lits le plus important de Rhône-Alpes (1,07 pour les infirmiers, 10,8 pour les aides-soignants) et compte le plus de faisant-fonction (10,44/100 lits pour les aides-soignants).

- C'est ainsi une part essentielle des missions médico-sociales du Conseil Général qui risque de s'en trouver pénalisée. En particulier pour ce qui concerne le soutien au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, priorité n° 1 du Département. De même pour l'autorité sanitaire contrainte de fermer des lits en EHPAD hospitaliers, comme ce fut le cas en 2011 à l'hôpital de SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS et sans réouverture depuis. Il y a donc urgence à agir.

Au-delà de l'augmentation des quotas de places en formation qui dépend non seulement de l'autorité sanitaire et de la Région, mais aussi de la capacité d'accueil en stage dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, la situation exceptionnelle de la Haute-Savoie appelle de la part de l'ARS des solutions exceptionnelles qui passent notamment par une évolution de la coopération franco-genevoise dans le domaine de la santé. Cette évolution doit concerner aussi bien les écarts de rémunération que les conditions de travail proposées aux professionnels de santé de part et d'autre de la frontière. Sans quoi il est à craindre qu'un projet comme celui de la reconstruction et de l'agrandissement de l'école d'infirmières d'ANNEMASSE vienne alimenter prioritairement les hôpitaux genevois ainsi que le futur établissement hospitalier annoncé près de LAUSANNE, plutôt que contribuer à une amélioration de la situation des établissements français.

- Quant à la démographie médicale, autre enjeu essentiel, il est préoccupant de constater que, à la lecture du SROS, les zones fragiles établies en nombre limité par l'ARS pour le territoire de la Haute-Savoie sont loin de couvrir la réalité des besoins dans un département dont la population progresse de 9 000 habitants par an. A fortiori avec l'importance des zones de montagne dont les habitants ont moins facilement accès aux soins. Sur ce point, l'Assemblée Départementale se prononcera prochainement sur la mise en œuvre d'un dispositif de soutien au développement de l'offre de soins de premier recours prenant en considération le zonage plus large établi en lien avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé Rhône-Alpes (URPS) avec laquelle une convention de coopération a été signée.

- **Sur les moyens financiers**

- La mise en œuvre effective de ce PRS dépend également des moyens financiers disponibles. A fortiori, chacun en convient, dans le contexte de forte exigence budgétaire résultant de la crise économique sans précédent qui perdure. Dans cette perspective, l'inscription au PRIAC des seuls projets autorisés et financés marque un changement significatif.

- Toutefois, comment ne pas s'inquiéter devant le net écart entre les besoins constatés et les programmes envisagés, ainsi qu'en témoignent l'accueil, les soins et l'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes ?

Le taux d'équipement du Territoire Est s'avère inférieur à la moyenne régionale (124 places pour 1 000 habitants contre 139/1 000 au niveau régional) avec d'importantes disparités entre territoires (par exemple : la filière gériatrique des Hôpitaux du Mont-Blanc est notoirement sous-équipée avec un taux de 88,9/1 000). Or le cadrage budgétaire du PRIAC présenté par l'ARS fait ressortir une création de 391 places en EHPAD pour les 8 départements de Rhône-Alpes sur la période 2012/2016, dont 200 places déjà autorisées. A titre de comparaison, pour le seul département de la Haute-Savoie, 391 lits autorisés sont en attente de réalisation et le besoin était évalué à 819 lits supplémentaires dans le schéma départemental gérontologique 2008/2012. Soit une projection régionale bien éloignée de nos prévisions départementales dont l'ARS doit, selon la loi, tenir compte dans le PRS.

- Il convient également de souligner le risque de transfert de charges entre l'autorité sanitaire et le Département, à l'exemple des réponses à apporter aux personnes handicapées.

En maintes occasions, le Conseil Général a fait montre de volontarisme en apportant son concours financier et technique à la réalisation d'établissements, équipements et autres services dans le champ sanitaire. Et tout récemment encore en cofinçant avec l'ARS une structure expérimentale à LA ROCHE-SUR-FORON pour l'accueil et la prise en charge d'enfants souffrant de difficultés multiples et objets d'une mesure de protection. De même pour l'expérimentation de consultations spécialisées (gynécologie, bucco-dentaire) au Centre Hospitalier de la Région d'ANNECY (CHRA) pour les personnes en situation de handicap dans le cadre du nouveau dispositif « Handiconsult » qui aura vocation à s'étendre au reste du territoire dans le cadre d'unités mobiles.

Dans le cadre du PRS, il importe que l'autorité sanitaire prenne pleinement ses responsabilités dans les domaines d'action qui lui incombent en propre. Cela vaut pour l'enfance handicapée et l'ouverture de places en Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSAD) pour lesquels les besoins sont avérés (128 enfants en liste d'attente en Haute-Savoie en 2011 alors que le PRS prévoit + 138 places à l'échelle du Territoire Est à l'horizon 2016).

En Haute-Savoie, il est également indispensable que le soutien aux Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) soit effectif et constitue une priorité pour l'ARS. Or, dans le PRIAC, seulement 9 places pour le Territoire Est sont annoncées en cours d'installation et aucun projet nouveau ne figure. Ceci alors que le taux d'équipement (0,89 ‰) est le plus bas de la région (moyenne à 1,40 ‰). Comme le démontre le rapport d'activités de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la situation en Haute-Savoie est préoccupante, avec une capacité totale de 84 places pour 10 admissions faites en 2010 et 22 enfants en attente, des orientations n'étant pas prononcées faute de places disponibles.

L'argument vaut tout autant à propos des Instituts Médico Educatifs (IME) pour lesquels le PRS ne prévoit, en tout et pour tout, que 3 places à réaliser pour tout Rhône-Alpes dans les cinq ans à venir. En Haute-Savoie, cette question est d'autant plus cruciale que, malgré les demandes réitérées du Département, l'offre d'hospitalisation publique en pédopsychiatrie est absente et que certains établissements médico-sociaux voire sociaux (Aide Sociale à l'Enfance), sont souvent contraints d'accueillir par défaut des enfants qui nécessitent une prise en charge sanitaire adaptée.

Enfin, une réponse doit être apportée au déficit de places en Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) dans le Territoire Est. Celui-ci présente le ratio le plus bas (0,39 ‰ contre 0,62 ‰ en Région), avec une projection pour 2016 à 0,42 ‰ en fourchette basse (0,63 ‰ Région) et 0,44 ‰ en fourchette haute (0,64 ‰ Région). Même si les moyens annoncés (+ 65 places) devaient être entièrement mobilisés sur le Territoire Est, ceux-ci ne changeraient pas ou peu la donne actuelle. Le Territoire de santé Est, dont la Haute-Savoie fait partie, serait toujours déficitaire.

- **Sur les spécificités de la Haute-Savoie**

- Si le Territoire de santé Est est classé prioritaire dans le PRS, celui-ci ne permet pas de savoir ce qu'il pourrait advenir concrètement de la Haute-Savoie dans l'ensemble des axes, orientations et actions présentées. A raisonner à l'échelon régional à partir de territoires de santé englobant tout ou partie du territoire de plusieurs départements, le PRS manque de lisibilité, d'autant que les programmations ne sont pas individualisées département par département.

- Pour bâtir son PRS, l'ARS s'est fondée sur des indicateurs de taux d'équipement rapportés à une moyenne régionale et à une moyenne nationale qui ne prennent pas en compte de manière dynamique l'évolution des besoins sur le terrain. Ainsi le PRS ne mesure-t-il pas les spécificités des besoins de la Haute-Savoie :

- . avec le taux d'espérance de vie à la naissance le plus élevé de Rhône-Alpes (79 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes), ainsi que l'indice de vieillissement et le taux de mortalité les plus faibles de Rhône-Alpes ;

- . avec 9 000 habitants supplémentaires par an depuis le début des années 2000, soit une population haut-savoyarde (747 965 habitants) qui approchera le million d'ici à 25 ans ;

- . avec un niveau élevé et constant des naissances (plus de 9 500 naissances en moyenne ces 3 dernières années), soit au total 56 675 enfants de moins de 6 ans en Haute-Savoie, nécessitant une offre de soins et des modes de garde adaptés ;

- . avec le vieillissement de la population (+ 38,92 % d'habitants âgés de 75 ans et plus d'ici à 2020, soit deux fois plus vite que la moyenne régionale) justifiant de diversifier l'offre de soins et d'accompagnement médico-social ;

- . avec un flux migratoire qui explique l'arrivée en nombre d'une population jeune (essentiellement 25-40 ans avec enfants), soit autant de besoins en matière de prévention et de soins ;

. avec l'afflux régulier d'une population vacancière et saisonnière en Haute-Savoie qui est l'une des plus importantes destinations touristiques (une population de près d'1 million d'habitants en période de pointe, multipliée par 10 dans certaines communes) et la nécessité de soins de proximité de qualité dans les territoires de montagne ;

. avec l'urbanisation croissante du territoire (la population en secteur résidentiel a doublé en 30 ans, dont + 47 % dans les communes résidentielles et rurales) liée à l'afflux de population qui se heurte au manque et au surcoût du foncier et accroît le besoin de services publics.

- Cette dynamique démographique explique pourquoi, malgré l'effort considérable du Conseil Général depuis dix ans avec l'aide de l'Etat, la Haute-Savoie a un retard en équipements médico-sociaux (personnes âgées, personnes handicapées). Si le PRS reconnaît que le Territoire Est doit être prioritaire dans les cinq ans à venir, ses annexes territoriales et les annexes des schémas régionaux n'indiquent pas comment la Haute-Savoie pourra être soutenue dans ce but.

- Or des besoins importants existent et concernent :

. le renforcement et la diversification de l'offre de soins hospitaliers avec la nécessité de développer des plateaux techniques et des soins de pointe qui évitent aux Haut-Savoyards d'être obligés d'aller se faire soigner à GRENOBLE ou à LYON, et de renforcer la mutualisation avec le CHU de GENEVE dont l'accès pour les Haut-Savoyards est pour l'instant limité ;

. le maintien d'une offre de soins de premier recours de qualité s'adossant à des filières de soins et d'accompagnement médico-social de proximité pour permettre aux Haut-Savoyards de se soigner près de chez eux et aux plus dépendants de continuer à vivre à leur domicile ;

. la création de places d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes correspondant aux besoins à couvrir par rapport aux estimations du futur schéma gérontologique 2013/2017 en cours d'élaboration. De même, le conventionnement avec l'ARS permettant le maintien de tarifs accessibles pour des personnes aux ressources souvent modestes, et la diversification des solutions de soutien au domicile qui passe par un accompagnement accru des aidants et le fléchage de places en Service de Soins Infirmiers au Domicile (SSIAD) ;

. la prise en charge des différents handicaps pour permettre aux personnes handicapées de choisir leur projet de vie, le développement de réponses innovantes aux personnes handicapées vieillissantes, et surtout le renforcement des moyens de la psychiatrie adulte préalable nécessaire à une bonne articulation des soins et de l'accompagnement médico-social pour les personnes en situation de handicap psychique ;

. le développement d'une offre de soins qui fait actuellement défaut en Haute-Savoie pour l'hospitalisation complète en secteur public pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et pour la prise en charge en réanimation néonatale, de même que le renforcement de l'accompagnement pré et post-natal et des réseaux de prise en charge multifonctionnels, ainsi que la prise en charge ambulatoire pour les accompagnements psychologiques mères-enfants. Sans oublier un accompagnement éducatif adapté (ITEP, IME).

- **Sur la coordination du sanitaire et du médico-social**

- L'ARS est dans son rôle en déclinant, à l'échelon régional, les objectifs de la politique nationale de santé. Ce PRS qui traduit une démarche descendante depuis LYON vers le terrain en est la concrétisation. Cependant, l'autorité sanitaire ne peut méconnaître le rôle ni la place du Département tels que la loi les a déterminés au travers des missions médico-sociales et sociales qu'elle lui a confiées. Pas davantage que l'ARS ne peut ignorer l'impact de certaines de ses décisions sur les propres actions du Département.

Ainsi, en privilégiant à l'avenir les ouvertures de places en FAM, la révision du ratio MAS (Maison d'Accueil Spécialisé avec financement Etat) / FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé avec cofinancement Etat/Conseil Général) ne sera-t-elle pas neutre pour les finances départementales. A fortiori lorsqu'il s'agit, par exemple, de développer les places en FAM pour adultes handicapés psychiques dans le but d'y accueillir les personnes hospitalisées par défaut en hôpital psychiatrique, du fait du manque de services ambulatoires. Au plan financier, la tarification à l'acte dans les hôpitaux (T2A) ne doit pas fournir le prétexte à orienter la demande vers le médico-social financé par le Conseil Général.

Il en va de même pour le développement du travail à temps partiel dans les Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) pour les personnes handicapées vieillissantes, question dont l'ARS entend faire l'une de ses priorités dans son PRS. Le Conseil Général de la Haute-Savoie y souscrit d'autant plus volontiers qu'il s'est emparé de ce problème, voici plus de 10 ans, en créant des Service d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Vieillissants (SATTHAV). Alors que le manque de places en ESAT est avéré et que plusieurs fiches actions du PRS ont pour objectif de pallier cette difficulté, le manque de places en ESAT ne peut être résolu par un simple partage du temps de travail, à charge pour le Conseil Général d'occuper le temps non travaillé.

Qu'il s'agisse des places en ESAT ou en FAM envisagées dans le PRS, l'ARS ne peut et ne doit pas ignorer que leur ouverture s'accompagne de la création en nombre équivalent de places en foyer d'hébergement à la charge financière du Département. Devant les contraintes budgétaires qui appellent à une programmation pluriannuelle vigilante des investissements, il importe que l'ARS en tienne compte dans le lancement des appels à projets qui ne peuvent qu'être conjoints avec le Conseil Général.

- La seconde observation sera pour s'étonner de certaines orientations ou actions proposées dans le PRS sans tenir compte suffisamment des réalités du terrain ni des contraintes propres à l'action médico-sociale et sociale dans le département. Ainsi en est-il du PRAPS qui vise en priorité les habitants des quartiers prioritaires dans le cadre de la politique de la ville, les personnes sans domicile fixe, les migrants en difficulté. Une telle approche méconnaît de nombreuses autres personnes fragiles, à l'exemple des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active pour lesquels la loi a prévu un volet santé. Par ailleurs, d'autres populations méritent notre attention : les saisonniers, les migrants âgés, les personnes vivant en logement insalubre, les personnes âgées isolées, etc.

- Enfin, la révision générale des politiques publiques a eu pour conséquence de laisser les services sociaux et médico-sociaux du Département en première ligne, d'autant que les délégations territoriales de l'ARS n'ont reçu ni délégation de pouvoir, ni moyens humains suffisants. Dans ce contexte, à l'exemple de l'aide aux aidants, on ne peut qu'être surpris de certaines orientations du PRS qui relèvent du médico-social et pour lesquels l'ARS voudrait agir sans disposer de relais sur le terrain. Tout comme les actions pour lesquelles l'ARS envisage de prendre appui sur la MDPH et la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) quand l'essentiel de leurs moyens relèvent du Conseil Général.

*

La 4^{ème} Commission Enfance, Famille, Grand Age, et Handicap et la 5^{ème} Commission Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, Logement, consultées les 19 septembre et 26 septembre 2012, ont approuvé l'avis proposé dans le présent rapport.

Elles ont souligné la nécessité pour l'autorité sanitaire de prendre, dès à présent, en considération la situation spécifique de la Haute-Savoie, avec d'autant plus d'acuité que la remise en cause du droit d'option et l'obligation pour les travailleurs frontaliers de cotiser à l'assurance-maladie posera, quoi qu'il arrive, et au plus tard le 31 mai 2014, le problème de l'accès aux soins pour plus de 80 000 frontaliers résidant en Haute-Savoie, et, par conséquent, la question de la capacité des filières de soins à faire face aux besoins accrus dans notre département.

La Commission Permanente ayant reçu délégation générale de l'Assemblée Départementale, il est proposé d'émettre un avis sur le Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes pour 2012/2017.

Après en avoir délibéré et enregistré les abstentions de MM. BEL et ZORY,

LA COMMISSION PERMANENTE,

à la majorité de 20 voix pour

PREND ACTE des réserves formulées.

APPROUVE l'avis proposé dans le présent rapport.

**Délibération télétransmise en Préfecture
le 03 octobre 2012.**

Publiée et certifiée exécutoire

le 04 octobre 2012

Pour le Président du Conseil Général,
Le Responsable du Service de l'Assemblée,
Jean-Pierre MORET

Le Responsable du Service de l'Assemblée,
Jean-Pierre MORET



Ainsi fait et délibéré,
Pour extrait conforme,

**Le Président du Conseil Général,
Christian MONTEIL**



QUESTIONNAIRE « AIDE AUX AIDANTS »



Questionnaire destiné aux aidants familiaux non professionnels d'une personne âgée

Ce questionnaire est destiné aux aidants familiaux non professionnels, intervenant régulièrement auprès d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA à domicile.

Dans le cas où nous aurions mal orienté le courrier, nous vous remercions de transmettre ce questionnaire à l'aidant principal non professionnel qui intervient le plus fréquemment auprès de votre proche âgé.

Le questionnaire ne peut être rempli que pour une seule personne aidée. Si vous aidez plusieurs personnes, vous pouvez contacter le pôle gériatrique de votre secteur pour obtenir un deuxième questionnaire.

Les données recueillies sont anonymes.

Qui êtes-vous ?	
1. Vous êtes :	8. Quel moyen de locomotion utilisez-vous pour vous rendre au domicile de votre proche ?
<input type="radio"/> Une femme <input type="radio"/> Un homme	<input type="radio"/> Marche à pied
2. Quelle est votre situation familiale ?	<input type="radio"/> Véhicule personnel
<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> En couple	<input type="radio"/> Transport en commun
3. Quel est votre âge ?	<input type="radio"/> Autre
<input type="text"/>	9. A quel rythme intervenez-vous au domicile du proche que vous aidez ?
4. Sur quelle commune habitez-vous ?	<input type="radio"/> Plusieurs fois par jour
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Une fois par jour
5. Quelle est votre situation ?	<input type="radio"/> Une à plusieurs fois par semaine
<input type="radio"/> En activité professionnelle	<input type="radio"/> Une à plusieurs fois par mois
<input type="radio"/> Au chômage	10. Depuis combien de temps aidez-vous votre proche à ce rythme ?
<input type="radio"/> Retraité	<input type="radio"/> Moins d'un an <input type="radio"/> De 1 à 5 ans <input type="radio"/> Plus de 5 ans
<input type="radio"/> Autres	11. Quelle aide apportez-vous à votre proche âgé à ce rythme ?
6. Quelle lien avez-vous avec le proche que vous aidez ?	<input type="checkbox"/> Activité domestique (linge, ménage, courses, entretiens extérieurs)
<input type="radio"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Soins, hygiène, aide à l'alimentation
<input type="radio"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Organisation des services (aide à domicile, infirmière, portage de repas...)
<input type="radio"/> Autre lien familial	<input type="checkbox"/> Démarches administratives
<input type="radio"/> Voisin, ami	<input type="checkbox"/> Accompagnement aux rendez-vous, sortie...
7. Habitez-vous sous le même toit que le proche que vous aidez ?	12. En tant qu'aidant, comment jugez-vous l'intervention que vous apportez à votre proche ?
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Facile <input type="radio"/> Difficile <input type="radio"/> Ne sais pas
7.1. Si Non, à combien de kilomètres résidez-vous (aller simple) ?	13. En tant qu'aidant, comment qualifieriez-vous l'aide que vous apportez à votre proche ?
<input type="radio"/> Moins de 10 km	<input type="radio"/> Complémentaire
<input type="radio"/> Entre 10 et 30 km	<input type="radio"/> Utile mais pas suffisante
<input type="radio"/> Plus de 30 km	<input type="radio"/> Indispensable

Qui aidez-vous ?

14. La personne que vous aidez est :

- Une femme Un homme

15. Quel est l'âge de la personne que vous aidez ?

16. Quelle est la commune de résidence de la personne que vous aidez ?

17. Quel est son niveau de dépendance ?

- Peu dépendant Dépendant Très dépendant

18. Connaissez-vous le GIR correspondant ? (C'est-à-dire le niveau de dépendance de la grille APA)

- Oui Non

18.1. Si Oui, cochez le GIR correspondant :

- GIR 1 GIR 2 GIR 3 GIR 4

19. La personne que vous aidez, bénéficie-t-elle d'interventions de professionnels à domicile ?

- Oui Non

19.1. Si Oui, cochez les interventions correspondantes

- Médecin traitant
 Kinésithérapeute
 Infirmier libéral
 Orthophoniste
 Aide à domicile
 Service de soins infirmiers à domicile
 Portage de repas.

19.2. Si votre proche ne bénéficie pas d'une (ou plusieurs) intervention(s) ci-dessus, est-ce parce qu'il est en attente d'une prise en charge ? Précisez pour quel(s) intervenant(s).

20. Pensez-vous que les différentes interventions des professionnels s'articulent bien ?

- Oui Non

21. Communiquez-vous avec les professionnels qui interviennent auprès de votre proche ?

- Oui Non

21.1. Si Oui, quels sont vos moyens de communication avec les professionnels ?

- Cahier de liaison Contacts téléphoniques
 Rencontres Autre

Si 'Autre', précisez :

22. Globalement, la communication vous paraît-elle satisfaisante ?

- Oui Non

23. Est-ce que vous jugez l'organisation du maintien à domicile de votre proche satisfaisante ?

- Oui Non

24. Selon vous, les professionnels sont-ils conscients de votre rôle d'aidant ?

- Oui Non

Connaissez-vous les autres services et aides possibles ?

25. Connaissez-vous les dispositifs suivants ?

	Oui	Non
Le Pôle Gériatrique du Conseil Général de votre territoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les bilans de santé proposés aux aidants familiaux par les organismes de protection sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les instants Alzheimer (Accueil de jour) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dispositif de téléalarme du Conseil Général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le site Internet Age+74	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La fiche contact (pochette verte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Avez-vous besoin de plus d'information sur ?

	Oui	Non
Les aides techniques possibles (aménagement du logement, aides matérielles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aides financières possibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Votre proche a-t-il envisagé un entrée en établissement ?

- Oui Non

27.1. Si Oui, avez-vous effectué des demandes d'entrée en établissement ?

- Oui Non

28. Connaissez-vous l'hébergement temporaire ?

- Oui Non

28.1. Si Oui, votre proche a-t-il déjà effectué un séjour temporaire au sein d'un établissement ?

- Oui Non

29. Connaissez-vous l'accueil de jour ?

- Oui Non

29.1. Si Oui, votre proche a-t-il déjà passé quelques jours en accueil de jour ?

- Oui Non

Quels sont vos besoins ?

30. Ressentez-vous le besoin d'être relayé (aide au répit) ?

- Oui Non

30.1. Si Oui, est-ce :

- Du fait de votre état de santé (fatigue ou autres)
 Du fait de votre activité professionnelle
 Du fait de vos absences (vacances, loisirs, hospitalisation...)
 Autres

Si 'Autres', précisez :

30.2. Si Oui, avez-vous besoin d'être relayé ?

- A la journée
 Certains soirs
 Des nuits
 Certains week-end
 Une semaine
 Plusieurs semaines

31. En tant qu'aidant, ressentez-vous le besoin d'être mieux informé ?

- Oui Non

31.1. Si Oui, classer de 1 (plus important) à 3 (moins important) les thèmes qui vous intéresseraient ?

- La prévention des chutes/gestes et postures
 L'aménagement du logement et matériel technique
 L'alimentation des personnes âgées
 Les technologies aidantes (Ex : Bracelet GPS)
 Les troubles de la mémoire, comment consulter ?
 La maladie d'Alzheimer
 Les troubles du comportement de la personne âgée et incidence sur l'entourage
 Comment détecter et éviter l'épuisement de l'aidant ?
 Les différents types d'accueils et d'hébergement : Accueil de jour, hébergement temporaire, EHPAD, Foyer Logement
 Les différents services et aides possibles
 Relations avec les aidants professionnels
 Les mesures de protection juridique (tutelle, curatelle...)
 La préparation à la cessation d'activité
 Comment penser à la fin de vie et en parler

32. Ressentez-vous le besoin d'être plus aidé financièrement ?

- Oui Non

33. Ressentez-vous le besoin d'être aidé par la mise en place de plus d'aides techniques ?

- Oui Non

34. Ressentez-vous le besoin d'un soutien moral ?

- Oui Non

34.1. Si Oui; souhaiteriez-vous ?

- Un accompagnement individuel (médecin, psychologue...)
 Un accompagnement collectif (participation à des groupes de paroles, des rencontres thématiques...)

35. Avez-vous déjà participé à une action d'aide aux aidants familiaux (tels que conférences, groupes de paroles, rencontres thématiques) ?

- Oui Non

35.1. Si Non, quelles sont les raisons de votre non participation ?

- Vous n'avez pas connaissance d'une telle action sur votre secteur
 Vous rencontrez des problèmes de déplacement
 Vous rencontrez des problèmes de remplacement auprès de votre proche
 Les horaires ne conviennent pas
 Vous ne ressentez pas le besoin de participer à ce type d'action
 Ce qui est proposé ne répond à vos attentes
 Autre

Si 'Autre', précisez :

35.2. Si Oui, est-ce que cela a répondu à vos attentes ?

- Oui Non

Commentaires :

Merci pour votre participation et de retourner ce document
avant le 28/03/2012
au moyen de l'enveloppe T jointe à l'adresse suivante :

Conseil Général de la Haute-Savoie
Pôles Gériatriques Annecy Est et Ouest
Secrétariat de coordination
39, Avenue de la Plaine
74000 ANNECY

ANALYSE DU QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES AIDANTS



Conseil Général de Haute-Savoie

Etude et concertation préalables à la rédaction du schéma
géronologique départemental



Analyse du questionnaire à destination des aidants

**Réflexion sur leurs besoins et les dispositifs
à mettre en place pour y répondre**





Sommaire



- Caractérisation des aidants répondants
- Caractérisation des aidés
- Connaissance des services et aides disponibles
- Besoins des aidants répondants

Caractérisation des aidants répondeurs (1/2)

- Les aidants répondeurs sont en grande majorité des femmes (à 68%).
- Ils ont en moyenne 60 ans :
 - Plus de 80% d'entre eux ont 50 ans ou plus.
 - La tranche d'âge la plus représentée est celle des 60-69 ans (31%), suivie des 50 à 59 ans (29%) puis des 70 ans ou plus (21%).
- 75% d'entre eux sont en couple.
- La part des aidants retraités (46%) et celle des aidants exerçant une activité professionnelle (41%) sont similaires.
- Plus de la moitié des aidants répondeurs sont les enfants (à 57%). 21% d'entre eux ont un autre lien familial avec l'aidé et 18% des aidants sont les conjoints.
- 58% n'habitent pas sous le même toit. 70% habitent à moins de 10km et 78% utilisent leur véhicule pour se rendre chez la personne aidée.

La moyenne d'âge des aidants est de 60 ans ; il s'agit donc d'une population elle-même vieillissante. Par ailleurs, plus de la moitié des aidants sont les enfants ; ils n'habitent donc pas sous le même toit que la personne aidée, ce qui soulève la problématique des transports.

Caractérisation des aidants répondeurs (2/2)

- **40% des aidants interviennent plusieurs fois par jour**, 34% une à plusieurs fois par semaine. 48% interviennent depuis 1 à 5 ans, 44% depuis plus de 5 ans.
- L'aide apportée concerne en premier lieu les **démarches administratives** (89%), **l'accompagnement aux RDV et sorties** (82%), **les activités domestiques** (79%), puis dans une moindre mesure l'organisation des services (61%), et les soins, l'hygiène et l'aide à l'alimentation (49%).
- **53% des aidants jugent leur intervention difficile**. **72%** qualifient l'aide qu'ils apportent d'**indispensable**, 22% l'estiment plutôt complémentaire.

Une grande partie des aidants interrogés le sont depuis plus de 5 ans, ce qui fait d'eux une population particulièrement sujette au risque d'épuisement. De plus, la propension à ressentir la nécessité d'être relayé s'accroît avec l'antériorité de l'aide apportée, d'où l'importance de cibler en priorité les aidants de longue date.

Par ailleurs, les conjoints aidants sont ceux qui apportent le soutien le plus fréquent (plusieurs fois par jour), ce qui accroît leur risque d'essoufflement. Ils ressentent d'ailleurs davantage que les enfants la nécessité d'être relayé.

Il faut également noter que la moitié des aidants répondeurs déclarent apporter une aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (soin, alimentation), ce que l'APA devrait en théorie couvrir par le biais de l'aide à domicile. Cela interroge également les capacités des proches à effectuer ces actes, la toilette pouvant être assimilée à un acte technique pour lequel il convient d'être formé.

Caractérisation des aidés (1/2)

- Les personnes aidées sont **en majorité des femmes** (à 70%). Ces personnes sont âgées de 84 à 90 ans (39%), de 77 à 83 ans (25%), 91 ans et plus (20%).
- Les aidants qualifient à 49% les proches qu'ils accompagnent de « dépendant », 29% de « très dépendant » et à 17% de « peu dépendant ». **73% des aidants dépendants connaissent le GIR de leur proche :**
 - 36% des proches aidés sont en GIR 4, 30% en GIR 3, 24% en GIR 3 et 5% en GIR 1.
- **91%** des personnes aidées bénéficient d'**interventions de professionnels à domicile** : 93% d'aide à domicile, 57% de visites du médecin traitant, 47% d'un infirmier libéral.

*Les aidants interrogés évaluent globalement correctement le niveau de dépendance de leur proche : on note une correspondance entre le niveau estimé et le GIR.
Notons toutefois que parmi les aidants des personnes âgées de GIR 1, ils sont encore 13% à considérer leur proche comme étant « peu dépendant ».*

Caractérisation des aidés (2/2)

- **88% des aidants** estiment que les différents services intervenant après de la personne aidée s'articulent bien.
- **89% des aidants communiquent avec ces professionnels.** Ils le font le plus souvent de visu (à 60%) mais également par contacts téléphoniques (52%), et par le biais du cahier de liaison mis à disposition au domicile de l'aidé (44%). 83% des aidants jugent la communication avec les professionnels satisfaisante.
- **85%** des aidants jugent l'organisation du maintien à domicile satisfaisante.
- **80% des aidants** pensent que les professionnels sont conscients de leur rôle d'aidant, 12% pensent le contraire.

Une grande majorité des aidants répondants juge très favorablement l'organisation générale du maintien à domicile de leur proche, l'articulation des différents services entre eux et la communication avec les professionnels. Toutefois, les résultats sont légèrement inférieurs concernant l'identification par les services du domicile du rôle tenu par l'aidant. Il semblerait donc pertinent de réaffirmer l'importance d'identifier clairement les rôles tenus par l'entourage de la personne âgée, et d'adapter la communication en conséquence, afin que l'aidant se sente reconnu et valorisé dans ses « fonctions ».

Connaissance des services et aides disponibles (1/2)

La **connaissance des aides possibles** par les aidants est très **hétérogène** selon le service considéré :

- Les pôles gérontologiques du Conseil général sont relativement bien connus (à 67%) ;
- Ils sont 79% à ne pas connaître les bilans de santé proposés aux aidants familiaux par les organismes de protection sociale ;
- 67% ne connaissent pas les instants Alzheimer (Accueil de jour),
- En revanche, 76% des aidants connaissent le dispositif de téléalarme du Conseil Général ;
- 81% d'entre eux ne connaissent pas le site Internet Age+74 ;
- 75% des aidants répondants ne connaissent pas la fiche contact (pochette verte).

Au vu de ces résultats, il semble que la communication doive être renforcée, en priorité concernant les bilans de santé proposés par les caisses de retraite, les instants Alzheimer, le site internet Age+74 et la fiche contact. En revanche, les pôles gérontologiques et la téléalarme semblent relativement bien identifiés par les aidants.

Connaissance des services et aides disponibles (2/2)

- **La moitié (52%) des aidants** estime avoir besoin de **plus d'information sur les aides techniques possibles** (aménagement du logement, aides matérielles). 45% des aidants réclament également davantage d'information concernant **les aides financières possibles**.
- Seules **20% des personnes aidées ont envisagé une entrée en établissement**. En revanche, lorsque cela a été envisagé, 80% d'entre elles ont effectué des demandes d'entrée.
- Concernant les possibilités d'accueil séquentiel, **l'hébergement temporaire semble davantage connu** (à 49%) **que l'accueil de jour** (36% seulement).
- Lorsque ces solutions sont connues, une majorité ne les a pas utilisées. Seules 28% des personnes aidées ont alors déjà effectué un séjour en hébergement temporaire, et 20% en accueil de jour.

Il semblerait qu'il faille davantage communiquer auprès des aidants sur les aides disponibles, en particulier sur les aides de nature technique. D'autre part, une majorité des aidants répondants n'a pas connaissance des solutions d'accueil séquentiel qui lui sont offertes, en particulier l'accueil de jour. Il s'agit donc de mieux communiquer sur ces possibilités d'aide au répit. D'autre part, même lorsqu'elles sont connues, elles ne sont que peu utilisées. Il conviendrait donc d'agir en parallèle sur les freins à l'utilisation des ces services. Ces freins sont souvent de nature financière (les plans d'aide APA ne couvrant pas l'intégralité du coût de fréquentation), logistique (difficultés de transport) et/ou psychologique (sentiment de culpabilité à laisser le proche dans ces structures).

Besoins des aidants répondeurs (1/2)

- La proportion d'aidants ressentant le besoin d'être relayé (47%) égale celle qui n'en ressent pas le besoin (46%).
 - Lorsque le besoin d'aide au répit est ressenti, il l'est d'abord du fait des absences (vacances, loisirs, hospitalisation...) à 50%, puis de l'état de santé à 46%, et enfin du fait de l'activité professionnelle à 35%.
 - Cette demande de relai concerne avant tout les journées (37%) et certains week-ends (31%).
- 48% des aidants ressentent le **besoin d'être mieux informés**. Lorsque tel est le cas, les 5 thèmes d'intérêt les plus cités sont :
 - Les différents services et aides possibles
 - Les différents types d'accueils et d'hébergement : Accueil de jour, hébergement temporaire, EHPAD, Foyer Logement
 - Les troubles du comportement de la personne âgée et incidence sur l'entourage
 - La prévention des chutes/gestes et postures
 - Comment détecter et éviter l'épuisement de l'aidant ?

Le besoin de répit n'est pas un sentiment partagé par tous les aidants. Notons toutefois que ce besoin est souvent sous-représenté du fait du sentiment de culpabilité de l'aidant à demander un soutien. Par ailleurs, ce besoin peut naturellement varier en fonction de l'intensité de l'aide prodiguée, de l'âge de l'aidant, de la relation avec l'aidé... D'autre part, il semble opportun d'axer les prochaines réunions destinées aux aidants sur les 5 thèmes ressortant du questionnaire.

Besoins des aidants répondeurs (2/2)

- **Un tiers des aidants (34%) ressent le besoin d'être davantage aidé sur le plan financier, près d'un quart (23%) d'être aidé par la mise en place de plus d'aides techniques, et un cinquième (21%) ressent le besoin d'un soutien moral.**
 - Les modalités préférées de ce soutien moral sont variées : 48% des aidants ressentant ce besoin souhaiteraient un accompagnement individuel (médecin, psychologue...) et 39% un accompagnement collectif (groupes de paroles, rencontres thématiques...).
- **85% des aidants n'ont jamais participé à une action d'aide aux aidants familiaux** (tels que les conférences, groupes de paroles, rencontres thématiques).
- Les raisons de cette non-participation sont nombreuses. Tout d'abord, **37% d'entre eux n'ont pas connaissance d'une telle action** sur leur secteur, et une proportion identique ne ressent pas le besoin de participer à ce type d'action. D'autres raisons sont avancées : l'aidant rencontre des problèmes de remplacement auprès de son proche (11%), ou les horaires ne conviennent pas (10%). En revanche, **ces actions ont répondu aux attentes d'une grande majorité (65%) des aidants** y ayant déjà participé.

Le besoin d'être davantage soutenu financièrement doit être relativisé au vu de la forte proportion d'aidants qui estime avoir besoin de plus d'information concernant les aides financières possibles. En effet, il est probable que toutes les aides disponibles ne soient pas connues, et donc sous-utilisées.

Par ailleurs, une forte proportion d'aidants n'a jamais participé aux actions qui leur sont destinées, avant tout parce qu'ils n'en avaient pas connaissance. Il s'agit donc de communiquer davantage sur ces actions. D'autre part, au vu de la diversité des besoins des aidants, il convient de proposer une multiplicité de réponses. Sur le plan du soutien moral, par exemple, l'accompagnement proposé pourra être collectif ou individuel.

DEMARCHE D'ELABORATION DU SCHEMA

1

INSTANCES DE SUIVI & DE PILOTAGE DES TRAVAUX

Le suivi de l'élaboration du schéma a été assuré par deux instances : le comité de pilotage et le comité de suivi technique.

Le comité de pilotage, composé des élus départementaux de la Commission Enfance – Famille – Grand Age - Handicap, est à la fois un espace de débats et de définition des orientations stratégiques, et un lieu d'arbitrage des propositions d'évolution.

Ce comité s'est réuni à plusieurs reprises et notamment :

- ✓ après la concertation avec l'ensemble des acteurs départementaux pour valider le plan d'actions ainsi que l'architecture du schéma (novembre 2012) ;
- ✓ avant le vote par l'Assemblée Départementale pour formaliser le projet de schéma.

Le comité technique de suivi, espace de propositions, de discussions et de coordination pour garantir la gestion du projet et la cohérence d'ensemble des travaux, rassemble quant à lui les principaux partenaires représentant le Comité Départemental de Coordination Gérontologique.

Ce comité s'est réuni à trois reprises au cours de la démarche : à son lancement (juillet 2012), après la concertation pour arbitrer entre les actions proposées (octobre 2012), et enfin pour valider le plan d'actions définitif (janvier 2013).

2

ORGANISATION D'UNE SEMAINE DE CONCERTATION

Afin d'impulser une dynamique participative, une « Semaine gérontologique » a également été organisée, dans le but de dégager collectivement des propositions au regard des problématiques identifiées lors de la phase d'état des lieux.

Six groupes, réunissant au total plus de 160 personnes, ont été organisés sur trois jours en septembre 2012 autour des thématiques suivantes :

- ✓ Bien vieillir en Haute-Savoie
- ✓ Le parcours résidentiel des aînés
- ✓ L'accompagnement des aidants
- ✓ Le vieillissement des personnes handicapées
- ✓ L'organisation et la structuration autour de la personne âgée
- ✓ Les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel

Les différents groupes ont ainsi produit des propositions d'actions qui ont servi de base à l'élaboration des orientations du présent Schéma.

A la fin de cette semaine de groupes de travail, une séance de restitution des productions des 6 groupes a été organisée. Ouverte à tous les acteurs du champ médico-social (participants ou non aux groupes de travail), cette plénière a été l'occasion de partager les propositions d'actions.

Ces temps d'échanges forts ont permis de dynamiser les relations et de favoriser le dialogue entre les partenaires et avec le Conseil général.

3

METHODOLOGIE & TRAVAUX REALISES

Le travail d'élaboration du schéma s'est appuyé sur un **état des lieux et un bilan du précédent schéma ainsi que sur les enquêtes et études complémentaires. Les principaux travaux sont les suivants :**

- ✓ **Un questionnaire à destination des aidants familiaux** des bénéficiaires de l'APA à domicile en Haute-Savoie. 1500 questionnaires ont été envoyés : un tri aléatoire a été effectué par les pôles gérontologiques sur les fichiers des bénéficiaires de l'APA à domicile à hauteur de 25%.
- ✓ Plus de la moitié des aidants familiaux interrogés ont répondu, soit 791 réponses (un taux de retour à hauteur de 52,73%).
- ✓ **Un questionnaire de recueil des contributions des prestataires et représentants des personnes âgées** (gestionnaires d'établissements et services, équipes médico-sociales, CODERPA...), disponible sur le site du Conseil général Age+74.
- ✓ **Un travail de comparaison** avec les départements de la région Rhône-Alpes et la France métropolitaine.
- ✓ **Une étude démographique** : des projections démographiques à horizons 2015, 2015 et 2035, des projections de personnes âgées dépendantes et un profil migratoire rétrospectif des personnes âgées de 60 ans et plus.
- ✓ **Un bilan de chaque action du schéma gérontologique 2008-2012.**

LEXIQUE

AJ	Accueil de jour
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRA	Centre Hospitalier de la Région d'Annecy
CIAS	Centre Intercommunal de l'Action Sociale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMT	Evaluation en Milieu du Travail
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETH	Equipes Territorialisées du Handicap
FL	Foyer-Logement
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEIQ	Groupement des Employeurs pour l'Insertion et la Qualification
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires (Loi du 21 juillet 2009)
HT	Hébergement Temporaire
MAIA	Maison de l'Autonomie et de l'Intégration des malades d'Alzheimer
MARPA	Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PRS	Projet Régional de Santé
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnements des handicaps et de la perte d'autonomie
RH	Ressources Humaines
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SPTS	Service de Préparation de Transition et de Suivi
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSR	Service de Soins et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des Acquis et de l'Expérience