

5^{ème} *schéma gérontologique*



VOICI MES GRANDS - PARENTS!!!

2009-2013

Armand

Gehmit

6^e

ans

Mes grands-parents

J'ai le bonheur d'habiter près de la maison de mes grands-parents dans un village, proche de Metz, et même dans une rue très voisine. Aussi je les vois très souvent car, maman travaille et je rentre chez eux après l'école. Mes grands-parents sont très gentils et aiment faire la cuisine, ce qui me plaît bien car je suis un peu gourmand. Quand il fait beau, ils aiment se promener dans les forêts et ils m'emmènent, avec mon cousin, à la découverte des monuments historiques. Mon grand-père passe de longues matinées dans son potager à cultiver toutes sortes de légumes tandis que ma grand-mère cuisine avec patience le repas de midi. Ils ne sont pas de grande taille. Mon grand-père est maintenant chauve. J'aime quand il me regarde tendrement de ses beaux yeux bleus. Souvent, il porte des pantoufles qu'il traîne jusqu'au quatre coins de la maison. Mais il les retrouve toujours. Ma grand-mère a des cheveux blancs qui s'assortissent bien avec ses yeux verts. En résumé mes grands-parents sont super et je plains les enfants qui ne voient que leurs grands-parents rarement.

5^{ème}
schéma
géronologique
2009-2013

*Réalisé par la direction personnes âgées – personnes handicapées
du conseil général de Meurthe-et-Moselle*

Mis en page CG54 DIRCOM Y.H.
Mai 2009

Dans toutes les sociétés industrialisées, l'allongement de la vie constitue un des plus formidables progrès de la seconde partie du XX^{ème} siècle.

L'augmentation de l'espérance de vie des femmes et des hommes –remarquable à tous les âges– est à mettre au profit à la fois de l'accroissement des niveaux de ressources, de l'amélioration considérable de nos conditions de vie, d'un meilleur niveau d'éducation et des prodigieuses avancées de la médecine au cours de cette période.

La modification substantielle de la pyramide des âges qui découle de ces progrès représente un phénomène sociétal inédit, posant un défi majeur à notre société en ce début de XXI^{ème} siècle : faire de l'augmentation du nombre de personnes âgées, non pas une charge comme elles sont encore trop souvent perçues, mais un levier de développement humain, de progrès social, d'essor économique et de vitalité culturelle.

Les difficultés à mobiliser des financements à la hauteur du dispositif d'aide, de soins et d'accueil que requièrent les personnes âgées témoignent du malaise que rencontre notre société pour trouver un consensus suffisant permettant de faire face avec ambition à cet enjeu. Les avatars que rencontre encore la création d'une véritable 5^{ème} branche de la sécurité sociale dédiée à la dépendance sont là pour en témoigner.

Toutefois, la question essentielle des moyens financiers ne doit pas occulter celle, tout aussi primordiale, de la construction d'une organisation collective qui tienne compte et prenne appui sur les rapports nouveaux qu'entretiennent les personnes âgées avec les activités, avec les loisirs mais également avec certains engagements collectifs et sociaux qui, tout en participant à leur maintien au cœur de la vie sociale, répondent utilement à certains besoins autres de la société.

Le renforcement du lien intergénérationnel participe de cet apport potentiel des personnes âgées au développement social et culturel de la société dans son entier dès lors que la vie n'est plus cloisonnée par tranches d'âges mais que toute leur place est redonnée aux anciens dans le processus inlassable d'acculturation de l'humanité.

Le 5^{ème} schéma gérontologique 2009 – 2013 du conseil général de Meurthe-et-Moselle s'inscrit dans cette perspective consistant à dépasser tant la seule approche médicosociale que l'offre de services, dédiées spécifiquement aux personnes âgées. Il veut privilégier une approche plus sociétale où les personnes âgées sont également considérées au regard de leur apports potentiels à la construction du Vivre ensemble et où la politique conduite en leur direction, plutôt que confinée dans un secteur « à part », est placée au cœur de toutes les autres politiques.

Quatre éléments caractérisant la situation de notre département ont particulièrement déterminé l'élaboration de ce 5^{ème} schéma gérontologique qui fixe le cap de l'action du conseil général pour les cinq ans à venir :

- d'ici 2020, un meurthe-et-mosellan sur quatre sera âgé de plus de 60 ans entraînant, de fait, un accroissement du nombre des personnes en perte d'autonomie physique et psychique, notamment parmi celles âgées de plus de 85 ans,
- si les besoins d'accompagnement s'accroissent, ceux-ci sont encore très largement assurés par l'entourage familial. Toutefois, l'évolution des modes de vie et des structurations familiales générera, dans l'avenir proche, un recul du nombre des aidants naturels.
- le revenu médian des ménages âgés de notre département est inférieur à celui du niveau national. Ce constat demande à la collectivité départementale d'être particulièrement vigilante pour que les coûts des services et des établissements ne constituent pas un facteur d'inégalité supplémentaire entre les personnes âgées, notamment dans le choix de leurs lieux de vie.
- la limite atteinte par le système de financement existant, celui-ci étant de plus en plus difficilement compatible avec l'amélioration attendue de la qualité des prestations servies.

Comparativement aux schémas précédents, une constante demeure : les personnes aspirent à vivre et à vieillir chez elles, dans leur environnement familial, le plus longtemps possible.

Le 5^{ème} schéma s'est particulièrement attaché à répondre à cette aspiration en mettant l'accent sur la diversification de l'offre. Celle-ci doit notamment conduire à promouvoir des formes d'habitat organisées en complémentarité entre la vie en établissement et la vie à domicile. De nombreuses solutions existent qui demandent à être explorées, expérimentées, développées : intervention à domicile à la carte, alternance entre vie à domicile et séjours en établissements, modes d'accueil alternatifs, etc.

Lorsque se pose la question du choix d'un lieu de vie, les personnes âgées et leur famille demandent à être informées, conseillées, appuyées, puis à être accompagnées pour accomplir les démarches nécessaires.

Ce nouveau schéma conforte les six Points Accueil Information Services (PAIS) créés en 2000 pour exercer cette mission de service public de proximité.

Installés au cœur des six territoires du département pour être à l'écoute des besoins des personnes, les PAIS apportent ce service dans le même temps où ils rassemblent les organismes et les acteurs agissant localement pour favoriser la construction de réponses coordonnées, cohérentes et recouvrant, dans toute la mesure du possible, la diversité des besoins.

Enfin, dans la continuité des quatre schémas précédents, le conseil général réaffirme, pour la période 2009 -2013, sa volonté de co-construire sa politique avec ses partenaires, au premier rang desquels se trouvent les représentants des retraités et des personnes âgées. La contribution précieuse du Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées (CODERPA) à l'élaboration de ce schéma démontre l'intérêt de ce choix.

Ainsi, tout en assumant pleinement les compétences que lui a confiées la loi, notamment celle relative à la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (au 31 décembre 2008, 15 000 personnes ont perçu l'APA. 10 000 d'entre elles vivent à leur domicile), le 5^{ème} schéma gérontologique affirme la volonté du conseil général de construire un Vivre ensemble où les personnes âgées, dans la diversité de leurs situations, de leurs besoins, de leurs talents et de leurs aspirations, constituent un capital précieux pour la Meurthe-et-Moselle toute entière. Dans le même temps, ce schéma manifeste la solidarité de tous les meurthe-et-mosellans avec leurs aînés, particulièrement ceux les plus fragilisés par l'âge, pour permettre à tous de vivre leur âge dans la dignité, la sécurité et le bien-être tout en étant pleinement reconnus comme acteurs à part entière d'une société fraternelle en construction permanente.

Michel Dinet

Président du conseil général de Meurthe-et-Moselle



Avant-propos

Ce 5^{ème} schéma gérontologique départemental est le fruit d'un échange avec tous les acteurs locaux et départementaux concernés par l'action auprès des personnes âgées.

Sur chacun des territoires, plusieurs réunions ont été organisées tout d'abord pour partager le bilan du précédent schéma, puis en vue de dégager les orientations de ce présent schéma. Y ont été conviés : les communes, intercommunalités, services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, établissements, instances locales gérontologiques de coordination, association de retraités et personnes âgées, clubs d'âinés ruraux, syndicats, etc.

La même démarche a été conduite au niveau départemental avec les différentes institutions ayant compétence en direction des personnes âgées : Etat, Union Départementale des CCAS, CRAM du Nord-Est, Caisse de Mutualité Sociale Agricole, Caisse Régionale des Mines, Régime Social des Indépendants, Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées, Fédération des établissements d'accueil de personnes âgées, Fédération des services d'aide à domicile.

Que tous les participants à ces réunions soient ici remerciés pour leur précieuse contribution.

Deux avis plus particuliers ont été requis :

- *en premier lieu celui de l'Etat, conformément à l'article L.312-5 du code de l'action sociale et des familles ; cet avis est intégré dans le corps du schéma, plus particulièrement concernant la prise en charge des soins en établissement et à domicile,*

- *puis, sur le projet de schéma définitif, celui du Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées.*

La rédaction du schéma a également été un travail d'équipe partagé entre les cadres départementaux et territoriaux de la direction Personnes âgées – Personnes handicapées (PAPH). Cette collégialité devrait contribuer à une prise en compte optimale de l'expression de nos partenaires dans les différentes réunions préparatoires.

Enfin, la parole a aussi été donnée aux enfants afin qu'ils racontent leurs grands-parents ou arrière grands-parents avec leurs mots ou leurs dessins. Leur regard contribue à réaffirmer toute la place que les personnes âgées ont dans notre société.

AVERTISSEMENT

Dans tout le document, élaboré durant la période 2008-2009, les services gérontologiques départementaux territorialisés sont dénommés « PAIS », dénomination qui remonte à leur création en 2000.

Au 1^{er} janvier 2009, la nouvelle organisation territoriale du conseil général prévoit une homogénéisation des dénominations pour plus de lisibilité pour les usagers.

**Les « PAIS » deviennent ainsi
« services territoriaux personnes âgées personnes handicapées ».**

Le schéma gérontologique ayant été adopté à la charnière des deux appellations, le terme « PAIS » a été conservé, le lecteur voudra bien corriger au fil du temps.

S O M M A I R E

Introduction.....	p 10
-------------------	------

1. Etat des lieux général et bilan du 4^{ème} schéma.....	p 11
--	-------------

1. Population concernée par le schéma.....	p 11
---	-------------

1. Evolution du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 75 ans.....	p 11
> <i>Eléments démographiques par territoire sur la période 2002-2008.....</i>	<i>p 11</i>
2. Personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.....	p 12
> <i>Rythme d'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis 2002.....</i>	<i>p 12</i>
> <i>Profil des bénéficiaires de l'APA à domicile.....</i>	<i>p 12</i>

2. Etat des lieux sur les services et établissements.....	p 13
--	-------------

1. Etablissements d'hébergement traditionnel.....	p 13
> <i>Accès aux établissements pour personnes âgées.....</i>	<i>p 13</i>
> <i>Secteur d'attractivité des établissements du département, par territoire.....</i>	<i>p 14</i>
> <i>Evolution de la capacité d'accueil en établissement</i>	<i>p 14</i>
> <i>Evolution du taux d'équipement par territoire sur la période 2002 – 2008.....</i>	<i>p 15</i>
> <i>Profil des personnes âgées accueillies en établissement.....</i>	<i>p 15</i>
> <i>Turn over dans les établissements en 2008, par territoire.....</i>	<i>p 16</i>
2. Mesures en faveur du maintien à domicile et alternatives à l'hébergement traditionnel	p 17
> <i>Capacité des établissements du département en places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et en unités Alzheimer, par territoire en 2008.....</i>	<i>p 17</i>
> <i>Comparaison des taux d'équipement en accueil de jour, hébergement temporaire et lits Alzheimer au 1^{er} janvier 2008 avec le niveau régional et le niveau national.....</i>	<i>p 17</i>
> <i>Accueil familial par territoire.....</i>	<i>p 18</i>
3. Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services d'aide à domicile.....	p 18
4. Réseaux gérontologiques de santé.....	p 19
5. Divers outils créés.....	p 19

3. Bilan qualitatif du 4^{ème} schéma gérontologique.....	p 20
--	-------------

1. La vie à domicile.....	p 20
2. La vie en établissement.....	p 21
3. Conclusion.....	p 24

2. Orientations.....	p 25
-----------------------------	-------------

1. Importance des facteurs sociaux démographiques contextuel.....	p 25
--	-------------

1. Un vieillissement accru de la population.....	p 25
2. Une population dépendante en augmentation contenue.....	p 25
3. Le recul du soutien apporté par les aidants naturels.....	p 25
4. Des revenus inférieurs à 1500 € mensuel pour les ¾ des ménages de plus de 75 ans.....	p 25

S O M M A I R E

2. Principes conducteurs de l'action gérontologique départementale	p 26
AXE 1 Vieillir chez soi	p 26
1. L'implication confortée dans le dispositif APA et poursuite des orientations du précédent schéma.....	p 26
2. La coordination des intervenants sur le territoire.....	p 27
3. L'évolution des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).....	p 28
AXE 2 Vivre pleinement sa vieillesse	p 29
1. L'information et la communication autour des prestations et dispositifs existants.....	p 29
1. Mobiliser les acteurs de proximité.....	p 29
2. S'appuyer sur les modes de communication existants.....	p 29
3. Rendre le PAIS plus lisible et plus visible.....	p 29
4. Renforcer le partage et l'échange avec les partenaires.....	p 30
2. La participation de la personne âgée à la vie sociale.....	p 30
1. Accès à la culture, aux loisirs, à la vie de la cité.....	p 30
2. Rompre l'isolement.....	p 31
3. Faciliter la mobilité	p 32
3. La prévention de la perte d'autonomie.....	p 32
4. La bientraitance à domicile comme en établissement.....	p 33
1. En établissement.....	p 33
2. A domicile.....	p 34
AXE 3 Se sentir bien dans son lieu de vie	p 35
1. Se sentir bien à son domicile.....	p 35
1. Le maintien dans les lieux.....	p 35
2. Aide au relogement.....	p 36
2. Se sentir bien en établissement.....	p 37
1. Des entrées en établissement mieux préparées.....	p 37
2. La recherche plus aisée d'une place en établissement.....	p 37
3. La poursuite du processus de conventionnement.....	p 39
AXE 4 Bénéficier d'une offre diversifiée	p 40
1. La diversification des prestations des services d'aide à domicile.....	p 41
2. Les alternatives au « tout domicile » ou « tout établissement ».....	p 41
1. Le logement foyer.....	p 42
2. L'accueil familial.....	p 42
3. Des modes d'accueil plus innovants.....	p 42
4. Développer au sein des établissements existants des modes d'accueil plus souples favorisant la complémentarité entre domicile / établissement.....	p 44
3. L'évolution de la capacité d'accueil en hébergement permanent.....	p 44

S O M M A I R E

4. La prise en compte des besoins spécifiques de certaines personnes âgées.....	p 46
1. Les personnes handicapées vieillissantes.....	p 46
2. Les résidents de foyers de travailleurs migrants.....	p 47
3. Les personnes en grande précarité.....	p 48

AXE 5 Accentuer l'aide aux aidants.....	p 48
--	-------------

> Associations ALZHEIMER

> Programme ORCHIDEE

AXE 6 Piloter et évaluer le schéma.....	p 50
--	-------------

Récapitulatif des actions préconisées dans le 5^{ème} schéma.....	p 52
--	-------------

Annexes.....	p 53
---------------------	-------------

1. Etude INSEE.....	p 54
2. Cartographie des établissements.....	p 60
3. Répartition des places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).....	p 62
4. Liste des services d'aide à domicile.....	p 62
5. Missions respectives des CLIC et réseaux de santé (circulaire du 15 mai 2007).....	p 66
6. Outil de suivi des demandes d'entrée en EHPAD – maquette du territoire de Briey.....	p 68

Glossaire des sigles.....	p 69
----------------------------------	-------------



Introduction

La qualité de vie des personnes âgées, et notamment celles des plus fragiles, constitue de longue date une préoccupation essentielle de la politique de solidarité du Département de Meurthe-et-Moselle. Les actions développées avec l'ensemble de nos partenaires et les budgets mobilisés en témoignent. Ce 5^{ème} schéma gérontologique départemental s'inscrit dans le même esprit que le précédent : le Département souhaite accompagner le temps de la vieillesse et aider les personnes âgées à rester acteur de leur propre choix de vie.

Mais plus encore que les schémas antérieurs, ce 5^{ème} schéma est confronté à de lourds enjeux fortement imbriqués les uns aux autres. Le principal tient au vieillissement de la population, avec en particulier, le doublement de la classe d'âge des plus de 85 ans sur la période 2005 – 2020. Cette évolution démographique a pour corollaire la progression du nombre de personnes en perte d'autonomie physique et psychique qui va induire nécessairement le renforcement du besoin d'aides. Celles-ci, assurées encore très largement aujourd'hui par l'entourage familial des personnes âgées, le seront dans une moindre mesure demain, le soutien apporté par les aidants naturels étant en recul... autant de facteurs essentiels à prendre en compte dans la définition de nos orientations pour les cinq années à venir. Un autre élément va également fortement interférer dans le débat sur la prise en charge des besoins des personnes âgées, il s'agit de la création de la 5^{ème} branche de protection sociale. La répartition du financement entre solidarité nationale, solidarité de proximité et prévoyance individuelle influencera inévitablement, certes les stratégies politiques, mais aussi les choix des personnes âgées.

Dans ce contexte général évolutif, une constante demeure : les personnes âgées aspirent à vieillir chez elles dans leur environnement familial. Tous les acteurs territoriaux et départementaux ayant participé, aux côtés des représentants des retraités et des personnes âgées, aux débats préparatoires de ce schéma, insistent sur la nécessité d'une mobilisation collective autour de cet objectif.



Le présent schéma est donc bâti autour de cet axe principal « vieillir chez soi » dont la mise en œuvre s'impose en tout point du Département.

Les personnes âgées expriment aussi d'autres attentes qui émergent différemment d'un territoire à l'autre et recouvrent des domaines très divers tels que l'accès à l'information, la participation à la vie de la cité, la diversification de l'offre de services et des modes d'accueil. La qualité de vie en établissement à un coût supportable est également une préoccupation majeure des personnes âgées et de leurs enfants...

L'ensemble de ces questions constitue les autres axes du schéma. Contrairement au premier axe, leur déclinaison en objectifs opérationnels varie selon les territoires en fonction des réalités et priorités de chacun d'entre eux.

1 Population concernée par le schéma

1. Evolution du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 75 ans

Dans le cadre de la définition d'une politique gérontologique, on s'intéresse traditionnellement à la population âgée de plus de 60 ans, et plus spécialement celle de plus de 75 ans. En effet

60 ans correspond à l'âge d'ouverture du droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), et la population de plus de 75 ans est, dans les faits, la plus concernée par les problématiques liées à la dépendance. Aussi semble-t-il intéressant de rendre compte de l'évolution de cette population cible sur la période de début du précédent schéma gérontologique en 2002 jusqu'à fin 2008, date de début du futur schéma gérontologique. Le but est de mettre en perspective l'évolution démographique avec les actions qui ont été menées en faveur des personnes âgées sur la période 2002 - 2008.

Eléments démographiques par territoire sur la période 2002 - 2008

	Indicateurs observés	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévillois	Nancy et couronne	Département
Estimation de population 2002	PA > 60 ans	19 456	17 781	16 741	18 401	17 287	51454	141 120
	dont PA > 75 ans	6 211	5 928	5 610	6 053	6 302	18 923	49 027
	% des > 60 ans dans la population totale	23,6%	24,4%	18,2%	19,4%	22,7%	17,5%	19,8%
	% des > 75 ans dans la population totale	7,5%	8,1%	6,1%	6,4%	8,3%	6,4%	6,9%
Estimation de population 2008	PA > 60 ans	19 770	17 728	18 636	20 461	18 167	56 109	150 871
	dont PA > 75 ans	8 181	7 511	6 799	7 549	7 445	21788	59 273
	% des > 60 ans dans la population totale	24,5%	24,8%	20%	21,7%	24,1%	19,2%	21,3%
	% des > 75 ans dans la population totale	10,2%	10,5%	7,3%	8,0%	9,9%	7,4%	8,4%
Evolution 2002-2008	du nb de PA > 60 ans	1,6%	-0,3%	11,3%	11,2%	5,1%	9,0%	+6,9%
	du nb de PA > 75 ans	31,7%	26,7%	21,2%	24,7%	18,1%	15,1%	+20,9%

PA : personne âgée

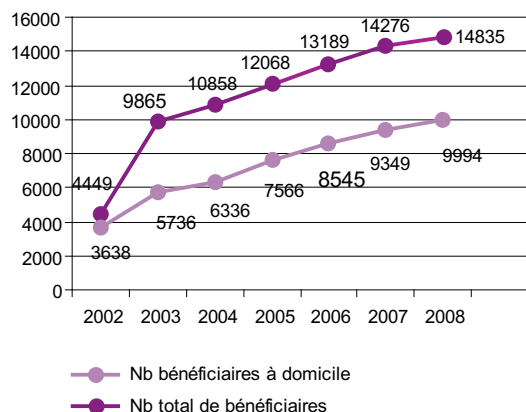
Entre 2002 et 2008, la population de plus de 60 ans a progressé de 6,9% en Meurthe-et-Moselle, mais parmi elle, les plus de 75 ans ont augmenté de 20,9%. On constate des inégalités d'évolution infra départementales ; certains territoires comme ceux de Longwy, de Briey et du Val de Lorraine étant particulièrement touchés par le phénomène (+ 31,7%, + 26,7% et + 24,7%) et d'autres territoires ayant connu une progression moins forte comme ceux de Nancy et Couronne et du Lunévillois (+ 15,1% et + 18,1%).

Au terme de cette évolution, les personnes de 75 ans et plus représentent 8,4% de la population totale du département en 2008. Là encore, des disparités territoriales existent. Elles représentent 10% et plus de la population des territoires de Longwy, de Briey et du Lunévillois, alors que, dans les autres territoires du département, elles représentent environ 7 à 8% de la population.

2. Personnes bénéficiaires de l'APA à domicile

- Rythme d'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis 2002.

Evolution du nombre de bénéficiaires APA



Données au 31/12/2008 – bénéficiaires payés

Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile est passé de 3638 au 31 décembre 2002 à 9994 au 31 décembre 2008. Il a ainsi été multiplié par 2,75 en 6 ans.

Il apparaît utile de rappeler que la prestation spécifique dépendance (PSD) précédant l'APA ne bénéficiait qu'à 1700 personnes.

Cette très forte progression du nombre de titulaires s'explique largement par les éléments suivants :

- > élargissement du public concerné par l'aide : l'APA s'adresse aux personnes âgées classées en GIR 1 à 4, la prestation spécifique dépendance (PSD) n'était octroyée qu'aux personnes en GIR 1 à 3,
- > suppression de la condition de ressources pour la décision d'octroi de l'aide,
- > suppression de la récupération sur succession, qui amenait nombre de personnes âgées à renoncer à la PSD pour préserver leur patrimoine,
- > Importante communication autour de l'APA.

● Profil des bénéficiaires de l'APA à domicile

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévilleois	Nancy et couronne	Hors PAIS ⁽¹⁾	Département	%
Hommes	356	239	335	344	405	582	13	2 274	23
Femmes	1 379	828	955	1 098	1 282	2 142	36	7 720	77
TOTAUX	1 735	1 067	1 290	1 442	1 687	2 724	49	9 994	100

Au 31 décembre 2008, on recense 9 994 personnes âgées vivant à domicile, qui perçoivent l'APA. Les trois quarts d'entre elles sont des femmes.

Bénéficiaires de l'APA à domicile par tranche d'âge

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévilleois	Nancy et couronne	Hors PAIS ⁽¹⁾	Département	%
60 à 65 ans	43	24	24	27	41	63	1	223	2
65 à 74 ans	302	158	190	226	257	402	5	1 540	15
75 à 84 ans	842	516	621	723	814	1 170	22	4 708	47
85 ans et +	548	369	455	466	575	1 089	21	3 523	35
TOTAUX	1 727	1 032	1 269	1 447	1 605	2 723	51	9 994	100
Pop. de 60 ans et +	19 770	17 728	18 636	20 461	18 167	56 109	/	150 871	/
Taux de bénéficiaires de l'APA	9%	6%	7%	7%	9%	5%	/	7%	/

⁽¹⁾ Il s'agit de personnes âgées ayant déménagé en dehors du département depuis moins de 3 mois et qui continuent, de façon transitoire, à percevoir l'APA de Meurthe-et-Moselle, ou de personnes âgées originaires de Meurthe-et-Moselle accueillies dans des logements foyers d'autres départements et conservant ainsi leur domicile de secours en Meurthe-et-Moselle.

En moyenne dans le département, 7% des personnes âgées de plus de 60 ans bénéficient de l'APA.

82% des bénéficiaires de l'APA à domicile ont 75 ans et plus. A l'inverse, seulement 2 % des

allocataires de l'APA à domicile ont moins de 65 ans. Ainsi, si 60 ans est l'âge d'ouverture des droits à l'APA, on constate dans les faits que ce sont plutôt les personnes de plus de 75 ans qui en sont titulaires.

Bénéficiaires de l'APA à domicile par degré de dépendance

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunéville	Nancy et couronne	Hors PAIS ⁽¹⁾	Département	%
Gir 1	6	32	16	16	20	41	2	133	1
Gir 2	197	245	197	171	190	366	10	1 376	14
Gir 3	375	232	206	324	389	613	16	2 155	22
Gir 4	1 157	557	871	931	1 088	1 705	21	6 330	63
TOTAUX	1 735	1 066	1 290	1 442	1 687	2 725	49	9 994	100

La part de bénéficiaires de l'APA à domicile diminue au fur et à mesure que l'on avance dans le degré de dépendance. Ainsi, la majeure partie des bénéficiaires de l'APA à domicile est en GIR 4, et seulement 1% des bénéficiaires sont en GIR 1. Cela semble cohérent dans la mesure où il est

très difficile et peu sécurisant pour des personnes âgées extrêmement dépendantes de rester à leur domicile, même en bénéficiant d'un important plan d'aide. La difficulté réside aussi par rapport à l'aspect financier qui est loin d'être anodin.

2 Etat des lieux sur les services et établissements

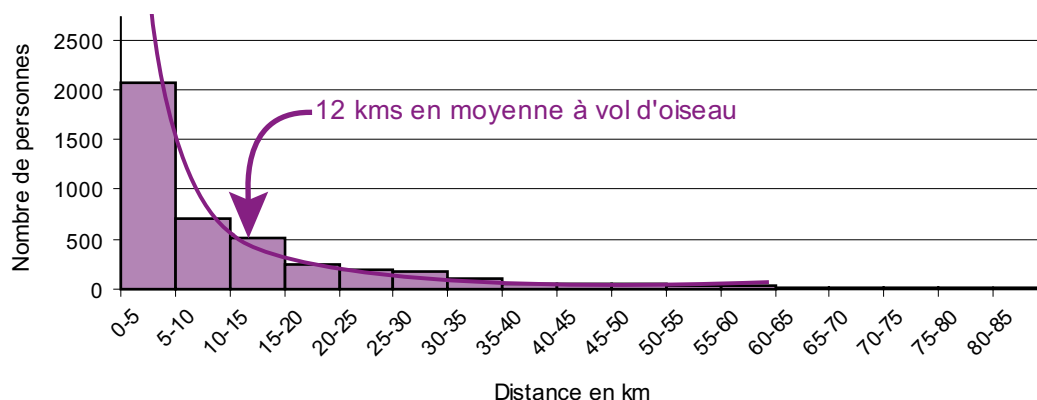
1. Etablissements d'hébergement traditionnel

● Accès aux établissements pour personnes âgées

Une étude réalisée en 2005 par l'INSEE Lorraine montre que les personnes âgées du département vivant en établissement sont prises en charge dans une structure située à 12 kms de leur

domicile en moyenne. 18 minutes de transport sont en moyenne nécessaires pour effectuer la distance domicile – établissement.

Distance entre le domicile et le lieu de l'institution



Temps moyen entre le domicile et l'établissement : 12 km et 18 minutes

Source du graphique : CALZADA Christian ; MOREAU Gérard. 2006. « Vieillesse et dépendance [à l'horizon 2015 en Meurthe-et-Moselle] ». Insee économie Lorraine, n° 65 (octobre), p4.

● *Secteur d'attractivité des établissements du département, par territoire*

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévilleois	Nancy et couronne	Hors PAIS*	TOTAL	Proportion de PA accueillies dans le PAIS dont elles sont originaires
Longwy	335	14	0	0	0	2	46	397	84%
Briey	14	348	1	3	3	4	104	447	78%
Terres de Lorraine	3	3	346	20	13	110	43	538	64%
Val de Lorraine	5	25	36	502	7	214	80	869	58%
Lunévilleois	2	6	40	11	597	117	100	873	68%
Nancy et couronne	21	25	157	76	103	1 941	295	2 618	74%
TOTAUX	380	421	580	612	723	2 388	668	5 742	71%

* Personnes âgées originaires du département accueillies dans une structure d'un autre département.

Lecture du tableau :

Vertical : PAIS d'accueil des personnes âgées vivant en établissement.

Horizontal : PAIS d'origine des personnes âgées vivant en établissement.

Exemple de lecture du tableau : parmi les 580 résidents des établissements situés en Terres de Lorraine, 346 sont originaires de ce territoire, 157 sont originaires de Nancy et couronne, 40 du Lunévilleois, 36 du Val de Lorraine et 1 du territoire de Briey.

Ainsi les personnes âgées accueillies dans les établissements situés sur le territoire d'un PAIS sont majoritairement originaires d'une commune située dans ce PAIS. C'est le cas pour 71% d'entre elles. Cela traduit une couverture du territoire en places d'hébergement pour personnes âgées assez bien adaptée aux besoins et explique la distance moyenne séparant établissement d'accueil et domicile évoquée précédemment.

Toutefois, on remarque des disparités entre les territoires. Ainsi, alors que 84% des personnes âgées hébergées dans les établissements du PAIS de Longwy en sont originaires, seulement 58% des résidents des établissements du PAIS du Val de Lorraine habitaient sur ce territoire avant leur entrée en institution.

On constate par ailleurs que 12% des personnes âgées présentes dans les établissements de Meurthe-et-Moselle sont originaires d'autres départements. Cela représente 668 personnes au 30 septembre 2008. Le territoire de Briey est le plus concerné : 23% des résidents des établissements du territoire proviennent d'autres départements. Un quasi équilibre s'établit toutefois dans la mesure où 657 personnes âgées originaires de Meurthe-et-Moselle sont accueillies dans des établissements situés dans d'autres départements. Les principaux départements d'accueil de ces personnes sont la Meuse et la Moselle, puis les Vosges.

● *Evolution de la capacité d'accueil en établissement (cartographie des établissements en annexe 2)*

	Nb de places 2002	Nb de places 2008	Création de places entre 2002 et 2008	Evolution en %
Longwy	395	401	6	2%
Briey	355	482	127	36%
Terres de Lorraine	637	696	59	9%
Val de Lorraine	928	914	-14	-2%
Lunévilleois	930	937	7	1%
Nancy et couronne	2 208	2 618	410	19%
Département	5 453	6 048	595	11%

Entre 2002 et 2008, 595 places supplémentaires d'hébergement en maison de retraite et unité de soins de longue durée (USLD) ont été créées en Meurthe-et-Moselle, ce qui représente une progression de 11% de la capacité d'accueil. C'est la conséquence de l'ouverture de 7 nouvelles structures sur la période et de multiples petites

extensions de capacité dans des établissements préexistants.

Les plus fortes évolutions concernent les territoires de Briey, Nancy et couronne et Terres de Lorraine, dont le nombre de places a respectivement progressé de 36%, 19% et 9%.

● *Evolution du taux d'équipement par territoire sur la période 2002 - 2008*

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévillois	Nancy et couronne	Département
Nombre places en 2002	395	355	637	928	930	2 208	5 453
Taux d'équipement 2002 (sur la base de l'estimation de population 2002)	63,60	59,89	113,55	153,31	147,57	116,68	111,22
Nombre places en 2008	401	482	696	914	937	2 618	6 048
Taux d'équipement 2008 (sur la base de l'estimation de population 2008)	49,02	64,17	102,37	121,08	125,86	123,6	103,1

Taux d'équipement = nombre de places d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

Le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées a diminué sur la période 2002 - 2008 malgré la création de 595 places. Cela s'explique par une évolution plus importante encore (20,9%) du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans sur la même période, conséquence de l'allongement de la durée de la vie. Ce phénomène masque ainsi les efforts de créations de places qui ont été déployés.

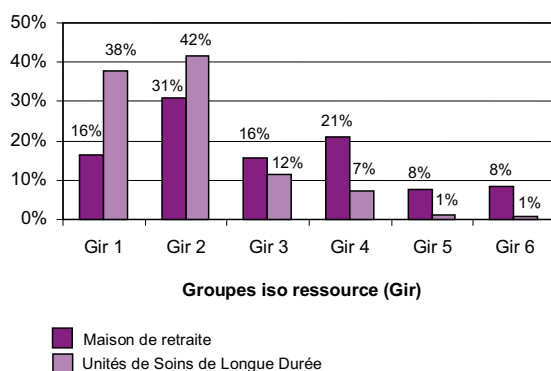
Le taux d'équipement 2008 reste toutefois satisfaisant si l'on compare avec le taux d'équipement national qui s'élève à 100 d'après une enquête réalisée par la Fondation Médéric Alzheimer⁽²⁾.

Pour autant, on ressent une volonté de plus en plus marquée des personnes âgées de rester à leur domicile aussi longtemps que possible, comme en témoignent des indicateurs tels que le degré de dépendance des personnes âgées institutionnalisées, l'âge moyen d'entrée en établissement et l'âge moyen des personnes âgées institutionnalisées.

(2) AQUINO J.P, FENDELER G, FONTAINE D., VILLEZ M. « Etablissements accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : état des lieux 2008 ». La lettre de l'observatoire, n° 7 (septembre 08), p 2.

● *Profil des personnes âgées accueillies en établissement*

Niveau de dépendance des résidents en Maison de retraite et Unités de Soins de Longue Durée (USLD)



En 2008, les personnes âgées prises en charge en USLD sont essentiellement en GIR 1 et 2, ce qui est cohérent avec les missions de ces structures. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) des établissements du département s'élève à 837 dans ces structures en 2008.

Les résidents des maisons de retraite sont classés majoritairement en GIR 1 à 4. Ils sont sensiblement moins dépendants que ceux d'USLD, comme en témoigne le niveau du GMP 2008 : 639.

	Structures	Gir 1	Gir 2	Gir 3	Gir 4	Gir 5	Gir 6	GMP
2002	EHPAD	498	1 230	584	1 202	447	630	546
	USLD	421	475	106	52	4	3	880
	TOTAL	919	1 705	690	1 254	451	633	/
2008	EHPAD	788	1 500	765	1 015	379	406	639
	USLD	298	328	91	56	8	7	837
	TOTAL	1 086	1 828	856	1 071	387	413	/
Evolution	EHPAD							17%
	USLD							-5%

Toutefois, on constate qu'entre 2002 et 2008, le GMP des maisons de retraite a progressé de 17%, ce qui traduit une augmentation du degré de

dépendance des personnes âgées prises en charge.

Durée moyenne de séjour en établissement (en mois)

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévillois	Nancy et couronne	Département
Durée moyenne de séjour EHPAD	44	34	28	39	35	39	37
Durée moyenne de séjour USLD	24	19	39	19	33	32	32
Durée moyenne de séjour EHPAD + USLD	31	34	33	37	34	37	35

Age des résidents en Meurthe-et-Moselle

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévillois	Nancy et couronne	Département
Age moyen d'entrée*	82	83	83	82	84	83	83
Age moyen des usagers des EHPAD et USLD*	83	84	84	83	83	85	84
Nombre de résidents de moins de 60 ans	12	11	20	19	20	13	95

* Calculs effectués en retirant les résidents de moins de 60 ans.

En Meurthe-et-Moselle, c'est en moyenne à 83 ans que les personnes âgées entrent en établissement. La durée moyenne de séjour en établissement

des personnes âgées est de 35 mois (37 en EHPAD et 32 en USLD). On constate assurément des disparités territoriales.

• Turn-over dans les établissements en 2008 par territoire

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévillois	Nancy et couronne	Département
Nombre d'entrées en établissements en 2008*	149	162	184	235	370	958	2 057
Turn over 2008*	37%	34%	26%	26%	39%	37%	34%

* Données au 30/09/08 extrapolées en année pleine.

En 2008, 2 057 personnes âgées ont été admises dans les établissements du département, qui ont ainsi renouvelé en moyenne d'un tiers leurs résidents. Là encore, on observe des disparités entre les

territoires : le Lunévillois a admis 39% de nouveaux résidents alors que les territoires Val de Lorraine et Terres de Lorraine en ont admis 26%, sans qu'une cause précise ait pu être identifiée.

2. Mesures en faveur du maintien à domicile et alternatives à l'hébergement traditionnel

Les alternatives à l'hébergement traditionnel se sont beaucoup développées sur la période couvrant le précédent schéma ; il s'agit en particulier

de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. De même, s'est accru le nombre de places en unités spécifiques pour malades Alzheimer.

- *Capacité des établissements du département en places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et en unités Alzheimer, par territoire en 2008*

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunévillois	Nancy et couronne	Département
Places d'accueil de jour	0	5	8	20	10	55	98
Places d'hébergement temporaire	8	6	6	6	5	48	79
Places d'EHPAD + USLD dédiées à la prise en charge "Alzheimer"	0	62	42	28	14	141	287

En 2008, on dénombre 98 places d'accueil de jour en Meurthe-et-Moselle et 79 lits d'hébergement temporaire, lesquels constituent un soutien en faveur du maintien à domicile des personnes âgées. Par ailleurs, 287 places d'hébergement permanent sont aujourd'hui spécialement dédiées à la prise en charge de personnes âgées atteintes de la

maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Ces différentes alternatives à l'hébergement traditionnel sont présentes sur l'ensemble des territoires, à l'exception de celui de Longwy, jusqu'à présent dépourvu de places d'accueil de jour et d'unités dédiées à la prise en charge de patients Alzheimer.

- *Comparaison des taux d'équipement en accueil de jour, en hébergement temporaire et en lits Alzheimer au 1^{er} janvier 2008 avec le niveau régional et le niveau national*

Taux* d'équipement au 1 ^{er} janvier 2008	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
Hébergement temporaire	2,00	1,90	2,30	0,90	1,90	2,00
Accueil de jour	1,60	1,40	1,20	0,50	1,20	1,80
Lits Alzheimer	3,97	1,82	8,72	3,27	5,53	2,65

* Données CNSA, requête FINISS sur les places autorisées via la DRASS Lorraine - Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, sur la base de l'estimation de population 2006.

Bien que se situant au dessus du niveau moyen d'équipement régional, le département de la Meurthe-et-Moselle est légèrement moins bien équipé en places d'accueil de jour que le niveau national : il dispose de 1,6 places pour 1 000 personnes de 75 ans alors qu'en moyenne en France, le niveau d'équipement se situe à 1,8.

Dans ce domaine, la problématique du transport du domicile de la personne âgée à l'établissement proposant l'accueil de jour est prégnante, plus particulièrement encore dans les zones rurales.

● *Accueil familial par territoire*

L'accueil chez des familles agréées constitue un compromis entre la prise en charge des personnes âgées et handicapées à domicile et en institution.

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunéville	Nancy et couronne	Meurthe-et-Moselle 2008	Meurthe-et-Moselle 2002	Evolution 02 / 08
Familles d'accueil agréées PA/PH	4	9	14	3	12	4	46	45	2%
Places PA/PH agréées	7	16	20	3	17	8	71	61	16%
Places occupées	7	9	13	3	12	5	49	45	9%
dont places occupées par des PA	2	2	2	0	3	2	11	11	0%
dont places occupées par des PH	5	7	11	3	9	3	38	34	12%

En 2008, 46 familles bénéficient d'un agrément pour accueillir à leur domicile 71 personnes âgées ou handicapées. A ce jour, 11 personnes âgées et 38 personnes handicapées ont choisi ce mode d'accueil, soit 49 personnes au total. L'accueil familial s'est timidement développé entre 2002 et 2008.

3. Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services d'aide à domicile

La présence de services de soins infirmiers à domicile sur un territoire facilite le maintien à domicile des personnes âgées requérant régulièrement ou ponctuellement des soins.

Places de SSIAD pour personnes âgées par territoire de santé de proximité et taux d'équipement

	Longwy	Briey	Terres de Lorraine	Val de Lorraine	Lunéville	Nancy et couronne	Département
Places de SSIAD en novembre 2007	55	126	188	100	146	278	893
Taux d'équipement 2007	6,97	17,29	28,53	13,83	20,15	13,03	15,51

Données DRASS de Lorraine – A quelques communes près, les territoires de santé de proximité (zonage retenu par l'Etat) sont identiques aux territoires des PAIS.

En novembre 2007, le département de Meurthe-et-Moselle compte 893 places de SSIAD, ce qui représente en moyenne 15,51 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, avec le taux le plus faible des quatre départements lorrains.

Ces places sont inégalement réparties sur le territoire. En effet, le **taux d'équipement** du territoire de Terres de Lorraine (28,53) est 4 fois supérieur à celui du territoire de Longwy (6,97).

Taux* d'équipement au 1 ^{er} janvier 2008	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine	France
SSIAD	15,58	23,7	18,4	17,1	17,9	18,9

* Données CNSA, requête FINISS via la DRASS Lorraine - Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, sur la base de l'estimation de population 2006.

La Lorraine est moins bien équipée en places de SSIAD que la moyenne nationale. C'est plus particulièrement le cas de la Meurthe-et-Moselle, qui a un taux d'équipement en places de SSIAD de 15,58 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, le plus bas de la région. La répartition des places de SSIAD figure en annexe 3.

A côté des SSIAD, la couverture du département par les services d'aide à domicile semble adaptée, offrant aux personnes âgées vivant à domicile des services d'aide à la personne comme l'aide à la toilette, à l'habillage, à la préparation des repas, et des services d'aide à l'environnement comme les courses, le ménage, l'entretien du linge, le repassage, l'accompagnement à certaines démarches administratives, etc.

Dès lors qu'ils s'adressent à un public considéré comme vulnérable, il est indispensable que ces services (associations ou entreprises) aient obtenu auprès de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) **un agrément « qualité »**, ou une **autorisation** de fonctionner auprès du conseil général.

La liste des organismes agréés par le Préfet et ceux autorisés par le président du conseil général au 31 décembre 2008 figure en annexe 4.

La plupart d'entre eux couvre l'ensemble du département, d'autres plus rares se limitent à la couverture géographique d'un ou deux PAIS / CLIC. A ce jour, chaque territoire est couvert au minimum par trois services prestataires et un service mandataire.

4. Réseaux gérontologiques de santé

Les réseaux gérontologiques ont pour but de coordonner autour de la personne âgée fragile de plus de 75 ans, les différents intervenants et de permettre à chacun d'accomplir plus facilement ses missions, pour optimiser l'efficacité de ses actions auprès des usagers concernés.

De 2002 à 2008, se sont constitués les réseaux suivants : (coordonnées en annexe 5)

> **Juin 2002** : le Réseau Gérontologique ARH du Val de Lorraine (RGVL), transformé en Réseau ARH/URCAM en octobre 2008.

> **Mai 2004** : Le réseau Gérard Cuny sur Nancy et agglomération.

> **Mars 2005** : le réseau du Sel, Vermois et Grand couronné, à Saint-Nicolas-de-Port.

> **Novembre 2005** : RESEAU sur le territoire de Lunéville.

> **Septembre 2008** : DOMIRESEAU sur le territoire de Longwy.

D'autres sont encore en projet :

> Le réseau de Briey – Joeuf.

> Le réseau du Toulois.

5. Divers outils créés

La complexité des procédures et des dispositifs existants a justifié la réalisation, au cours de la période 2002-2008, de différents outils à destination des personnes âgées et des professionnels qui les entourent.

● **Un dossier commun de demande d'admission en EHPAD**, qui permet aux personnes âgées ou à leur famille et au médecin traitant de renseigner un seul dossier, communiqué à l'établissement d'hébergement qui constitue leur 1^{er} choix. Ce dernier en transmet une copie aux établissements de 2^{ème} et 3^{ème} choix le cas échéant.

● Des **fiches de liaison** avec les associations d'aide à domicile. Une fiche de liaison est établie pour chaque personne âgée bénéficiaire de l'APA à domicile, par le conseiller en gérontologie du conseil général qui a élaboré le plan d'aide APA. Elle est transmise à l'association d'aide à domicile et constitue la fiche de mission pour l'aide à domicile intervenant auprès de la personne âgée.

● Un **dossier de coordination et de soins**, regroupant, avec l'accord de la personne âgée, l'ensemble des données importantes la concernant, à consulter par les différentes personnes intervenant chez elle.

● Un **Mémento** recensant l'ensemble de renseignements et adresses utiles à la personne âgée, à sa famille et aux professionnels.

● **Différents guides techniques** à l'usage des conseillers en gérontologie.

● Un **guide des stagiaires infirmiers et aides-soignants en EHPAD**.

- Un **portail « partenaires »**, qui permet à la fois un échange régulier d'informations entre le conseil général et les établissements d'hébergement, le classement des résidents par GIR, la gestion des flux de population dans les établissements (entrées, sorties, hospitalisations), et constitue ainsi une source statistique pour les établissements.

- Le **serveur intranet « loge adapt 54 »** permettant sur le PAIS de Longwy de recenser les logements accessibles et leur disponibilité à plus ou moins brève échéance.

- Le **site Internet du conseil général de Meurthe-et-Moselle** : www.cg54.fr, qui donne accès à de nombreuses informations sur les conditions et les modalités d'accès aux aides à destination des personnes âgées.

3 Bilan qualitatif du 4^{ème} schéma gérontologique

Le 4^{ème} schéma gérontologique a été adopté au moment de l'arrivée de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de celle de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées. De plus, il s'est inscrit dans un autre contexte innovant, l'installation des PAIS / CLIC sur le département de Meurthe-et-Moselle.

Trente orientations concernant à la fois le domicile et l'hébergement ont été définies, puis mises en œuvre avec les divers partenaires du conseil général sur le terrain de 2002 à 2008.

C'est également en consultant ces mêmes partenaires qu'a pu être dressé ce bilan qualitatif.

1. La vie à domicile

La mise en œuvre de l'APA, permettant une meilleure solvabilisation des aides que ne le permettait la Prestation spécifique dépendance (PSD), s'est effectuée avec une montée en charge massive, qui perdure encore aujourd'hui.

Les points positifs suivants ont été relevés :

- Meilleure offre de services permettant à la personne âgée d'exercer son libre choix.
- Assouplissement des prestations proposées par les associations pour mieux répondre aux besoins des bénéficiaires.

- Glissement progressif de l'aide à l'environnement à l'aide à la personne.

- Amélioration de l'image du métier d'aide à domicile (y compris dans le vocabulaire).

On a vu apparaître plus de professionnalisation avec la reconnaissance du métier, l'amélioration du statut des salariées, la mensualisation de leur rémunération, l'amélioration du service rendu par des formations qualifiantes : diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), validation des acquis et de l'expérience (VAE).

- Développement de l'emploi généré par l'APA : plus de 3000 emplois sur le département.

Il n'en demeure pas moins quelques points négatifs avec :

- Des difficultés à recruter du personnel qualifié.

- Le problème des déplacements des aides à domicile en milieu rural.

- L'imperfection de l'outil national AGGIR (grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources).

- Une couverture en places de SSIAD insuffisante.

- La multiplication du nombre de services d'aide à la personne permise par la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, certes nécessaire concernant l'ensemble des services aux particuliers, mais source de complexité pour les personnes âgées pour qui le choix d'un prestataire plutôt qu'un autre devient plus difficile, dans un contexte de concurrence exacerbée entre les uns et les autres.

- Certaines difficultés liées à l'emploi en gré à gré et notamment le gré à gré familial avec de nombreuses dérives.

- Un degré notable d'amointrissement des solidarités familiales en dehors de tout contexte sociétal (travail des femmes, séparation des couples, conditions d'habitat peu favorables, etc).

- Un désengagement de certains partenaires depuis l'installation de l'APA (certains services hospitaliers, certaines caisses de retraite, etc).

Citons également l'émergence progressive des réseaux gérontologiques qui, grâce à l'alliance de tous les partenaires concernés et à leurs énergies fédérées pour une meilleure interface « ville-hôpital », ont apporté une réelle plus-value aux dispositifs préexistants.

Pour ceux qui étaient déjà créés ou en état d'avancement très prononcé, le Département a fortement contribué à les promouvoir, car au travers de l'existence de ces réseaux, il y avait lieu d'espérer une prise en compte optimale de la personne âgée en grande perte d'autonomie et/ou dans une situation particulièrement critique.

Il a fallu œuvrer pour éviter la confusion des rôles entre les réseaux et les CLIC, à la fois dans l'esprit des utilisateurs, et dans celui de certains professionnels, qui n'avaient peut-être pas bien cerné les objectifs réels et surtout à quel public de personnes âgées, un réseau gériatrique devait s'adresser.

Mais la circulaire du 15 mai 2007 relative au référentiel des réseaux de santé, a bien précisé le rôle de chacun, et a apporté une réelle clarification en la matière.

2. La vie en établissement

La réforme de la tarification dans les établissements a été un vaste chantier centré principalement autour de **la signature de conventions tripartites** (CTP).

Le 4^{ème} schéma gériatrique entendait, au moyen des conventions tripartites cosignées par l'établissement, le préfet de département et le président du conseil général, soutenir les établissements d'hébergement de personnes âgées de Meurthe-et-Moselle dans leur démarche d'amélioration de la qualité, prévue par le cahier des charges des conventions pluriannuelles⁽³⁾, tant en ce qui concerne la qualité de la prestation hôtelière et des espaces de vie que la qualité des soins.

Il préconisait ainsi :

- d'encourager l'individualisation de la prise en charge de chaque résident et le maintien de son autonomie, en contribuant à doter les établissements des moyens en personnel aides-soignants ou aides médico-psychologiques nécessaires ;
- de permettre la mise en œuvre du projet d'animation proposé par chaque établissement ;
- d'associer étroitement les familles et l'entourage à la prise en charge, notamment en promouvant la création, au sein des établissements, des conseils de la vie sociale ;
- de permettre aux personnels en place de bénéficier d'une meilleure qualification et d'accéder

aux postes de qualification supérieure notamment par la validation des acquis professionnels, lorsque cette dernière est prévue par les textes et de favoriser les actions de soutien psychologique au personnel.

La montée en charge du conventionnement :

Tous les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et toutes les unités de soins de longue durée (USLD) sont désormais conventionnés, ou en voie de l'être.

La montée en charge du conventionnement a démarré lentement en 2002, avec six conventions signées, pour s'accélérer ensuite (onze conventions en 2003, dix-huit en 2004), se poursuivre sur un tempo moins rapide en 2005 (neuf conventions), 2006 (quatre conventions) et 2007 (six conventions) et s'achever, enfin, en 2008.

Les conventions signées en 2002 pour cinq ans sont désormais parvenues à échéance. Leur renouvellement est en cours de négociation, voire déjà concrétisé par une nouvelle convention, pour certaines.

Les effets du conventionnement :

Le cahier des charges national des conventions pluriannuelles contenait plusieurs recommandations tendant à améliorer la qualité de vie des résidents dans les EHPAD :

Elaborer un projet d'établissement

définissant les caractéristiques générales du projet de vie, du projet d'animation et du projet de soins.

Mettre en place des modalités permettant de recueillir les attentes des résidents et notamment le conseil de vie sociale.

Fournir à la personne âgée et à sa famille une information claire sur le fonctionnement de l'institution, les droits et les obligations du résident, ses conditions d'accueil et de prise en charge, notamment lors de l'entrée en institution, à l'occasion de la remise au résident du livret d'accueil, du règlement intérieur et du contrat de séjour.

⁽³⁾ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

La première vague de conventionnement a permis de sensibiliser les EHPAD à la nécessité de rédiger le projet d'établissement et de revoir le contenu de leurs contrats de séjour et règlements de fonctionnement. Cette démarche a été l'occasion d'une réelle réflexion coordonnée d'équipe aboutissant à l'écriture du projet d'établissement, du projet de vie du résident (centré essentiellement sur son histoire de vie), et enfin du projet de soins avec des protocoles et des dossiers individuels tenus par le médecin coordonnateur et le cadre infirmier.

De même, l'accent a été mis sur le développement des conseils de vie sociale. La démarche de projet d'établissement est désormais courante dans les établissements. Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour existent dans quasiment tous les EHPAD, mais ils sont de qualité variable. Certains établissements omettent encore de faire signer le contrat de séjour à l'entrée dans l'établissement. Quant au conseil de vie sociale, il est le plus souvent en place, mais pas nécessairement très actif (réunions peu fréquentes) ou peu connu (trop faible connaissance par les résidents de son existence et de ses attributions, rédaction et diffusion des comptes-rendus parfois aléatoire).

Ces points restent donc à améliorer dans certains établissements.

Mettre à la disposition des personnes âgées des espaces de qualité, tant collectifs que privés

Selon le cahier des charges, en effet, « La conception des espaces doit être la traduction de la spécificité d'un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes, en maintenant un juste équilibre entre ses trois principales composantes :

- être d'abord un lieu de vie, préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social tant entre les résidents qu'entre ces derniers et leurs proches ;
- être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité pour chacun ;

- être un lieu de prévention et de soins où sont prodiguées de façon coordonnée les prestations médicales et paramédicales nécessaires aux résidents. »

Concernant les espaces privés, en particulier, le cahier des charges précisait « qu'aucune chambre, et ce quelle que soit sa surface, ne devrait être occupée par plus de deux personnes et la proportion de chambres à deux lits ne devrait pas dépasser 5 à 10 % de la capacité globale d'un établissement, étant entendu qu'il apparaît plus adapté de prévoir des chambres individuelles pouvant communiquer ».

Les recommandations du cahier des charges, concernant les constructions neuves ou les établissements nécessitant une rénovation lourde étaient les suivantes : « La conception de l'espace privé doit s'apparenter à celle d'un logement afin de conforter l'identité et la sociabilité du résident. Il comprendra toujours un cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaires) et pourra être doté d'une kitchenette. Il est recommandé que la surface minimale atteigne :

18 à 22 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'un logement individuel adapté à l'état de la personne ;
30 à 35 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'un logement pour deux personnes. »

De fait, nombre d'établissements ont profité de la dynamique de la convention tripartite, pour parallèlement envisager un programme de restructuration lourde de leurs locaux, souvent non conformes aux normes de confort précitées, voire parfois non conformes aux normes de sécurité incendie en vigueur.

Plus de 60 % des EHPAD dont les locaux dataient de plus de 20 ans au début de la démarche de conventionnement ont entrepris d'importants programmes de travaux, depuis une dizaine d'années, dont plus de la moitié entre 2002 et 2008. Plusieurs sont encore en cours. Il subsiste cependant des établissements n'ayant encore rien engagé, alors que leurs locaux sont devenus parfaitement inadéquats : il s'agit en particulier des hôpitaux publics.

Ces travaux ne sont pas allés sans provoquer de fortes progressions des frais de séjour à la charge des résidents.

Permettre le renforcement et la qualification des personnels exerçant dans l'établissement

Le cahier des charges recommandait ainsi « de prodiguer des soins et aides de qualité tout en assurant au personnel une meilleure satisfaction dans sa pratique quotidienne, notamment au moyen d'une organisation générale du travail plus efficiente permettant de meilleures conditions de travail, de la mise en œuvre d'un véritable programme de formation (accès aux formations diplômantes, notamment), et d'un renforcement des qualifications (présence d'un médecin coordonnateur et d'une psychologue). »

Dans les faits, chaque établissement est désormais doté d'un ratio total d'encadrement au moins égal à un personnel pour deux résidents, alors que ce ratio s'élevait généralement à un personnel pour trois résidents, en 2002.

Près de 520 postes ETP supplémentaires ont été créés depuis 2002, tous postes confondus. Parmi ces postes, 427 ETP sont des personnels budgétés sur les sections hébergement et dépendance.

L'effort le plus important s'est ainsi porté sur la création de postes d'aides-soignants (323 ETP), et dans une moindre mesure, d'agents de service⁽⁴⁾ (61 ETP).

La création d'un total de 27 postes ETP d'animation, sur la même période, a permis une avancée conséquente, en matière d'élaboration et de concrétisation de projets d'animation dans les établissements concernés.

Chaque établissement l'ayant souhaité, bénéficie également désormais d'un temps de psychologue, généralement égal à 0,20 ETP. Un total de 7,40 ETP a ainsi été créé sur la période.

On relève aussi un effort réel de renforcement des personnels administratifs et de direction, puisque 15 ETP ont au total été créés pour ces fonctions.

Et au-delà des conventions

La période 2002-2008 a également vu d'autres évolutions marquantes :

- La création de places supplémentaires dans les zones moins bien équipées du département sur la

base d'un appel à projet répondant à un cahier des charges précis, intégrant des places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, et lorsque l'architecture le permet, des unités spécifiques pour accueillir des résidents désorientés.

- L'instauration de l'APA en établissement.

Une partie non négligeable des postes créés a pu l'être grâce au dispositif de l'APA. Le département a en effet inscrit à son budget, chaque année entre 2002 et 2008, un crédit supplémentaire de 1,5 million d'euros.

Il faut également souligner tout l'intérêt du versement de l'APA sous forme de dotation globale. Outre certains aspects pratiques sur le plan administratif, ce mode de versement présente l'avantage et la volonté d'épargner psychologiquement à la personne âgée voyant son autonomie se dégrader, l'obligation de subir une augmentation du coût de son hébergement.

- L'organisation de groupes de travail sur les PAIS ayant conduit notamment à la création d'un dossier unique de pré admission en établissement, valable sur tout le territoire de chaque PAIS/CLIC. C'est un outil bien utilisé et faisant apparemment ses preuves.

Des points négatifs cependant avec :

- des moyens financiers jugés toujours insuffisants ou trop tardifs par les établissements,
- la problématique du transport : des résidents vers l'extérieur ou de l'extérieur vers l'accueil de jour,
- la gestion des listes d'attente, élément encore peu fiable à ce jour,
- le devenir des logements foyers, resté longtemps en suspens, et partiellement clarifié par des textes parus en 2007, qui mettent cependant à la charge des départements, la mission d'évaluer la dépendance des résidents.
- le devenir des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) qui a abouti courant 2008 à une répartition de ses lits existants, d'une part en lits destinés à rester USLD selon la nouvelle définition de ce type de structure, et d'autre part, en lits devenant EHPAD.

⁽⁴⁾ *Chargés des tâches de ménage, blanchisserie, et service des repas.*

3. Conclusion

La mise en œuvre du 4^{ème} schéma gérontologique sur la période 2002 - 2008 a été particulièrement marquée par l'instauration de l'APA et ses effets sur la vie à domicile et en établissement des personnes âgées. Au 31 décembre 2008, 15 000 personnes bénéficient de l'APA en Meurthe-et-Moselle et peuvent de ce fait être entourées de professionnels qui les aident dans leur quotidien.

Aux côtés de ces professionnels, il faut aussi souligner la **place importante des bénévoles** qu'ils soient indépendants, en association, ou au sein des Instances Locales Gérontologiques de Coordination (ILGC).

Cette même période a également vu l'installation du nouveau **Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées (CODERPA)**, rattaché au conseil général depuis la loi du 13 août 2004. Cette instance porte-parole des usagers s'est rapidement saisie de ses nouvelles responsabilités et a contribué de façon active au bilan du schéma en cours et à l'élaboration du suivant.



L'INSEE nous livre des précisions fondamentales sur la population meurthe-et-mosellane aujourd'hui et à l'horizon 2020 (*annexe 1*). C'est la conjugaison de ces éléments et des grands principes ayant toujours guidé la politique gérontologique départementale qui va servir à définir les orientations de ce nouveau schéma, organisées autour de 5 grands axes détaillés ultérieurement.

1 Importance des facteurs socio-démographiques contextuels

1. Un vieillissement accru de la population

La proportion de personnes âgées de plus de 60 ans qui était de 19,8 % en 2005, devrait atteindre 25,5 % en 2020, soit une progression de près de 30 % très proche de celle de la Lorraine (31,6%) mais inférieure à celle estimée pour la France entière (35,1 %).

La proportion départementale cache cependant des disparités entre les territoires : pour 4 d'entre eux, la proportion des plus de 60 ans se situerait entre 27 et 29 % (Val de Lorraine, Lunévillois, Brier et Longwy) alors que Terres de Lorraine et Nancy et couronne (respectivement 25,3 % et 22,8 %) seraient en deçà de la moyenne départementale.

La classe d'âge des plus de 85 ans serait particulièrement concernée par cette progression puisqu'elle doublerait au cours de la période. Il s'agit là d'une information essentielle, l'action départementale en direction des personnes âgées s'adressant principalement aux personnes de plus de 80 ans.

En revanche, la classe d'âge des 75 - 84 ans, correspondant aux personnes nées durant la seconde guerre mondiale, diminuerait.

2. Une population dépendante en augmentation contenue

Du fait de la progression différenciée des 3 classes d'âge au-delà de 60 ans, l'INSEE annonce une « évolution contenue des effectifs de personnes dépendantes » (+ 11,8 %) imputable principalement à l'augmentation des personnes de plus de 85 ans.

Cette évolution concernerait essentiellement les personnes à domicile (+17,3% de personnes dépendantes) alors qu'il y aurait une stabilisation en établissement (+ 1 %).

Il est par ailleurs intéressant de relever que, sur cette même période, « le rattrapage de l'espérance de vie des femmes par celles des hommes a pour effet de réduire la période de veuvage du dernier conjoint. Néanmoins, la progression des effectifs de personnes dépendantes à domicile se réalise pour moitié en situation d'isolement. »

3. Le recul du soutien apporté par les aidants naturels

Une précédente étude de l'INSEE « vieillissement et dépendance en Meurthe-et-Moselle – octobre 2006 » indique qu'à l'horizon 2015, les aidants naturels situés à 80 % dans la classe d'âge 50 -79 ans augmenteront deux fois moins vite que les effectifs des personnes âgées dépendantes. L'INSEE observe en outre que la diminution de ce potentiel d'aidants peut s'aggraver du fait de l'augmentation de l'activité féminine, l'éloignement des enfants du domicile de leurs parents âgés, et la séparation plus fréquente des couples.

4. Des revenus inférieurs à 1500 € mensuels pour les ¾ des ménages de plus de 75 ans

L'examen des revenus des ménages de plus de 70 ans montre que :

- 7,3 % ont des revenus inférieurs à 633 €, seuil de ressources en deçà duquel les personnes âgées titulaires de l'APA ne paient aucune participation.
- 39,7 % ont un revenu inférieur à 1019 €, niveau de revenu entraînant une participation de l'ordre de 15 % du montant de l'allocation
- 35,1 % ont des revenus compris entre 1019 € et 1466 €.

sachant que le tarif d'hébergement moyen en établissement se situe autour de 1500 €, 74,8 % des ménages de plus de 70 ans ont des revenus inférieurs à ce tarif.

- 25,3 % ont des revenus supérieurs à 1466 €.

Le revenu médian des ménages Meurthe-et-Mosellans de plus de 70 ans est de 1123 €.

10 % de l'ensemble de cette population perçoit moins de 692 €, et 10 % plus de 2015 €.

En France métropolitaine, ces données sont respectivement de 633 € et 2255 €, soit une dispersion des revenus plus importante que dans notre département.

Rappelons que le revenu minimum d'une personne âgée appelé « allocation de solidarité aux personnes âgées » est de 633,13 € par mois (2008).

La CRAM du Nord-Est dénombre en Meurthe-et-Moselle 2354 titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, et la MSA en compte 147.

L'analyse par territoire révèle une disparité sensible des niveaux de revenus, les territoires de Briey et Longwy étant les plus défavorisés, Nancy et couronne le plus aisé, avec un écart de 4000 € annuels, pour les 75 ans et plus, entre le plus « pauvre » et le plus « riche ».

Enfin, une autre disparité est à relever : celle entre la retraite moyenne d'une femme et d'un homme. D'après une étude de la Direction des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), publiée en novembre 2006, les retraités disposaient en 2004 d'un montant brut moyen de pension égal à 1296€ par mois, le montant de retraite des femmes étant inférieur de 38 % à celui des hommes (1020 € contre 1636 €).

2 Principes conducteurs de l'action gériatrique départementale

Aux facteurs socio-démographiques qui viennent d'être développés, doivent être associées les aspirations des personnes âgées qui s'affirment très clairement en faveur d'un « bien vieillir chez soi », dans un environnement sécurisé et adapté, en restant partie prenante de leur choix, et pouvant bénéficier d'une offre de services diversifiée. Rappelons que seulement 1 % des moins de 75 ans vivent en établissement, proportion qui augmente inéluctablement au-delà de 85 ans (27 %).

L'entrée en établissement doit davantage s'inscrire comme une offre complémentaire en appui de la vie à domicile, en proposant des modes d'accueil plus souples que l'hébergement permanent (accueil de jour, temporaire, accueil de nuit).

Quel que soit le mode d'accueil ou d'accompagnement, il doit respecter le choix et la dignité de chaque personne âgée.

AXE 1

Se sentir bien dans son lieu de vie

Cet adage, fil conducteur du précédent schéma, mais encore réalité concrète sur le terrain, est toujours au centre des préoccupations du département au travers des priorités de ce nouveau schéma, et va mobiliser plus que jamais ses ressources et sa volonté politique sur l'ensemble du territoire meurthe-et-mosellan, sans oublier que « chez soi », ce peut-être aussi en maison de retraite...

1. L'implication confortée dans le dispositif APA et poursuite des orientations du précédent schéma

L'APA constitue un instrument essentiel du soutien à domicile des personnes âgées. Elle couvre à titre principal (93 %) les frais d'intervention d'une aide à domicile employée par la personne ou par un service prestataire. De façon plus marginale mais néanmoins appréciée des personnes âgées, l'allocation participe également au financement d'aides diverses (téléalarme, protections pour incontinence, port de repas à domicile, etc) et d'adaptation de logement.

L'engagement du Département dans la mise en œuvre de l'APA va se poursuivre avec la même dynamique mise au service de l'usager bien entendu (en témoigne l'aspect chiffré du bilan), que celle apportée dans les échanges avec tous les partenaires du soutien à domicile.

Ce principe étant posé, il est naturel de préciser que toutes les orientations préconisées dans le 4^{ème} schéma seront reprises pour celles qui n'auraient pas été complètement finalisées, et pour les plus abouties d'entre elles, bien évidemment confortées et intensifiées.

Ainsi, l'implication sera toujours aussi forte dans le combat mené pour que l'entrée en établissement soit aussi un choix de vie et non plus par résignation ou obligation. L'EHPAD aura vocation à être de plus en plus au service du domicile pour que l'articulation entre les deux lieux de vie soit plus harmonieuse et moins traumatisante. Il pourra s'agir d'intégrer des SSIAD en leur sein, ou de détacher du personnel à domicile pour prendre le relais d'aidants familiaux épuisés pendant deux ou trois jours.

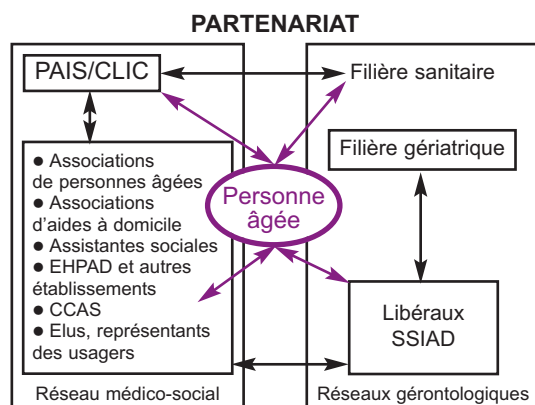
De la même façon, le Département s'attachera à ce que le « chez soi » s'applique également au public âgé différent, et notamment aux personnes adultes handicapées vieillissantes, aux anciens travailleurs immigrés vivant dans des foyers inadaptés au grand âge, et aux personnes marginales pour lesquelles le « chez soi » était souvent la rue. On peut également citer les demandes d'orientations de moins en moins ponctuelles, pour certains détenus âgés à leur sortie de prison.

Enfin ce schéma incitera tout autant à travailler le repérage des personnes isolées, même à leur propre domicile, et pour celles qui ne le sont pas mais qui demandent un accompagnement très pesant à leur entourage, le repérage de ces aidants familiaux en grandes difficultés, souvent source d'actes potentiellement maltraitants, il faut se le rappeler.

C'est pourquoi l'une des missions essentielles de la politique gérontologique du département, à savoir l'animation territoriale de tous les acteurs concernés par les personnes âgées, au travers de ses PAIS, conserve une place indispensable et primordiale, dans les années à venir. C'était un choix voulu par le Département, avant que l'Etat ne mette en place les CLIC, et ce choix de s'investir financièrement dans les PAIS labellisés CLIC s'est avéré très pertinent.

2. La coordination des intervenants sur le territoire

Il s'agit d'un partenariat territorial, facilité en soi par le fait que les partenaires du conseil général au travers de ses CLIC, se retrouvent quasi intégralement au niveau des membres constituant les réseaux de santé gérontologiques créés sur le département.



Développer et structurer la coordination des intervenants par la mise en réseau de tous les acteurs du territoire est en effet un objectif prioritaire, pour dépasser les tâtonnements observés à la mise en place des réseaux de santé gérontologiques dans la création desquels le conseil général était fortement partie prenante, et au sein desquels il a toujours une place importante.

- Les PAIS / CLIC sont des services du Département, et n'ont pas de personnalité morale propre.
- Les réseaux existants, Gérard CUNY à Nancy et agglomération, Sel et Vermois et Grand Couronné, RESEAU à Lunéville, RGVL sur le Val de Lorraine et DOMIRESEAU à Longwy ont choisi comme support le mode associatif. Le conseil général est représenté au sein de ces réseaux, par des élus et des professionnels.

La circulaire du 15 mai 2007 a rappelé les objectifs et les missions de chacun, néanmoins il paraît utile d'en préciser les tenants et les aboutissants, pour une déclinaison judicieuse de leur articulation sur le département de Meurthe-et-Moselle (*annexe 5*). La concertation entre le pilotage des réseaux et le pilotage départemental des CLIC conformément aux préconisations DHOS / DISAS a permis :

- de viser à la cohérence et à la compatibilité des territoires des CLIC et des réseaux de santé gérontologiques,
- d'inciter à une très forte articulation entre CLIC et réseaux, afin d'éviter les doublons et permettre aux usagers et professionnels d'accéder à la prestation adéquate quelle qu'en soit la porte d'entrée,
- d'articuler le schéma gérontologique et le SROS (schéma régional d'organisation sanitaire).

Les missions spécifiques de chacun d'entre eux sont les suivantes :

- Les PAIS / CLIC s'adressent à toutes les personnes de plus de 60 ans d'un territoire concernant les missions d'information, d'orientation et d'actions de prévention et sensibilisation, et à toutes les personnes de GIR 1 à 4 pour l'évaluation et la mise en place d'un plan personnalisé d'autonomie dans le cadre de l'APA.
- Les réseaux gérontologiques de santé s'adressent prioritairement à des personnes de plus de 75 ans à domicile, qui sont potentiellement :
 - des patients gériatriques aux pathologies chroniques et invalidantes rendant critique le maintien ou le retour à domicile,
 - des patients en rupture socio-sanitaire,
 - des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

En raison de ces spécificités, il est important que chaque dispositif soit bien connu des professionnels pour éviter toute confusion et perte de temps préjudiciable à l'usager.

La réponse pourrait-elle venir des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ? C'est une expérimentation à destination d'un public particulier, présent à la fois dans les PAIS, et dans les réseaux gérontologiques.

Ce nouveau dispositif piloté par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) émane directement du plan Alzheimer 2008-2012, et fait suite à un appel à projet lancé pour une quinzaine d'expérimentations dès janvier 2009 sur une période de 2 ans.

Le projet porté par le conseil général associant ses PAIS/CLIC de Nancy-Couronne et Lunéville, et les réseaux gérontologiques de santé Gérard Cuny et Réseaulu, a été retenu, sans doute du fait de ses atouts suivants :

- Il est le pionnier en matière de gérontologie depuis une trentaine d'années.
- Il est le pionnier dans l'installation des CLIC qui concerne à la fois les personnes âgées et les personnes handicapées.
- Il est le pionnier dans la création des réseaux gérontologiques sur le département et calqués de plus sur le secteur géographique des CLIC.
- Il est le pionnier dans le fait d'avoir d'emblée croisé les problématiques de l'âge et du handicap.
- L'installation très précoce de la MDPH dès la loi de 2005, avec reconnaissance de chaque PAIS / CLIC en tant qu'antenne de la MDPH.
- Il assure le secrétariat de l'association Alzheimer 54, précision importante car les MAIA s'intéressent dans un premier temps exclusivement aux malades Alzheimer.

Les **MAIA** s'inscrivent totalement dans le dispositif existant mais visent à renforcer la coordination sanitaire et médico-sociale sans superposition de nouvelle structure, autour de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, quel que soit son âge.

Leur fonctionnement s'appuiera sur la présence dans un lieu unique de coordonnateurs appelés « gestionnaires de cas », pour accompagner et suivre les personnes malades, être leur interlocuteur unique, lorsque leur situation est très complexe. Au terme de l'expérimentation et sous réserve d'une évaluation favorable, les conseils généraux

avec le concours des futures agences régionales de santé (ARS), devraient organiser la généralisation de ce dispositif à tout le département mais aussi à toute personne en perte d'autonomie quel que soit son âge, et préfigurer les futures maisons de l'autonomie.

ACTION N°1

- > Permettre aux usagers et aux professionnels d'accéder à l'ensemble des prestations et services d'un territoire quelle qu'en soit la porte d'entrée.
- > Proposer une articulation judicieuse et complémentaire entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, à formaliser par une convention sur chaque territoire.

3. L'évolution des SSIAD

Les taux d'équipement en places de SSIAD pour mille personnes âgées de 75 ans et plus au 31 décembre 2008 ont été précisés dans le bilan ci-dessus.

L'objectif de création de places nouvelles par territoire, dans le cadre du programme interdépartemental de l'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) relevant de la compétence du préfet de la région Lorraine, et définissant les priorités de créations d'établissements et de services pour personnes âgées, est de créer, sur la période 2009 à 2011, des places de SSIAD dans les secteurs faiblement équipés, de manière à atteindre le taux cible de 18 places pour mille personnes âgées de 75 ans et plus (le taux actuel en Meurthe-et-Moselle est de 15,58). Cet objectif de création de places de SSIAD supplémentaires concernera prioritairement les secteurs de Longwy, Val de Lorraine et Nancy Couronne.

Dans le cadre du plan Solidarité Grand Age, plan pluriannuel gouvernemental de renforcement des moyens des établissements et services pour personnes âgées, les enveloppes de crédits notifiées aux services déconcentrés de l'Etat en Meurthe-et-Moselle sont suffisantes pour permettre le financement des créations de places supplémentaires nécessaires pour atteindre les objectifs décrits ci-dessus.

Les gestionnaires de SSIAD ont été sollicités pour mener une réflexion tendant à la présentation de projets de création ou d'extension de services dans les territoires sous-équipés.

ACTION N° 2

Augmenter la capacité d'accueil en places de SSIAD dans les territoires plus faiblement équipés

Autant le premier axe se déclinera de façon homogène sur l'ensemble du département, autant les axes qui suivent, pourront comporter des actions spécifiques propres à l'un ou à l'autre des PAIS / CLIC.

Ces actions pourront ensuite se généraliser aux autres, en tenant compte des particularités de chaque bassin de vie. Ces thématiques spécifiques ont déjà émergés pour la plupart au cours des travaux préparatoires du schéma.

AXE 2

Vivre pleinement sa vieillesse

1. L'information et la communication autour des prestations et dispositifs existants

Contexte

La mise en place des PAIS a marqué dès le début la volonté du département d'offrir aux personnes âgées un lieu ressource afin de les accompagner dans leur connaissance des dispositifs et les aider dans leurs accès aux droits.

Pourtant, nombre de personnes âgées et de familles se sentent encore démunies en terme d'informations lorsque surviennent les premiers signes de perte d'autonomie.

Actions

Afin de renforcer cette mission d'information et de communication, de l'adapter à la fois aux nouveaux modes de communication, à la multiplication et à la diversité accrue des acteurs et des dispositifs, de nouvelles pistes doivent émerger.

Aussi, la pleine efficacité du schéma départemental et de l'accompagnement des personnes âgées dépendra de la mise en place d'un dispositif important d'information et de communication à l'attention tout à la fois des usagers et des familles ainsi qu'à destination des professionnels.

Cette information devra également avoir comme objectif de favoriser le travail en commun, de permettre la (re)connaissance des uns et des autres, et ainsi de contribuer à conforter les bases nécessaires à la coordination.

Au cours de la préparation du présent schéma, les partenaires du PAIS de Nancy et couronne ont sur ce sujet fait les suggestions suivantes :

1. Mobiliser les acteurs de proximité

Il s'agira de s'appuyer sur les acteurs existants pour en faire des vecteurs de communication en leur fournissant l'information nécessaire et en les sensibilisant à la notion de perte d'autonomie des personnes âgées. Ce maillage et cette transmission d'information devront notamment favoriser le repérage des personnes en perte d'autonomie isolées.

> Formation / information par le PAIS des secrétaires de mairie, personnels des CCAS, Relais des services publics, secrétaires de CMS, etc.

> Partenariat avec la poste pour mettre en place une formation / information des facteurs.

2. S'appuyer sur les modes de communication existants

Chaque acteur développe et diffuse déjà au sein de sa structure (en interne) et avec ses partenaires (à l'externe) des supports de communication : journal (inter)communal, lettre des adhérents, sites Internet, revues mensuelles, bulletins, courriers, etc.

Il s'agira de proposer à ces publications :

- l'insertion d'articles sur tous les dispositifs qui s'adressent aux personnes âgées,
- des communiqués « prêts à publier » qui permettront notamment de faire mieux connaître les PAIS,
- le magazine « Vivre la Meurthe-et-Moselle » pourra également être vecteur d'informations en provenance du PAIS.

3. Rendre le PAIS plus lisible et plus visible

Le terme PAIS n'est pas évocateur de sa mission pour le grand public (voire pour certains professionnels).

Il s'agira qu'il soit mieux identifié, mieux repéré et compris :

- Adjoindre un slogan et / ou un logo à l'intitulé PAIS.
- Décliner le slogan et le logo sur les lieux d'accueil, les véhicules, les documents de correspondance et de communication.

4. Renforcer le partage et l'échange avec les partenaires

Chaque partenaire du secteur gérontologique met en œuvre ses dispositifs, dispose de ses informations.

Il s'agira de créer des outils favorisant l'échange d'information entre le PAIS et ses partenaires, par exemple :

- Créer une plateforme d'échange (blog) par territoire entre PAIS et partenaires.
- Développer l'utilisation du dossier de coordination et de santé, afin que l'on puisse centraliser les informations des uns et des autres au domicile des personnes âgées bénéficiaires de l'APA et ainsi améliorer la coordination entre les acteurs.

ACTION N° 3

Mettre en œuvre tous les moyens d'information et de communication visant à améliorer le repérage du PAIS et des prestations qu'il apporte.

2. La participation de la personne âgée à la vie sociale

1. Accès à la culture, aux loisirs, à la vie de la cité

Contexte

De nombreuses personnes âgées sur les territoires souffrent de ne plus sortir de chez elles, de ne plus pouvoir discuter et échanger avec autrui.

Seule une minorité reste investie dans des actions associatives.

L'offre en matière de loisirs et d'événements culturels est satisfaisante, mais une réflexion doit être menée afin de rendre ces manifestations accessibles (horaires, transport adapté, accessibilité des sites, communication).

Des initiatives afin de favoriser le lien entre les générations et la transmission de savoirs existent mais sont insuffisantes.

Actions

Au cours de la préparation du schéma, les partenaires du PAIS du Val de Lorraine ont sur ce sujet fait les suggestions suivantes :

- Repérer les personnes isolées et faciliter leur participation à la vie du territoire, en s'appuyant sur un réseau partenarial au plus proche de la personne âgée (professionnels de santé, médico-sociaux, communes, associations, voisins, groupes de bénévoles, etc).

- Être un appui pour les communes et associations qui souhaiteraient développer des espaces de rencontres et d'échanges.

- Encourager et développer les cafés des âges afin d'en faire un outil de débat et de participation ou de réappropriation de sa vie citoyenne comme l'a été le café des âges sur la communauté de communes des 3 Vallées (Val de Lorraine). Ce café des âges a été l'occasion d'échanges entre les aînés et les jeunes du territoire sur le thème de la mobilité, autour des actions menées dans le cadre de la convention d'animation jeunesse et territoire.

Il a aussi permis d'affiner l'étude de besoins réalisée par la communauté de communes sur l'expérimentation d'une démarche de transport à la demande, en partenariat avec le conseil général.

- Développer des actions culturelles intergénérationnelles (*ex : projets liés à la mémoire collective d'un territoire, culture industrielle, grande guerre, anciens métiers*).

- Développer l'échange et le partage de savoirs entre les générations (*ex : autour du terroir*) Le projet éducatif territorial initié par le conseil général en faveur des enfants s'inscrit tout à fait dans cette démarche.

- Mettre en place un observatoire et un comité de pilotage sur le territoire afin de :

- > recenser l'offre des différentes activités sociales et culturelles et ainsi améliorer leur diffusion,
- > permettre les échanges d'expériences et les collaborations entre les structures qui proposent ou animent des activités,
- > accompagner ou faire émerger de nouvelles activités (musique à la carte à domicile).

Pour faciliter la mise en place de cet observatoire, l'utilisation des nouvelles techniques d'information sera nécessaire.

ACTION N°4

- > Faire en sorte que la personne âgée reste actrice de son projet de vie.
- > Promouvoir la participation des personnes âgées dans la vie sociale, culturelle et économique des territoires.
- > Favoriser et développer les actions intergénérationnelles.
- > Faciliter par des subventions les initiatives d'associations ou d'instances qui oeuvrent dans le sens de toutes ces actions.

2. Rompre l'isolement

Contexte

Il s'agit de prendre en compte à la fois l'isolement relationnel de certaines personnes âgées et leur sentiment de solitude, ou leur ressenti subjectif de « mal-être ».

Le nombre des personnes âgées isolées a augmenté de 8 % sur le département de Meurthe-et-Moselle, avec 1 457 individus en plus entre les deux derniers recensements.

Les personnes âgées constituent un groupe à risque car particulièrement exposées sur le plan de la dépression, de la souffrance psychologique et de l'isolement social, qui sont des facteurs majeurs de risque suicidaire.

Cette problématique a déjà fait l'objet d'une étude approfondie sur le PAIS/CLIC du Lunévillois où le nombre de personnes de plus de 75 ans vivant seules était de 2502 en 1999, et a permis de faire les propositions suivantes :

Actions

- Repérage des personnes isolées par les professionnels de santé, professionnels de proximité (facteurs, voisins, mairies, bénévoles, gardiens d'immeuble, etc.) développement d'animations à domicile (ADDAM, etc).
- Ouverture d'activités proposées aux plus de 60 ans à des tranches d'âge plus jeunes, pour y associer des préretraités et faire en sorte que ces derniers se préparent progressivement à leur future baisse d'activité.

- Prise de contact direct, par des visites à domicile notamment pour de la transmission d'informations ce qui entretient le lien social.
- Création du Service de Soutien Téléphonique aux Personnes Agées (STAPA).

La particularité du PAIS du Lunévillois est son travail avec le secteur psychiatrique (Groupement Lunévillois de Prévention et Promotion de la Santé Mentale), l'association « Ensemble » (aide aux personnes en souffrance psychique) et « Réseaulu ».

Le « STAPA » a pour mission la prévention du suicide et du mal être chez les personnes âgées de plus de 65 ans de l'arrondissement de Lunéville. Sont prioritaires les personnes isolées géographiquement, souffrant d'une grande solitude, en perte d'autonomie, avec risque de dépression grave.

Ces personnes à risque sont repérées par les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les conseillères en gérontologie, les services d'aide à domicile, les infirmières libérales, les services sociaux des mairies, les associations, la famille et l'entourage, les services hospitaliers, etc.

Les professionnels du 3^{ème} secteur de psychiatrie générale et de l'association « Ensemble » ont pour mission d'effectuer les visites à domicile des personnes âgées avant leur admission dans le dispositif, et de les appeler au téléphone pour les soutenir psychologiquement. Ces appels ont lieu régulièrement, à jour et heure fixes (1 ou 2 fois par semaine). Le rythme des appels est discuté et convenu avec la personne âgée au cours du premier entretien en fonction de ses attentes et de ses besoins. Ce rythme peut être modifié en fonction des événements, et ce toujours avec l'accord de la personne âgée. Ces appels permettent de faire le point sur la situation, d'avoir un lien régulier avec la personne, de lui parler du quotidien, des sujets d'actualité. Ils apportent un soutien moral et psychologique et permettent, si besoin, d'effectuer un relais vers la famille ou le médecin. Une visite annuelle d'évaluation est réalisée.

Les « appelants » travaillent en lien avec l'ensemble des professionnels de la gériatrie et participent à 2 réunions : une hebdomadaire et une mensuelle. Ils ont reçu une formation de base sur la problématique du grand âge.

Ce dispositif fonctionne par l'intermédiaire d'un comité de pilotage qui reçoit et analyse les demandes d'intervention et participe au suivi des prises en charge. Une convention définit les modalités de collaboration entre les signataires.

ACTION N° 5

- > Rompre l'isolement.
- > Redonner l'envie aux personnes âgées d'avoir des projets.
- > Prévenir les conduites suicidaires.

3. Faciliter la mobilité

Contexte

Le déplacement des habitants est un aspect important de la vie quotidienne.

Etre mobile est une nécessité pour tous, y compris pour les personnes âgées. La mobilité favorise la participation à la vie sociale, rompt l'isolement et prévient du même fait la perte d'autonomie.

Pour les personnes âgées les plus fragiles, un déplacement peut nécessiter le recours à un véhicule adapté, voire un accompagnement humain au-delà même du transport. Cette offre de services n'existe pas en tout point du département. Se pose également la question du coût, notamment pour les personnes qui se rendent en journée dans un établissement et ont déjà les frais d'accueil à supporter.

Si certains bassins de vie tels la communauté de communes des 3 vallées ont déjà mené une réflexion très avancée en la matière et adapté l'offre en conséquence, le recensement des besoins des personnes âgées et leur croisement avec l'offre existante restent à faire sur d'autres territoires.

Actions

A l'initiative du Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées de Meurthe-et-Moselle, une étude va être conduite en 2009 sur le territoire de Briey et sur le canton de Vézelize pour précisément mieux appréhender les besoins des personnes âgées et la réponse qui leur est apportée à ce jour.

De même, le Pays du Lunévillois, l'Etat et le conseil général ont souhaité s'engager et soutenir des actions sur la mobilité qui s'inscrivent dans plusieurs directions dont « le soutien des personnes en insertion et recherche d'emploi et des personnes en perte d'autonomie ».

Dans le cadre de l'appel à projet Leader +, le Pays du Lunévillois a défini comme priorité le thème de « la mobilité durable des lunévillois et du lunévillois », dont « la mobilité des publics vulnérables ».

Cet appel à projet est en cours de rédaction et devra être soumis à l'approbation des financeurs potentiels (CRAM, CAF, conseil général, conseil régional) avant d'être diffusé.

D'autres projets ou expérimentations sont en cours et seront utilement observés afin de les faire connaître si leur pertinence est confirmée :

- Mutualisation d'un véhicule entre communautés de communes (projet sur la Vezouze) entre EHPAD, notamment pour faciliter l'accès aux accueils de jour (comme « Omnibus 54 » mis en place par les EHPAD Sainte-Thérèse à Ludres et Notre-Dame-du-Bon-Repos à Maxéville).
- Co-voiturage organisé.
- Transport intergénérationnel (appel à des étudiants pour véhiculer les personnes ne pouvant plus faire de courses, etc).

Enfin, la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées impose la mise en accessibilité des transports en commun à l'échéance de 2015. Les personnes âgées bénéficieront de cette grande avancée.

ACTION N° 6

Faire connaître toute initiative innovante pour favoriser la mobilité des publics vulnérables.

3. La prévention de la perte d'autonomie

Contexte

Le vieillissement de notre population est un véritable défi collectif, et si l'on fait abstraction de certaines considérations pessimistes en termes de financement des retraites, de conflits générationnels, d'image de la vieillesse véhiculée par les médias,

de prise en « charge » de la personne âgée, il faut aussi penser que selon la théorie du philosophe Roger Dadoun, l'homme âgé est un conservateur et un transmetteur de savoirs. L'avancée en âge ne devrait jamais être autant dépréciée, car une personne âgée est la face visible de ce qui a perduré, donc tout supporté et triomphé de beaucoup. C'est pourquoi il est important de ne pas faire l'amalgame du vieillissement normal avec le vieillissement pathologique.

Et en effet, la prévention de la perte d'autonomie ou plutôt de l'installation de la dépendance est une préoccupation importante dans le domaine de la gériatrie. Mais s'il est impossible de prévenir le vieillissement normal avec ses déficiences progressives, il devrait être possible d'agir pour retarder ou atténuer des manifestations plus sérieuses, témoins d'un vieillissement pathologique (maladie d'Alzheimer, accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, etc).

Actions

On retrouvera donc tous les préceptes classiques de la prévention primaire ou secondaire, pour prévenir les chutes, la dénutrition, les troubles de la mémoire avec une hygiène de vie saine, raisonnable en consommation de tabac, alcool, sucres, graisses, drogues en tous genres (y compris l'accoutumance aux somnifères par exemple), riche en apport protéinique et en oméga 3, avec une pratique d'exercices physiques réguliers, une conduite responsable face à sa santé, sans contrôles excessifs mais sans négligence, une stimulation cognitive régulière par la lecture, les mots croisés ou jeux de scrabble.

Un partenariat intéressant semble se conforter avec la MSA, ses « PAC EUREKA » et ateliers « Bien vieillir », ainsi qu'avec les ateliers « Equilibre » et « Nutrition » de la CRAM du Nord-Est, la Mutualité Lorraine et ses ateliers « Fil mauve ».

Il est à noter également que la médecine préventive a accepté d'étendre ses prestations à la population âgée de plus de 60 ans.

Dans un mode de prévention tertiaire, on s'attachera également à travailler le repérage de situations à risques, comme l'isolement de certaines personnes, le comportement agressif conduisant à une autre forme d'isolement de la part des autres, la nécessité d'un diagnostic le plus

précoce possible dans le cadre des maladies d'Alzheimer ou troubles apparentés, l'accompagnement des aidants pour prévenir leur épuisement, et d'éventuels dérapages en matière de maltraitance. Mais en plus de les repérer, il faudrait pouvoir intervenir encore plus en amont pour accompagner ces personnes dans les moments graves de leur vie (départ en retraite, veuvage, maladie grave, etc).

ACTION N°7

- > Soutenir toute action éducative intégrant des thèmes tels que l'hygiène de vie, la stimulation cognitive, etc.
- > Repérer les situations à risque de perte d'autonomie et de vulnérabilité.

4. La bientraitance à domicile comme en établissement

Contexte

Lutter contre la maltraitance n'est pas un objectif nouveau ; en témoignent les nombreux textes législatifs sortis depuis la dernière décennie, mais en particulier la circulaire de mars 2007 avec la création de l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux) et celle très récente d'octobre 2008 préconisant le renfort des inspections et des contrôles dans les services et établissements médico-sociaux.

La nouveauté réside plutôt dans la prise de conscience plus collective de cette problématique. Par ailleurs on note également une évolution du vocabulaire, la lutte contre la maltraitance cède le pas à la « bientraitance ». Le Département bien entendu va s'atteler à poursuivre la démarche qui a toujours été la sienne, à l'intensifier, tant à domicile qu'en établissement.

Il s'agit d'un travail transversal, interdisciplinaire au sein des services du conseil général, visant à protéger toute personne vulnérable quel que soit son âge, et quelle que soit la nature de l'acte maltraitant, avec rédaction et application d'un protocole de conduites à tenir.

1. En établissement

- La signature des conventions tripartites, après lecture attentive des projets de vie, des contrats

de séjour et règlements intérieurs, supposera que l'ensemble des documents traduise le respect et la dignité des résidents et ne comporte aucune clause abusive.

- Des groupes de travail avec les directeurs d'établissement ont été installés sur les PAIS / CLIC, et ont abouti notamment en invitant les directeurs d'écoles de soins infirmiers et d'aides-soignants à l'élaboration d'un guide à l'usage des élèves stagiaires en EHPAD, pour leur inculquer dès le départ les notions fondamentales du « bien traiter les résidents », en insistant particulièrement sur « comment s'adresser à eux, quels mots utiliser, comment écouter leurs souhaits. »

- Le conseil général est copilote local du programme national « MOBIQUAL ».

Pour répondre au souci d'améliorer la qualité des soins des résidents en EHPAD, la direction générale de la santé a initié et confié à la société française de gériatrie et gérontologie la mise en œuvre d'un programme de sensibilisation et de formation sur les quatre thématiques suivantes : soins palliatifs, douleur, bientraitance, dépression.

Dans un premier temps, ce programme concerne les EHPAD. Il sera secondairement étendu aux structures médico-sociales pour personnes handicapées ainsi qu'aux services d'aides et de soins à domicile.

Le fil conducteur de cette démarche de santé publique est la bientraitance. « Adaptable et ouvert à des univers professionnels variés, ce concept est mobilisé pour insuffler au cœur des pratiques de travail un état d'esprit positif et dynamique au service du mieux-être des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ».

Pour s'approprier cette nouvelle vision dans les faits et gestes quotidiens des professionnels sur le terrain, des outils de sensibilisation et de formation ont été développés sur les thématiques évoquées précédemment avec notamment un « kit douleur », un « kit soins palliatifs », une « trousse de bientraitance », et une « mallette dépression ».

Ces outils ont été remis aux établissements lors d'une réunion régionale d'information en mars 2008, avec la consigne d'en privilégier un ou deux dans un premier temps, de procéder à une évaluation des résultats en interne, avant d'appliquer

les deux autres. Une évaluation aura lieu également au niveau national.

A un moment où les conventions tripartites sont en cours de renouvellement, ces supports d'information et de formation peuvent être considérés par les directeurs d'établissement, en lien avec les médecins coordonnateurs et cadres de santé, comme des vecteurs de l'amélioration de la qualité des pratiques dans leurs établissements, tant du point de vue organisationnel qu'en matière d'engagement des personnels.

- Le conseil général s'intéresse également beaucoup aux formations dispensées entre autres par l'institut Gineste et Marescotti (formation à l'« l'humanité »), et par Naomi Feil et ses programmes sur la « validothérapie ».

- Enfin, en ce qui concerne les plaintes arrivant directement par courrier ou téléphone, aux services départementaux, ces derniers mettent tout en œuvre pour les traiter le plus rapidement possible, soit par dialogue avec les établissements en servant de médiateur, soit en s'associant aux inspections diligentées par l'Etat.

2. A domicile

Contexte

Soucieux d'améliorer la formation des aides à domicile pour prévenir la maltraitance à domicile de toute personne vulnérable et conscients de leurs responsabilités, les services d'aide à domicile installés sur le département, ont accepté d'emblée la proposition du département de travailler ensemble les questions suivantes :

- Comment les aides à domicile peuvent-elles repérer les comportements susceptibles d'être qualifiés de « maltraitance » ?

- Avec qui les responsables de secteur peuvent-ils analyser la situation dans le respect de leurs responsabilités ?

- Comment renforcer la coordination des interventions autour des personnes âgées bénéficiaires de l'APA et des personnes handicapées bénéficiaires de la PCH, puisque c'est par le biais de l'obtention de ces prestations que l'on peut observer d'éventuels comportements déviants, et définir ensemble une conduite à tenir ?

Actions

Un protocole a été élaboré par tous les participants du groupe de travail, en cas de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée, et remis aux aides à domicile des services d'aide concernés, après une séance publique d'information sur cette thématique, destinée aux aidants familiaux et professionnels, en mai 2008.

Cette initiative concernant plus particulièrement la moitié sud du département, a été reprise par le PAIS / CLIC de Briey pour Briey et Longwy, les associations d'aide à domicile étant communes à ces deux territoires.

Elle poursuivra le double objectif d'approfondir la formation des aides à domicile sur les questions de bientraitance et de renforcer la coordination des intervenants en mobilisant tous les partenaires concernés sur chaque territoire autour du PAIS / CLIC également antenne territoriale MDPH.

Elle aboutira au niveau départemental à la rédaction d'un livret sous forme de guide simple, qui sera systématiquement remis à chaque salariée des organismes concernés par le partenariat.

Par ailleurs une gestion attentive des plaintes continuera à se faire au cas par cas.

ACTION N° 8

- > Elaborer au niveau départemental une charte de la bientraitance.
- > Contribuer à renforcer l'information et la formation du personnel à domicile ou en EHPAD, à l'aide de protocoles établis et identifiés.
- > Inclure les comportements de bientraitance dans la prise en charge des personnes vulnérables et permettre d'aborder les pratiques professionnelles sous un angle positif.
- > Favoriser les rencontres régulières entre professionnels pour une meilleure prise de conscience de la gravité d'une situation particulière.
- > Renforcer les liens avec les organes de la justice et de la police.
- > Conforter les relations existantes avec l'association ALMA 54.

AXE 3

Se sentir bien dans son lieu de vie

1. Se sentir bien à son domicile

Contexte

Le logement tient une place importante dans le projet de vie de la personne âgée au vu des différentes fonctions qu'il remplit. En effet, de par sa fonction identitaire, le logement va jouer un rôle significatif dans l'équilibre et le bien être de la personne âgée. C'est également dans cet espace physique bien déterminé que s'organise tout le soutien à domicile en particulier l'intervention des professionnels de l'aide à domicile, et de la santé, etc.

Au-delà de cet espace d'intimité domestique, le logement est également un pôle spatial où s'instaure des interactions et des relations de voisinage, des solidarités, des services de proximité contribuant à une meilleure autonomie.

Actions

Au regard des différentes fonctions remplies par le logement, le département se mobilise autour d'une diversité d'actions favorisant le libre choix du lieu de vie par la personne.

Pour répondre aux souhaits profonds exprimés par les personnes âgées, deux axes prioritaires de travail sont retenus sur le territoire de Longwy :

- Privilégier le plus possible le maintien dans le logement. De nombreuses personnes âgées sont très attachées à leur habitat car chargé d'histoire et de souvenirs, lien important avec le passé, repère et repaire.
- Faciliter l'accès au logement autonome lorsque le relogement est nécessaire.

1. Le maintien dans les lieux nécessite de travailler avec les acteurs compétents la question du confort, des adaptations et de la solvabilisation du loyer.

- En effet, malgré une amélioration constante des conditions de logement, il existe encore au niveau du département un certain nombre de personnes âgées occupant des logements non décents, voire insalubres, mettant en péril leur santé, compromettant leur maintien à domicile, et conduisant

à des entrées en hébergement collectif non préparées.

La récente étude de l'INSEE (*annexe 1*) précise que sur le département, 30,7 % des logements des personnes de plus de 60 ans sont sans aucun confort ou avec un confort partiel. Cette proportion atteint plus de 40 % sur les territoires de Briey et Longwy, et même 44,8 % sur le Lunévillois.

Il s'agira de développer un travail partenarial avec les instances départementales, la DDASS, les communes, le CAL, la CAF afin de mieux repérer les personnes âgées occupant un logement dégradé et travailler les solutions à préconiser.

- Malgré la mobilisation et l'implication des bailleurs sociaux dans des actions expérimentales, telles « loge adapt » (sera développé ultérieurement) sur les deux PAIS du nord du département, force est de constater que le taux d'adaptation de logements au vieillissement de la population reste largement en deçà des besoins avérés, et que le sous-équipement en terme d'établissements pour personnes âgées sur Longwy en particulier, constitue un facteur largement aggravant.

Il faudrait réussir à mieux planifier et anticiper les adaptations de logement en incitant les personnes vieillissantes à prévoir les aménagements nécessaires par une communication sur les adaptations réalisables et la réalisation d'un guide des aides financières mobilisables avec une meilleure lisibilité des organismes financeurs potentiels (ANAH, APA, caisse de retraites, etc).

- La solvabilisation du loyer est un autre problème, notamment sur le PAIS de Longwy où son positionnement géographique frontalier avec le Luxembourg, n'est pas sans incidence sur le coût de l'immobilier.

Il faudra s'attacher à prévenir les expulsions pour impayés, fréquentes à la suite du décès du conjoint entraînant une réduction des capacités financières, et rechercher des solutions de financement en lien avec les partenaires concernés.

- Améliorer les conditions de logement des personnes âgées ne suffira pas à favoriser une véritable autonomie des personnes âgées sans la prise en compte de l'adaptation de l'environnement. L'habitat doit être appréhendé dans une dimension large d'intégration sociale prenant en compte la trajectoire individuelle, le logement mais aussi l'environnement et les déplacements.

En effet les problèmes d'accessibilité sont souvent à l'origine de l'isolement social, et un habitat adapté doit prendre en compte l'accessibilité physique des espaces environnementaux (cage d'escaliers, trottoirs, espaces publics et environnement immédiat, commerces et services de proximité, etc).

L'anticipation des besoins en matière d'équipement d'accueil, d'adaptation de logement, et de qualité environnementale doit se faire avec l'habitant.

ACTION N° 9

Favoriser le maintien dans le logement par des aménagements ou adaptations à la perte d'autonomie mieux anticipés.

2. Aide au relogement

- Créer un observatoire des besoins et un état des lieux en habitat s'avère une priorité à l'heure où l'on prône le droit à l'accessibilité pour toutes les personnes handicapées quelque soit leur âge. Depuis 2003, le PAIS / CLIC de Longwy a déjà entrepris des actions en partenariat avec l'agence d'urbanisme AGAPE puisqu'il a expérimenté un outil intranet intitulé « LOGE ADAPT ». Ce dispositif permet de recenser les demandes de logement des personnes handicapées et l'offre locative publique susceptible de correspondre aux besoins identifiés. Si cet outil mérite de nombreuses améliorations, il peut constituer un parfait support dans la création d'un observatoire local des besoins et de l'offre en terme d'habitat.

Le manque de données quantitatives et qualitatives, et d'étude fiable sur les besoins précis des personnes âgées en matière d'habitat limite nos contributions dans la programmation de projets d'habitat de qualité et nécessite donc de développer cet observatoire dédié au vieillissement de la population locale avec des réponses faites dans le souci de respecter au mieux le choix de la personne de son lieu de vie.

ACTION N° 10

Développer l'observatoire des besoins en habitat, avec constitution d'une base de données régulièrement mise à jour.

- Développer une offre de logement adaptée à la demande par un partenariat avec l'ensemble des bailleurs publics et privés.

- Valoriser les initiatives des bailleurs orientées vers des habitats évolutifs pour anticiper le vieillissement. Diverses initiatives et expérimentations ont été menées pour tenter d'offrir des solutions diversifiées et graduées aux personnes âgées : construction de zones pavillonnaires en associant à la réflexion et à la conception un groupe témoin de personnes âgées sur le territoire de Longwy.

- Mobiliser les logements adaptés vacants au profit des personnes âgées ou en situation de handicap grâce à une traçabilité des adaptations réalisées, co-financées par l'ANAH, le conseil général, la MDPH et des caisses de retraite.

- Réfléchir à une méthode de traçabilité du matériel financé par des fonds publics (par exemple monte escaliers) pour réutilisation.

- Par ailleurs, il serait judicieux que les professionnels de la gérontologie et des représentants d'usagers, participent aux groupes de travail organisés par les communautés de commune lors de l'élaboration de diagnostics locaux.

ACTION N° 11

Accentuer la prise en compte du vieillissement de la population dans l'aménagement de la ville de demain en articulant le schéma gérontologique avec les plans locaux d'urbanisme (PLU).

2. Se sentir bien en établissement

1. Des entrées en établissement mieux préparées

Contexte

L'entrée en hébergement collectif est une étape délicate dans le parcours de certaines personnes âgées, qu'elle soit consentie ou envisagée par résignation.

Elle peut même être très traumatisante, quand elle est l'unique solution pour résoudre une situation critique.

Dans certains établissements, il existe un protocole établi concernant l'accueil d'un nouveau résident, avec pour objectif de lui prêter une attention et un

soutien plus marqués ; parfois même, le personnel présent procède au recueil de son histoire de vie dans la première semaine après son arrivée.

Action

L'initiative de deux établissements du PAIS / CLIC de Terres de Lorraine, semble un exemple intéressant à suivre.

En dehors des procédures habituelles qui permettent au futur résident de visiter l'établissement, de rencontrer le directeur, le médecin et parfois le psychologue, il lui est éventuellement proposé de passer une journée dans la structure et d'y prendre un repas, de préférence accompagné de sa famille.

Mais d'autres possibilités ont été envisagées. C'est le cas de l'EHPAD de Royaumeix, où quelques jours avant l'entrée, deux professionnels qui seront dans l'établissement le jour de l'admission, viennent rendre visite à la personne à son domicile (ou parfois à l'hôpital lorsque l'entrée se fera directement), et se renseignent sur ses habitudes, dans son cadre habituel de vie. Les informations recueillies seront transmises à l'ensemble du personnel pour mieux préparer sa chambre (disposition des meubles), prévoir ses horaires usuels (heure du lever, du petit-déjeuner, ses préférences gustatives, etc).

Pour le résident c'est un repère essentiel, il sait qu'il sera attendu, que ces personnes venues le rencontrer seront ses référents et l'aideront à franchir ce cap très difficile qui est d'accepter de quitter ce qui a fait toute sa vie.

Les entrées à l'EHPAD de Toul se font dans le même état d'esprit et cette visite à domicile, outre les aspects déjà évoqués, offre également l'avantage de bien vérifier que la personne sait qu'elle va entrer en maison de retraite et sinon de la préparer davantage à cet événement. Parfois la famille est présente lors de cet entretien, et c'est alors l'occasion de travailler avec elle aussi cette entrée, car elle se culpabilise beaucoup, et il faut énormément de patience pour expliquer et dédramatiser.

2. La recherche plus aisée d'une place en établissement

Contexte

Concernant les établissements pour personnes

âgées dépendantes, le département a notamment pour mission de planifier et de mettre en œuvre une politique territoriale adaptée aux besoins des personnes âgées, ce qui nécessite une connaissance précise de ces besoins et de leur évolution. C'est aux PAIS / CLIC, service territorialisé du département, qu'incombe le rôle d'observatoire des besoins et des réponses apportées, en parallèle à leur mission d'écoute, d'information et de conseil aux familles.

Or il apparaît que :

- les PAIS / CLIC manquent d'informations pour renseigner les usagers et leur famille sur les délais moyens d'admission en EHPAD, et sur l'importance et les variations de leur liste d'attente,
- les PAIS / CLIC sont régulièrement interpellés par les directeurs d'EHPAD qui évoquent pour certains l'importance du nombre de demandes d'admission dans leur structure et ainsi, un écart ressenti entre l'offre de lits en établissement et la demande.

A ce jour, chaque établissement constitue et gère individuellement sa liste d'attente. Or l'addition du nombre d'inscrits sur la liste d'attente de chaque établissement ne constitue pas le reflet exact de la réalité des besoins exprimés d'entrée en établissement. Pour parvenir à cet objectif, un retraitement de l'information est nécessaire afin de tenir compte des doublons et des demandes d'admission devenues obsolètes.

Cela nécessite que l'un des acteurs centralise les données des établissements volontaires ; le PAIS / CLIC, dans sa fonction d'observatoire territorial et de coordination réalise ce travail de retraitement de l'information, sans toutefois prendre part à la décision finale d'admission qui relève de la compétence de chaque établissement.

Actions

L'exemple du territoire de Briey : créer puis faire vivre un outil territorial de suivi des listes d'attente en EHPAD en temps réel.

Sensibles au problème des listes d'attente en EHPAD, les acteurs (EHPAD, CODERPA, les deux hôpitaux du territoire, la DDASS, le CG) du territoire de Briey concernés par l'entrée en établissement des personnes âgées se sont mobilisés autour du PAIS / CLIC pour construire

un outil de suivi des demandes d'entrée en EHPAD, dont la maquette est présentée en annexe 6.

Les établissements remplissent le tableau et le renvoient au PAIS / CLIC toutes les 6 semaines. Les animatrices du PAIS sont alors chargées de supprimer les doublons, d'actualiser le tableau puis de restituer par messagerie la liste mise à jour des demandes. Tous les organismes participant au dispositif en sont destinataires.

En août dernier, l'actualisation a montré que 148 personnes âgées étaient inscrites sur listes d'attente sur le territoire de Briey et qu'elles remplissaient un dossier d'admission dans 1,4 établissement en moyenne.

La généralisation aux autres territoires

Sur la période du schéma, l'objectif est la mobilisation des partenaires autour de la mise en place et du fonctionnement d'un dispositif comparable sur les 5 autres territoires, pour permettre aux PAIS / CLIC à la fois de lever les difficultés d'information des familles quant au délai moyen d'entrée en établissement et de jouer pleinement leur rôle d'observatoire des besoins d'hébergement sur un territoire.

Méthode

- Sur chaque territoire, organisation de réunions en vue de présenter le dispositif, de sensibiliser à ses propriétés et d'échanger autour de l'adaptation éventuelle de l'outil aux attentes des partenaires locaux.
- Appropriation de l'outil et détermination d'une méthode de recueil, de retraitement puis de restitution de l'information par les animatrices des PAIS.
- Le nombre de structures participant de façon suivie au dispositif, ainsi que la périodicité effective de la mise à jour des listes d'attente seront des indicateurs intéressants de la généralisation effective de ce dispositif à tous les territoires.

ACTION N° 12

Permettre aux personnes âgées et à leurs familles d'aborder plus sereinement l'entrée en établissement.

3. La poursuite du processus de conventionnement

Contexte

Le 5^{ème} schéma verra se poursuivre le processus de conventionnement, avec, dès 2008, les premiers renouvellements de conventions.

Le dispositif de conventionnement tripartite est ainsi reconduit par l'Etat, pour l'instant. La contractualisation Etat / Département / établissement a en effet fait ses preuves, réduisant l'incertitude des établissements quant aux moyens en personnel dont ils disposeront à l'avenir et permettant aux financeurs d'avoir un regard pluriannuel sur l'évolution des établissements et les crédits à programmer.

La mise en place du 5^{ème} risque, prévue pour janvier 2010 a priori, pourrait bouleverser le mode de financement des établissements. On relèvera en particulier le souhait, émis par le président de la République, de mettre en place une prestation unique dégressive, calculée à la fois en fonction du revenu et de la perte d'autonomie, mais tenant compte d'une participation financière accrue des bénéficiaires, avec la suggestion d'un système de "gage volontaire" sur le patrimoine. Le développement parallèle de systèmes de prévoyance, afin de compléter l'allocation unique, serait également envisagé.

On notera également les préconisations du rapport d'étape de juillet 2008 de la mission d'information du Sénat (rapport Marini /Vasselle), tendant à obtenir « un reste à charge maîtrisé pour les résidents et une dépense plus efficace en établissement ». Il s'agirait en particulier de modifier le mode de répartition des charges entre sections tarifaires hébergement, dépendance et soins, afin de réduire le reste à charge du résident, en majorant parallèlement le financement public.

Actions

Les orientations données aux conventions tripartites par le 4^{ème} schéma seront poursuivies et prolongées : Il s'agira ainsi, tout en réaffirmant la préoccupation du Département de contenir la progression annuelle des frais de séjour à la charge des résidents :

- De permettre la mise en œuvre du projet d'établissement proposé par chaque structure, en dotant l'établissement des moyens en personnel adéquats. Seront ainsi privilégiés les créations de

postes d'animateur (au moins 1 ETP, voire 2 ETP pour 80 personnes) et de psychologue (au moins 0,20 ETP pour 80 personnes).

- De continuer à encourager l'individualisation de la prise en charge de chaque résident et le maintien de son autonomie, en contribuant à doter les établissements des moyens en personnel qualifié (aides-soignants ou aides médico-psychologiques) nécessaires.

- D'inciter l'intégration dans les plans de formation, au-delà des formations qualifiantes et diplômantes, des formations favorisant la bientraitance et l'adoption d'attitudes professionnelles empreintes d'humanité.

- De rappeler l'obligation légale faite aux établissements de fournir à leurs résidents et futurs résidents une information claire sur le fonctionnement de l'institution, leurs droits et obligations et leurs conditions d'accueil et de prise en charge.

Le livret d'accueil, auquel est annexée la charte des droits et libertés de la personne accueillie, ainsi que le règlement de fonctionnement doivent ainsi être remis au résident, dès son entrée dans l'établissement.

Le contrat de séjour doit également être conclu dès l'entrée. Avant toute signature, il est indispensable d'expliquer et de commenter au résident les clauses de ce contrat, afin qu'il ne le signe qu'en toute connaissance de cause.

Le conseil de vie sociale doit être mis en place et fonctionner de façon effective, les relevés de conclusion des réunions de cette instance, à porter à la connaissance des résidents qui le souhaiteront, devant pouvoir en témoigner.

Outre le conseil de vie sociale, les gestionnaires des établissements devront mettre en œuvre tout moyen d'information de l'ensemble des familles (courrier individualisé, réunion des familles, etc.), lorsque sont envisagés et programmés de forts réajustements des tarifs hébergement d'une année sur l'autre. Une information très en amont devra également être privilégiée.

ACTION N° 13

Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations par une individualisation accrue de l'accompagnement de chaque résident.



AXE 4

Bénéficiaire d'une offre diversifiée

Il importe qu'une personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, sa perte d'autonomie, sa pathologie, son histoire de vie ou sa culture puisse trouver la réponse la plus adaptée à ses besoins.

Aujourd'hui, une personne âgée dont l'autonomie diminue se voit tout d'abord proposer l'intervention d'un service d'aide à domicile qui va l'aider à accomplir les actes essentiels de la vie (se lever, faire sa toilette, s'habiller, préparer et prendre ses repas, etc) puis, lorsque ses besoins en aide humaine s'avèrent trop importants, l'entrée en établissement est souvent envisagée.

De plus en plus, les personnes âgées sont en attente d'autres alternatives et expriment des besoins qui sont ni prévus, ni couverts par les dispositifs classiques d'aide et d'hébergement.

En, outre, certaines d'entre elles ne peuvent s'inscrire dans les organisations existantes du fait de leur handicap ou de leur culture.

Il y a nécessité d'adapter les réponses à ces nouvelles demandes, et ainsi rompre avec le schéma classique du « tout domicile » ou « tout établissement ». Le développement d'une offre de service diversifiée ou de modes innovants d'accueil doit toutefois prendre en compte la question du « reste à charge » des personnes âgées, les revenus d'une large majorité d'entre elles ne permettant pas de contribuer à un niveau élevé.

1. La diversification des prestations des services d'aide à domicile

Contexte

Le département est aujourd'hui bien couvert par les services d'aide à domicile, les personnes âgées ayant en tout point du territoire le choix entre 2 à 3 organismes prestataires et un mandataire. Ces services, initialement dénommés services d'aide ménagère, ont su s'adapter à une population en perte d'autonomie en développant des prestations davantage centrées sur l'aide à la personne (lever, toilette, habillage, etc). Au fil du temps, et à l'écoute des demandes des personnes âgées, ils ont proposé d'autres offres telles que l'accompagnement pour faire les courses, aller chez le médecin...

Aujourd'hui, les attentes ont encore évolué. A titre d'exemple, l'inquiétude et l'insécurité ressenties la nuit par les personnes seules ou celles ayant un conjoint âgé malade amènent certaines à solliciter un hébergement de nuit pour elle-même ou leur conjoint, ou d'autres à demander le passage au cours de la nuit d'un service d'aide à domicile. Le week-end peut également être source de difficultés notamment pour les personnes isolées, lorsque l'aide à domicile ne vient pas. Et puis, certains aidants naturels apprécieraient de disposer d'un temps de répit sur quelques jours tout en permettant à la personne âgée de rester chez elle ; le « baluchon Alzheimer » développé en Belgique répond à cette attente : la « baluchonneuse » s'installe au domicile de la personne âgée pendant l'absence de l'aidant naturel. Ce dispositif très innovant est déjà expérimenté dans notre département grâce à la volonté conjugée d'une famille et de l'association *Garde*.

Actions

Il y a lieu d'organiser la mutualisation de moyens entre les organismes d'aide à domicile existants afin de développer sur chaque territoire une offre de services complète couvrant, outre les prestations classiques d'aide à domicile, des interventions non programmées la nuit et le week-end, et intégrant un système d'astreinte 24h/24h.

Il conviendra de prévoir dans un premier temps un fonctionnement expérimental sur un seul territoire sur la base du volontariat des services d'aide à domicile qui y sont implantés. L'expérimentation inclura dans toute la mesure du possible le déploiement du baluchonnage. Le financement sera assuré par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et le Département dans le cadre d'une convention pluri-annuelle de modernisation de l'aide à domicile qui prendra effet dès 2009.

ACTION N° 14

Contribuer à offrir un éventail plus large de prestations à domicile notamment en expérimentant un dispositif d'interventions à la carte.

2. Les alternatives au "tout domicile" ou "tout établissement"

Contexte

Depuis un certain temps, une demande nouvelle s'exprime de la part de personnes âgées vivant

seules dans un logement devenu trop lourd à entretenir et aspirant de ce fait à un lieu de vie plus petit et mieux sécurisé, tout en restant dans leur environnement familial. Plusieurs municipalités et intercommunalités ont d'ailleurs relayé cette attente et sont prêtes à accompagner voire porter des projets allant dans ce sens.

Certains modes alternatifs entre domicile et établissement sont bien connus et ont sans conteste leur place dans la palette de l'offre proposée aux personnes âgées. Il s'agit en particulier du foyer logement et de l'accueil familial. D'autres ont un caractère plus expérimental mais pourraient tout à fait être développés en Meurthe-et-Moselle.

1. Le foyer-logement

Après quelques interrogations encore récentes sur sa pertinence, ce type de structure installé de longue date, a sa place dans le dispositif d'accueil existant, compte tenu de son accessibilité financière mais aussi parce qu'il permet de conjuguer vie à domicile et rupture de l'isolement. Le département de Meurthe-et-Moselle compte 50 foyers-logements bien répartis sur l'ensemble des territoires.

L'évaluation effectuée par l'équipe médico-sociale du Département en 2008 – début 2009 de l'autonomie des résidents montre que la grande majorité des établissements a un Gir Moyen Pondéré (GMP)⁽⁵⁾ très inférieur à 300, niveau au-delà duquel une médicalisation s'impose.

2. L'accueil familial

Il constitue un mode d'accueil demandé et bien adapté à certaines situations. Cependant, ses contraintes au regard notamment de la disponibilité exigée de la part des accueillants familiaux (365 j / an, 24h/24h), de leurs droits sociaux limités (pas d'indemnités chômage notamment) et de leur total isolement professionnel, constituent de sérieux obstacles et dissuadent certains candidats. Le nombre de familles agréées accueillant des personnes âgées reste très modeste en Meurthe-et-Moselle (*cf données chiffrées dans Partie 1*).

⁽⁵⁾ Indicateur de la perte d'autonomie des résidents d'un établissement.

3. Des modes d'accueil plus innovants

A la demande du Département, le Centre Régional d'Etudes et d'Actions en faveur des personnes Inadaptées de Lorraine (CREAL Lorraine) a réalisé au 1^{er} semestre 2008 une recherche sur les expérimentations développées en France et en Belgique en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Les principaux enseignements sont les suivants :

- Concernant les personnes âgées, les concepts expérimentés sont souvent basés sur une cohabitation de personnes âgées et de leurs « aidants » dans une maison, avec en rez-de-chaussée des studios réservés aux personnes âgées ainsi qu'un espace de vie commun, et à l'étage un appartement occupé par une famille d'accueil ou une auxiliaire de vie sociale et un studio pour son remplaçant. Dans tous les cas, les aidants sont eux-mêmes salariés d'une association, d'un établissement, d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale. Ils accèdent ainsi aux mêmes droits que tout salarié, sont intégrés dans une équipe de professionnels et accompagnés dans la prise en charge des personnes âgées. Dans les expérimentations répertoriées, la famille d'accueil ou l'auxiliaire de vie sociale veille sur 2 ou 3 personnes âgées. Les écueils principaux de ce mode innovant résident d'une part dans son coût quasiment identique à celui d'un établissement d'hébergement, d'autre part dans l'absence de cadre juridique de référence, et enfin dans l'insuffisance de recul sur sa pertinence.
- D'autres expérimentations recherchent plutôt la dimension inter-générationnelle. Par exemple, un foyer-logement de personnes âgées réserve quelques chambres à des étudiants auxquels il est demandé d'assurer une veille de nuit. Ou encore, une résidence est conçue pour favoriser une véritable mixité générationnelle, par la cohabitation de jeunes familles et de personnes âgées, l'intégration de différents équipements tels que halte-garderie, ludothèque, espace de rencontre, point accueil services, et la signature par chaque occupant d'une charte d'engagement de soutien mutuel.

- Enfin, des formules plus classiques d'habitat regroupé émergent. Certaines proposent des services, d'où l'appellation résidences-services, de différentes natures : de la simple présence sécurisante d'un concierge ou d'une maîtresse de maison qui assure une fonction de veille et d'alerte à la mise à disposition d'un service d'aide et de soins à domicile dédié à la résidence. En Meurthe-et-Moselle, à l'initiative de certaines communes en partenariat avec Meurthe-et-Moselle Habitat, ce type de concept a vu le jour mais n'est pas assorti de service. Les locataires n'en éprouvent pas encore le besoin tout en exprimant leur satisfaction d'occuper un logement de plain pied et dont la taille est plus adaptée à leurs besoins.

Actions

Le Département souhaite conforter les alternatives entre domicile et établissement déjà existantes, et notamment le foyer-logement et l'accueil familial.

- Le foyer-logement est une structure qui a toute sa place dans la palette des équipements proposés aux personnes âgées. Leur nombre et leur implantation territoriale permettent aux personnes âgées souhaitant y être accueillies de ne pas trop s'éloigner de leur environnement familial. Toutefois, le taux d'occupation de certains d'entre eux est relativement bas et pourrait justifier une reconversion d'une partie de la capacité d'accueil. Les services départementaux et de l'Etat peuvent accompagner les gestionnaires prêts à engager une réflexion sur l'évolution de leurs établissements lorsque ceux-ci ne répondent plus que partiellement aux besoins de la population âgée locale.

La médicalisation des foyers-logements pour personnes âgées, et donc leur transformation totale ou partielle en EHPAD est prévue par la réglementation, à l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles, lorsque le niveau de dépendance moyen de l'établissement dépasse un seuil fixé réglementairement.

Jusqu'à fin 2008, aucun foyer-logement pour personnes âgées de Meurthe-et-Moselle ne présentait des critères impliquant l'obligation de se transformer, même partiellement, en EHPAD.

La dernière évaluation sur ce point a été menée en 2008, et la question de la médicalisation, peut

être examinée au cas par cas, en fonction des objectifs que les gestionnaires peuvent proposer pour tenir compte de l'évolution de la population accueillie.

- L'accueil familial est parfaitement indiqué pour les personnes âgées ne pouvant plus vivre seules mais refusant la perspective d'un hébergement collectif.

Le Département poursuivra les démarches déjà engagées en vue du développement du nombre des accueillants familiaux.

Des actions de communication pour faire connaître ce métier seront notamment relancées périodiquement ; avec le soutien de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole, l'une sera davantage ciblée en direction des agriculteurs qui souhaiteraient une activité complémentaire.

Et surtout l'adossement du réseau des accueillants familiaux à un établissement médico-social sera recherché en vue d'organiser plus aisément leur remplacement et rompre leur isolement professionnel. La reconnaissance du statut de salarié prévue dans un texte à paraître prochainement constituera à cet égard un atout supplémentaire.

S'inspirant des expérimentations évoquées ci-dessus, le Département est également prêt à accompagner toute initiative innovante sous réserve de l'existence d'un véritable partenariat entre commune, intercommunalité, bailleur social, établissement ou service médico-social qui se traduise à la fois dans la conception même du projet, son financement et bien sûr sa mise en œuvre. Une attention particulière sera portée d'une part sur l'adaptabilité du concept, les besoins des personnes âgées pouvant évoluer dans le temps, d'autre part sur son coût, la part à charge des personnes âgées devant être compatible avec la retraite moyenne d'un Meurthe-et-Mosellan.

Par ailleurs, outre être bien ancré sur son territoire d'implantation, le projet devra pouvoir s'appuyer sur une offre de santé et médico-sociale suffisante. Enfin, l'instauration d'un partenariat privilégié avec un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes devra être envisagée de façon à permettre si nécessaire l'accueil temporaire ou permanent d'une personne âgée qui ne pourrait plus rester dans son domicile.

4. Développer au sein des établissements existants des modes d'accueil plus souples favorisant la complémentarité domicile/établissement

Contexte

La maison de retraite ne peut plus se concevoir exclusivement comme le dernier lieu de vie. Elle doit être un lieu de passage et de vie où la personne peut séjourner un temps seulement, pendant l'absence de ses aidants habituels par exemple, pour rompre sa propre solitude, ou permettre une approche en douceur d'un hébergement permanent.

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire ont été conçus à cet effet. Ils contribuent également à une ouverture de l'établissement sur l'extérieur en amenant un souffle nouveau au sein du groupe des résidents permanents.

Dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age et du Plan Alzheimer 2008 – 2012, les services de l'Etat soutiennent fortement, sur le plan de la prise en charge des soins, les créations de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Pour l'accueil de jour, un financement est de plus accordé par les services de l'Etat sur la section budgétaire soins, pour la prise en charge partielle des frais de transport des personnes prises en charge en accueil de jour.

Aux côtés de ces modes d'accueil désormais bien connus, émerge une nouvelle demande pour un accueil restreint à la nuit. Les personnes à l'origine de cette sollicitation sont des conjoints ou enfants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés qui auraient besoin afin d'assumer pleinement leur rôle d'aidants naturels en journée, d'un vrai moment de répit la nuit.

Action

L'ensemble des établissements qui s'ouvriront au cours du présent schéma a été invité à prévoir dans leur projet des unités d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

L'accueil de nuit doit être expérimenté avec quelques établissements afin de mieux appréhender sa faisabilité, tant au niveau de l'organisation de l'établissement que sur le plan financier.

ACTION N° 15

> Conforter et faire évoluer les modes alternatifs existants.

> S'ouvrir à d'autres dispositifs innovants répondant à notre cahier des charges.

3. L'évolution de la capacité d'accueil en hébergement permanent

Contexte

Fin 2008, le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées restait faible dans les territoires de Longwy et Briey, et dans une moindre mesure sur Terres de Lorraine, par rapport au taux moyen départemental.

Le territoire de Longwy devrait cependant voir son déficit en places se résorber en partie sur la période du 5ème schéma, avec l'ouverture de quatre structures prévues sur ce secteur par le précédent schéma. Elles seront implantées sur les communes de Villerupt, Ville-Houdlemont, Lexy et Hussigny-Godbrange et augmenteront ainsi la capacité d'accueil du territoire de 280 places supplémentaires d'hébergement permanent. Le premier de ces établissements s'ouvrira en 2010.

En revanche, le territoire de Briey reste sous-équipé en EHPAD à horizon 2012, par comparaison aux autres territoires départementaux, ceci même si l'on tient compte de l'ouverture programmée de l'EHPAD d'Homécourt d'une capacité de 68 places d'hébergement permanent.

Enfin, le territoire de Terres de Lorraine verra également l'implantation d'un nouvel établissement de 80 places situé à Foug.

Le nombre de places en unité Alzheimer reste faible en Meurthe-et-Moselle, par rapport aux besoins évidents d'individualisation de la prise en charge des personnes atteintes de cette pathologie. Le taux d'équipement en places d'accueil de jour reste également inférieur au niveau national.

Actions

Proposer une offre diversifiée passe par les préconisations suivantes :

- Quel que soit le territoire concerné, donner la priorité à la création de places d'unité Alzheimer au sein d'établissements existants (par reconversion de places d'hébergement permanent).

Lorsque l'EHPAD devient la seule structure pouvant accueillir des personnes à des stades de plus en plus évolués de la maladie, la structure d'accueil doit impérativement être adaptée dans son organisation même aux différents types de pathologies accueillies.

En conséquence, le Plan national Alzheimer 2008-2012 comprend un objectif d'amélioration de la prise en charge en établissement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec deux orientations :

- > La poursuite de la création de places dédiées à l'accueil de patients Alzheimer en réduisant les écarts interrégionaux.
- > L'adaptation des modalités d'organisation des EHPAD aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, seul moyen d'éviter les hospitalisations répétées.

Le Plan national Alzheimer 2008-2012 envisage ainsi deux types d'unités :

- > des unités de soins et d'activités adaptés fonctionnant la journée destinées à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement modérés ; une telle unité fonctionne pendant la journée, avec un retour des résidents dans leur unités habituelles d'hébergement à la fin de la journée ; elle repose sur l'aménagement de quelques pièces (salles d'activités, sanitaires, etc) et d'une zone de déambulation, et sur la prise en charge par du personnel formé (soins spécifiques et réadaptation) et en nombre suffisant ;
- > des unités d'hébergement « renforcées » de 10 à 15 places comprenant les lieux d'animations et d'hébergement pour les personnes présentant des troubles du comportement importants, avec une montée en charge progressive du taux d'encadrement.

Les services de l'Etat proposeront, dans le cadre de négociations avec le conseil général et les établissements concernés, la mise en œuvre progressive de ces objectifs du Plan national Alzheimer 2008-2012.

- Accepter le principe de la création de places supplémentaires sur les territoires de Briey et Longwy, par extension de la capacité de structures existantes.

- Prendre en considération le critère de la taille optimale, pour permettre la création de quelques places supplémentaires, même dans les territoires mieux équipés. En effet, certains petits établissements (moins de 60 places), situés sur des territoires bien équipés, souhaitent une extension de leur capacité, afin de parvenir à une optimisation de leurs coûts fixes. Il s'agirait ainsi de permettre, à la marge, et uniquement en vue d'une optimisation des coûts fixes, de petites extensions de capacité de structures existantes.

- Maintenir le principe d'une aide financière du Département à la réalisation des programmes de construction d'établissements nouveaux et de réhabilitation des structures existantes.

L'enveloppe consacrée à cette politique, égale à plus de 3,3 millions d'euros en 2009, devrait perdurer. Plusieurs critères touchant à l'inscription obligatoire dans une démarche de développement durable des projets financés seront ajoutés aux actuels critères d'éligibilité des projets prévus par le règlement départemental d'aide à l'investissement consacré aux opérations d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées.

- Appliquer la réforme des unités de soins de longue durée (USLD)

Cette réforme a été mise en œuvre à partir de la parution de la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, et s'applique progressivement à toutes les USLD.

Le contexte réglementaire de la réforme.

Le texte de loi précité a introduit dans la réglementation une réforme des unités de soins de longue durée (USLD) impliquant la transformation partielle de ces structures en capacité médico-sociale.

Les USLD sont des structures de nature sanitaire, définies par l'article L.6111-2° du code de la santé publique. Selon ce texte, les USLD, comportent un hébergement et prennent en charge des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

La réforme a pour but de mettre en adéquation les moyens accordés pour la prise en charge des personnes nécessitant réellement une surveillance médicale continue et des soins importants , et implique donc de transformer en capacité médico-

sociale la partie de la structure qui n'accueille pas de patients requérant des soins de ce type.

Ainsi, des critères ont été précisés par un arrêté ministériel du 12 mai 2006, pour compléter la définition des USLD inscrite dans la loi.

Selon ce texte, ne doivent rester USLD, que les unités : « accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum ».

La première étape a consisté à évaluer dans toutes les USLD, le besoin de prise en charge des soins auprès de l'ensemble des patients, pour définir le nombre de patients pour lesquels la prise en charge nécessaire correspond strictement à la nouvelle définition des USLD.

Ces évaluations ont été réalisées par les médecins responsables des USLD, au moyen d'un outil informatisé, le logiciel Pathos, qui est une grille d'analyse des soins requis ; et ont ensuite été validées par l'échelon régional du service médical du régime général de l'assurance maladie.

La deuxième étape est la décision proprement dite de partition des capacités initiales d'USLD, prenant la forme d'un arrêté conjoint du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine et du Préfet de Meurthe-et-Moselle, pris pour chaque structure afin de :

- > définir le nombre de lits correspondant à une prise en charge USLD « nouvelle définition »
- > transformer le reste des lits en capacité d'hébergement médico-social (EHPAD).

La troisième étape consiste à renégocier, pour chaque établissement concerné, les objectifs et moyens de chacune des deux nouvelles sous-structures : l'USLD « nouvelle définition » et la partie transformée en EHPAD.

L'application de la réforme en Meurthe-et-Moselle :
Sur l'ensemble de la Meurthe-et-Moselle, la capacité initiale était de 13 structures de type USLD comprenant 1090 lits.

Au 1^{er} janvier 2008, 6 établissements ont été concernés par la mise en œuvre de la réforme, 2 en janvier 2009 et 5 devraient l'être en janvier 2010.

Lors de la renégociation des moyens en personnels, au moment de la transformation des structures, l'octroi des crédits en section budgétaire soins, par les services de l'Etat et de l'ARH, s'effectue en fonction de la charge en soins techniques ce qui conduit :

- > à renforcer de manière significative les budgets USLD « nouvelle définition »,
- > à maintenir aux lits redéfinis EHPAD les moyens affectés auparavant.

Du point de vue tarifaire, les structures issues de la partition restent soumises à la réglementation relative au conventionnement tripartite et à la tarification ternaire, et les personnes prises en charge continuent ainsi à régler leurs frais de séjours et à bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les mêmes conditions qu'auparavant.

ACTION N°16

- > Poursuivre le rééquilibrage de la capacité d'accueil en hébergement permanent sur tous les territoires.
- > Donner la priorité à la création de places en unités Alzheimer au sein d'établissements existants.

4. La prise en compte des besoins spécifiques de certaines personnes âgées

1. Les personnes handicapées vieillissantes

Contexte

Les personnes handicapées, leurs représentants et les professionnels qui les accompagnent partagent désormais l'idée qu'il n'existe pas de réponse unique aux situations très diverses des personnes handicapées confrontées au vieillissement. Il convient à l'évidence de privilégier une palette de solutions de proximité, avec des modalités d'accueil et d'aide diversifiées. Si dans certains cas, les réponses apportées aux personnes âgées

peuvent convenir aux personnes handicapées prenant de l'âge, ce ne peut être systématique. Le parcours de vie de la personne et la spécificité de son handicap sont à cet égard déterminants. De même, pour les uns, l'établissement constitue la réponse la plus adaptée, alors que d'autres font résolument le choix de vieillir à domicile ou bien recherchent des solutions intermédiaires de type résidence-service.

Ainsi, en Meurthe-et-Moselle, sont apportées des réponses traditionnelles :

- accueil des personnes handicapées en maison de retraite, voire accueil conjoint du dernier parent et de l'adulte,
- poursuite de l'accueil des personnes handicapées dans l'établissement d'hébergement d'origine,
- accueil familial.

et des réponses plus innovantes :

- service d'accompagnement intervenant au sein des maisons de retraite pour favoriser l'intégration de la personne handicapée,
- accueil en foyer d'accueil spécialisé de salariés handicapés qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus travailler en établissement et service d'aide par le travail (ESAT),
- service d'accompagnement et de suivi des soins dans les foyers d'accueil spécialisé.

La pluralité des services mis en place et la solvabilisation des personnes améliorée par la prestation de compensation du handicap permettent aussi de s'adapter au projet de vie évolutif de la personne handicapée.

Actions

- La création récente du réseau d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (RAPH) porté par le Carrefour d'Accompagnement Public Social (CAPS) et les associations ALAGH, OHS et UDAF a précisément pour objectifs l'accompagnement et l'intégration des personnes handicapées dans les dispositifs d'accueil, de vie, d'activités et de soins de droit commun pour les personnes âgées. Les services du département (siège et territoires) apporteront leur appui à ce nouveau dispositif dont l'ouverture est effective depuis le 1^{er} février 2009.

- Il y a également lieu de promouvoir des actions de formation et d'accompagnement des professionnels. Une des clés pour préparer le vieillissement des personnes handicapées réside dans la formation des professionnels : formation aux problématiques propres au vieillissement chez les professionnels du handicap et formation aux problématiques propres au handicap chez les professionnels du vieillissement.

- La diversification de la palette des services et modes d'accueil proposés doit enfin être poursuivie.

2. Les résidents de foyers de travailleurs migrants

Contexte

Depuis 2002, et grâce notamment à la désignation au sein des services départementaux d'un référent spécialisé, de multiples actions ont été développées en vue de permettre aux résidents des foyers de travailleurs migrants d'accéder à leurs droits et aux dispositifs de droit commun prévus pour les personnes âgées :

- formation des directeurs de foyer sur toutes les questions relatives au vieillissement, en partenariat avec la CRAM du Nord-Est, la CAF et la DDE,
- rapprochement entre les foyers et les PAIS,
- financement de postes de travailleurs sociaux au sein de plusieurs foyers,
- conclusion d'une convention entre l'association inter migrants et le Département pour faciliter la communication entre les vieux migrants et les travailleurs sociaux et organismes publics.

D'autres actions davantage ciblées sur l'animation, la création de liens sociaux et surtout la reconnaissance de la contribution des travailleurs migrants à la construction de la société française ont également été conduites.

Plusieurs foyers de travailleurs migrants connaissent un fort vieillissement de leurs résidents, au point que le maintien sur place de certains pose de vrais problèmes. Quelques migrants très âgés ont pu intégrer des EHPAD. Ils restent cependant rares. De même, trop nombreux encore sont ceux qui n'accèdent pas aux prestations auxquelles ils pourraient prétendre telles que l'aide ménagère ou l'allocation personnalisée d'autonomie.

Actions

- Intensifier l'accès à l'information des résidents sur tous les dispositifs les concernant.
- Mieux organiser, avec les directeurs de foyers particulièrement concernés par le vieillissement et la perte d'autonomie de leurs résidents, la mise en réseau de leurs établissements avec les acteurs du secteur gériatrique. En particulier, le rapprochement avec les services d'aide et de soins à domicile doit être recherché.
- Envisager la perspective d'une adaptation architecturale d'au moins un des foyers de travailleurs migrants à l'hébergement de personnes âgées.

3. Les personnes en grande précarité

Contexte

A l'instar des migrants âgés, les personnes vivant de longue date de façon marginale accèdent avec difficultés aux dispositifs conçus pour les personnes âgées. Lorsque leur entrée en EHPAD peut être réalisée, leur maintien est parfois compromis du fait même de leur comportement, ou en raison du rejet des autres résidents.

Actions

Chaque fois que possible, priorité doit être donnée à l'accès des personnes marginales âgées aux services et établissements prévus pour les personnes âgées.

Néanmoins, pour certaines d'entre elles, un accueil plus spécialisé s'impose ce qui pourra être réalisable grâce à la création au cours du présent schéma d'un établissement de statut « foyer d'accueil médicalisé » porté par le Centre d'hébergement et de réadaptation sociale de l'association Accueil et Réinsertion Sociale (ARS). D'une capacité de 30 places, il pourra accueillir des personnes lourdement handicapées et issues de la grande marginalité, sans limitation d'âge.

ACTION N° 17

Accentuer la prise en compte des besoins spécifiques de certaines personnes âgées, en particulier ceux des anciens travailleurs migrants en favorisant leur accès aux dispositifs de droit commun, mais en étudiant aussi une offre d'hébergement plus adaptée.

AXE 5

Accentuer l'aide aux aidants

L'aide aux aidants constitue une préoccupation de longue date du Département.

Elle se manifeste autant par la création en 1986 de l'association Alzheimer 54, que par la mise en place dès 1992, du programme « Orchidée », groupe de parole destiné aux aidants familiaux.

Contexte

Le conseil général témoigne un soutien actif à l'association Alzheimer 54 en assurant son secrétariat depuis 22 ans, et en l'épaulant dans toutes ses actions, chaque fois que nécessaire. Très orientée vers l'aide aux familles concernées, cette association procure un soutien indéniable aux aidants familiaux, réalise de nombreuses conférences d'information sur tout le département, intervient très régulièrement dans les Instituts de formation en soins infirmiers, les écoles d'aides-soignants, l'AFPA, les associations d'aide à domicile, et surtout apporte son expertise aux décideurs. L'arrivée récente en 2007 d'une antenne de France Alzheimer sur le département, devrait permettre une complémentarité dans les actions menées, puisque cette dernière propose aussi des activités destinées directement au malade (soutien psychologique, ateliers théâtre, etc).

En ce qui concerne le programme « Orchidée », mené en partenariat avec la CRAM depuis ses origines, force est de constater les limites de ce dispositif après seize ans de fonctionnement.

Le programme Orchidée connaît selon les groupes, une fréquentation parfois insuffisante, en fort décalage avec le nombre potentiel d'aidants familiaux, en dépit d'une communication sans cesse renouvelée. Il est évident que l'action proposée, groupes de parole, ne correspond pas forcément au besoin de tous les aidants, et qu'il peut être nécessaire de s'interroger sur d'autres formes d'aide.

- En outre le statut d'aidant familial et les droits qu'il ouvre sont très peu connus.
- Les initiatives d'aide aux aidants, qu'elles soient isolées ou couplées avec des actions en direction des personnes âgées dépendantes, sont souvent très localisées et issues d'un acteur unique (association, mairie, etc).

Actions

- L'accent pourrait en effet, être mis sur l'amont du groupe de parole avec une préparation et un accompagnement adaptés à chaque personne. Ou encore il pourrait être judicieux d'amorcer ces groupes avec des séances d'informations à thème, qui pourraient ensuite se prolonger plus naturellement par un groupe de parole.

- Les possibilités de congé et/ou de formation que les récentes lois confèrent à l'aidant familial sont peu connues et par conséquent peu utilisées. Il serait important de diffuser cette information.

- Cependant de plus en plus d'actions ponctuelles en direction des aidants familiaux sont organisées sur le département, notamment sur le territoire de Briey pour 2009, et sur celui de Longwy également. Ces actions sont portées par divers acteurs : caisses de retraite complémentaire, communes, caisses de sécurité sociale, associations, programmes nationaux déclinés localement, etc. En tant qu'acteur majeur de la politique gérontologique et dans l'objectif de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée aussi longtemps que possible, le conseil général est prêt à soutenir ces diverses actions.

- Il serait intéressant, dans chaque territoire, d'identifier les aidants familiaux grâce au partenariat local (CG, MSA, CRAM, CARMI, SNCF, caisses de retraite, SSIAD, etc), d'instaurer un recueil des différentes actions avec mise à jour régulière, afin d'en permettre la connaissance par chacun, et éviter ainsi la dispersion ou la multiplication des initiatives. Une mutualisation de moyens enrichirait les projets respectifs.

- Associer les aidants familiaux à la préparation d'actions en leur direction serait judicieux.

- Expérimentation de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux dans le cadre du Plan national Alzheimer 2008 – 2012.

L'objectif relatif à un soutien accru aux aidants, est également un engagement de l'Etat, plus particulièrement pour l'entourage des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés, dans le cadre du Plan Alzheimer 2008 – 2012.

Selon ce plan, il est prévu de proposer aux aidants des formules nouvelles, plus souples, adaptées à leurs besoins. Sur un territoire donné, doit être proposée à terme une variété de structures correspondant aux besoins des aidants. Pour cela, plusieurs formules différentes et innovantes de répit devront être expérimentées.

Ainsi, L'Etat et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ont défini les conditions d'un appel à candidature, devant intervenir en 2009, pour l'expérimentation d'un dispositif de « plateformes de répit et d'accompagnement » pour les aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. Cet appel à candidature sera lancé en Meurthe-et-Moselle, de manière à solliciter auprès de l'Etat et de la CNSA, le financement d'une expérimentation de ce type sur un secteur du département.

ACTION N° 18

Renforcer le soutien aux aidants familiaux :

- > par une meilleure communication sur l'ensemble des initiatives existantes et sur le statut d'aidant familial,
 - > par une rénovation du programme « Orchidée »
- Conforter le partenariat avec les associations oeuvrant pour la maladie d'Alzheimer.

AXE 6

Piloter et évaluer le schéma

1 Pilotage

La concertation et la dynamique instaurées au niveau de chaque territoire et au plan départemental en vue de l'élaboration du présent schéma doivent perdurer pour sa mise en œuvre et son évaluation.

Le département en tant que chef de file de l'action gérontologique départementale a mis en place depuis 10 ans un comité de pilotage départemental associant les principaux acteurs de la politique gérontologique à savoir l'Etat, les Caisses de retraite, l'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale, la Mutualité, l'URIOPSS Lorraine, les Fédérations d'établissements et de services d'aide à domicile, et au titre des représentants d'usagers le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées et l'association A1zheimer 54.

Cette instance est un lieu privilégié d'échange d'informations favorisant une observation partagée ; ce doit être aussi un lieu de concertation permettant la construction d'actions complémentaires et coordonnées.

Ce comité de pilotage a bien entendu vocation à suivre la mise en œuvre du schéma et sera réuni à cet effet une fois par an.

Au niveau territorial, les instances partenariales de concertation prennent des formes qui peuvent différer d'un territoire à un autre selon les acteurs existants. Sur certains territoires, deux instances ont été mises en place : l'une sur la vie à domicile, l'autre sur la vie en établissements. D'autres territoires ont privilégié une instance unique rassemblant l'ensemble des acteurs locaux.

ACTION N° 19

Poursuivre la concertation durant la mise en œuvre du schéma dans les instances de pilotage départementale et territoriales.

Quel que soit le format retenu, les PAIS (élu et référent) animeront la déclinaison territoriale du schéma.

2 Evaluation

La politique publique en direction des personnes âgées doit, à l'instar de toute politique publique, être assortie d'une démarche d'évaluation permettant de mesurer sur toute la période du schéma la pertinence des orientations proposées et leur niveau de réalisation.

Pour ce faire, un travail de formalisation des indicateurs sera mis en place et soumis au comité de pilotage départemental de la politique gérontologique.

ACTION N° 20

Définir les indicateurs permettant d'évaluer la politique en direction des personnes âgées.

Ma mémé a acheté une console de jeux. Je l'aide à jouer au scrabble et elle m'apprend à faire du point de croix. Ma mémé est gentille, intelligente, belle et quelquefois un petit peu têtue tout de même. Ma mémé je l'aime, je la vois presque tous les Mercredis. Je regarde ma mémé faire la cuisine et j'aime beaucoup manger ses petits plats. On regarde souvent la télévision à cause de son film qu'elle aime tellement. C'est une mémé parfaite!

Victoire 9 ans.



Récapitulatif des actions préconisées dans le 5^{ème} schéma

AXE 1

Vieillir chez soi

ACTION N°1

- > Permettre aux usagers et aux professionnels d'accéder à l'ensemble des prestations et services d'un territoire quelle qu'en soit la porte d'entrée.
- > Proposer une articulation judicieuse et complémentaire entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, à formaliser par une convention sur chaque territoire.

ACTION N° 2

- > Augmenter la capacité d'accueil en places de SSIAD dans les territoires plus faiblement équipés.

AXE 2

Vivre pleinement sa vieillesse

ACTION N°3

- > Mettre en œuvre tous les moyens d'information et de communication visant à améliorer le repérage du PAIS et des prestations qu'il apporte.

ACTION N°4

- > Faire en sorte que la personne âgée reste actrice de son projet de vie.
- > Promouvoir la participation des personnes âgées dans la vie sociale, culturelle et économique des territoires.
- > Favoriser et développer les actions intergénérationnelles.
- > Faciliter par des subventions les initiatives d'associations ou d'instances qui oeuvrent dans le sens de toutes ces actions.

ACTION N° 5

- > Rompre l'isolement.
- > Redonner l'envie aux personnes âgées d'avoir des projets.
- > Prévenir les conduites suicidaires.

ACTION N° 6

- > Faire connaître toute initiative innovante pour favoriser la mobilité des publics vulnérables.

ACTION N°7

- > Soutenir toute action éducative intégrant des thèmes tels que l'hygiène de vie, la stimulation cognitive...
- > Repérer les situations à risque de perte d'autonomie et de vulnérabilité.

ACTION N° 8

- > Elaborer au niveau départemental une charte de la bientraitance.
- > Contribuer à renforcer l'information et la formation du personnel à domicile ou en EHPAD, à l'aide de protocoles établis et identifiés.
- > Inclure les comportements de bientraitance dans la prise en charge des personnes vulnérables et permettre d'aborder les pratiques professionnelles sous un angle positif.
- > Favoriser les rencontres régulières entre professionnels pour une meilleure prise de conscience de la gravité d'une situation particulière.
- > Renforcer les liens avec les organes de la justice et de la police.
- > Conforter les relations existantes avec l'association ALMA 54.

AXE 3

Se sentir bien dans son lieu de vie

ACTION N° 9

- Favoriser le maintien dans le logement par des aménagements ou adaptations à la perte d'autonomie mieux anticipés.

ACTION N° 10

- Développer l'observatoire des besoins en habitat, avec constitution d'une base de données régulièrement mise à jour.

ACTION N° 11

- Accentuer la prise en compte du vieillissement de la population dans l'aménagement de la ville de demain en articulant le schéma gérontologique avec les plans locaux d'urbanisme (PLU).

ACTION N° 12

- Permettre aux personnes âgées et à leurs familles d'aborder plus sereinement l'entrée en établissement.

ACTION N° 13

- Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations par une individualisation accrue de l'accompagnement de chaque résident.

AXE 4

Bénéficier d'une offre diversifiée

ACTION N° 14

- Contribuer à offrir un éventail plus large de prestations à domicile notamment en expérimentant un dispositif d'interventions à la carte.

ACTION N° 15

- > Conforter et faire évoluer les modes alternatifs existants.
- > S'ouvrir à d'autres dispositifs innovants répondant à notre cahier des charges.

ACTION N°16

- > Poursuivre le rééquilibrage de la capacité d'accueil en hébergement permanent sur tous les territoires.
- > Donner la priorité à la création de places en unités Alzheimer au sein d'établissements existants.

ACTION N° 17

- Accentuer la prise en compte des besoins spécifiques de certaines personnes âgées, en particulier ceux des anciens travailleurs migrants en favorisant leur accès aux dispositifs de droit commun, mais en étudiant aussi une offre d'hébergement plus adaptée.

AXE 5

Accentuer l'aide aux aidants

ACTION N° 18

- > Renforcer le soutien aux aidants familiaux :
 - par une meilleure communication sur l'ensemble des initiatives existantes et sur le statut d'aidant familial,
 - par une rénovation du programme « Orchidée ».
- > Conforter le partenariat avec les associations oeuvrant pour la maladie d'Alzheimer.

AXE 6

Piloter et évaluer le schéma

ACTION N° 19

- Poursuivre la concertation durant la mise en œuvre du schéma dans les instances de pilotage départementale et territoriales.

ACTION N° 20

- Définir les indicateurs permettant d'évaluer la politique en direction des personnes âgées.

Annexes



Vivre et vieillir en Meurthe-et-Moselle : projection à l'horizon 2020

Entre 2005 et 2020, la population meurthe-et-mosellane continue de vieillir, particulièrement dans les territoires les plus jeunes : une personne sur quatre aurait plus de 60 ans à l'horizon 2020. Ce vieillissement, surtout au-delà de 85 ans, alimente la croissance de près de 12% du nombre de personnes potentiellement dépendantes sur la période. Du fait de phénomènes démographiques, de l'évolution des modes de vie et du recul de l'âge d'entrée en dépendance, les effectifs de personnes potentiellement dépendantes croîtraient essentiellement à domicile. Toutefois, ces tendances se réaliseront plus ou moins favorablement pour les individus et la collectivité en fonction de divers paramètres personnels (revenus, logement, etc.) et d'environnement (accès à une gamme de services, etc.). Le sous-équipement en commerces et services de proximité dans le département et le revenu médian des ménages âgés inférieur au niveau national pèseront sur le choix du lieu de vie des personnes âgées.

Le vieillissement de la population a des effets économiques et sociaux multiples (équilibre des retraites, maintien en emploi, etc.) que les pouvoirs publics doivent prendre en compte. Au niveau du département, la problématique est celle de l'organisation d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées. Le maintien à domicile en constitue la modalité principale et privilégiée par les intéressés. Toutefois l'entrée en institution peut s'avérer inéluctable surtout quand la dépendance s'accroît.

Identifier les facteurs favorables au maintien à domicile

Divers facteurs contribuent au cadre de vie des personnes âgées. Certains sont individuels comme les ressources financières propres ou les caractéristiques du logement, d'autres sont liés à l'environnement tels que l'accès à des services variés de proximité, dont ceux fournis par les professionnels de santé.

Pour les personnes âgées autonomes, et a fortiori pour les dépendantes, le niveau de revenus joue un rôle primordial, quel que soit le mode de vie. À domicile, des revenus satisfaisants permettent de recourir à une large palette de services et d'adapter son logement en fonction des nécessités. Ils permettent aussi d'opter en toute liberté pour la maison de retraite de son choix. Côté financeur, le niveau de revenus des personnes âgées impacte le coût des dispositifs, notamment l'aide personnalisée à l'autonomie (APA).

Les caractéristiques du logement (confort) et son statut d'occupation (propriétaire ou locataire) constituent aussi des conditions déterminantes, d'abord pour le maintien à domicile, également en tant que capital qu'il est possible de liquider. Outre les caractéristiques du logement, la qualité de l'environnement est cruciale, particulièrement la possibilité d'accès à toute une gamme d'équipements de proximité (banque, boulangerie, coiffeur, médecin généraliste, etc.).

Légère convergence du vieillissement des territoires

Le vieillissement de la population meurthe-et-mosellane est significatif à l'horizon 2020. Conséquence d'un accroissement ininterrompu de l'espérance de vie, il s'opère par le haut à travers l'augmentation de la proportion des personnes de plus de 60 ans dans la population totale. Cette part passerait de 19,8% en 2005 à 25,5% en 2020. Le vieillissement déformerait la hiérarchie des territoires dans le département. Ainsi, Longwy et Briey, au nord, plus âgés en 2005, seraient partiellement "rattrapés" par le Lunévillois, le Val de Lorraine et les Terres de Lorraine. Le vieillissement du Val de Lorraine et des Terres de Lorraine serait d'ailleurs plus marqué que sur les autres territoires. Seul le territoire de Nancy et couronne demeurerait sensiblement plus jeune, comparativement au département. À l'issue de ces évolutions, le territoire de Nancy et Couronne regroupera 37% des personnes de plus de 60 ans, suivi du Val de Lorraine et des Terres de Lorraine (environ 14% chacun), et du Lunévillois, de Longwy et Briey (entre 11 et 12%).

Croissance forte du nombre des 60-74 ans et des plus de 85 ans ...

Ce phénomène ne s'opérerait pas de façon uniforme sur toutes les tranches d'âge. Du fait de l'importance relative des générations passées, la tranche d'âge de 60 à 74 ans contribue le plus au vieillissement tandis que celle des 75-84 ans régresse légèrement à l'horizon 2020 (naissances au cours de la seconde guerre mondiale). À l'extrémité, les effectifs de personnes de 85 ans et plus s'élèveraient le plus rapidement jusqu'à près de 24 000 en 2020, dont les deux tiers de femmes en dépit d'un rattrapage des hommes.

... mais contenue des effectifs de personnes potentiellement dépendantes

Globalement, en Meurthe-et-Moselle, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmenterait de 29,6% entre 2005 et 2020, passant de 149 000 à

193 000, tandis que le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes pourrait augmenter de "seulement" 11,8%. La forte contribution au vieillissement de la population des 60-74 ans, peu affectés par la dépendance, et la baisse absolue du nombre de personnes de 75 à 84 ans, expliquent l'écart entre ces deux évolutions. À cela s'ajoute un recul de l'âge d'entrée en dépendance qui a pour effet de réduire le taux de prévalence du phénomène à tous les âges. Finalement, c'est essentiellement la population des individus de 85 ans et plus qui alimente la croissance des effectifs dépendants. Bien que la progression du nombre de dépendants

soit plus marquée pour les hommes de cette tranche d'âge, l'effectif des femmes demeure toujours largement majoritaire.

... qui s'opère surtout à domicile

Les évolutions démographiques, comme le rattrapage de l'espérance de vie des femmes par celle des hommes, accompagnées de changements dans les modes de vie, impactent conjointement la composition de la population dépendante. Ainsi, la population dépendante masculine augmente de 16,4%, contre 9,6% chez les

Les plus de 85 ans plus présents en 2020

Structure par âge (%)	Femmes		Hommes	
	2005	2020	2005	2020
De 0 à 39 ans	51,0	46,8	55,8	51,7
De 40 à 59 ans	26,5	25,0	27,3	25,7
De 60 à 74 ans	13,0	17,4	11,6	16,0
De 75 à 84 ans	7,2	6,5	4,6	4,7
Plus de 85 ans	2,2	4,4	0,8	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Insee, recensement de 1999, estimations démographiques supracommunales 2005 - Omphale

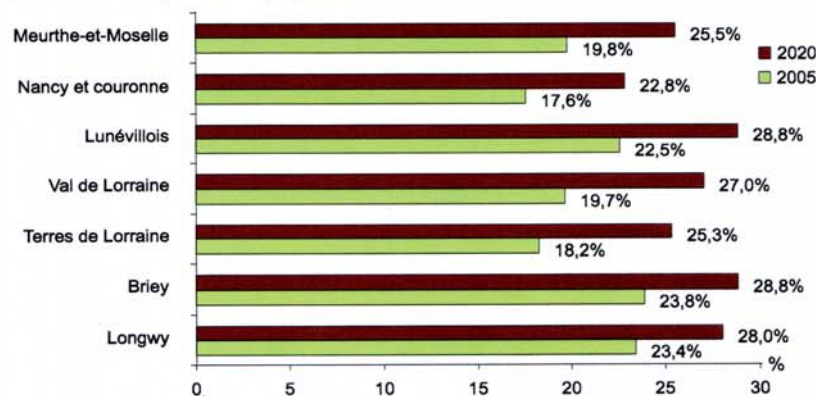
Une croissance plus modérée de la dépendance en Meurthe-et-Moselle

Évolution 2005-2020 (en %)	Personnes âgées de 60 ans et plus	Population potentiellement dépendante
Meurthe-et-Moselle	29,6	11,8
dont : hommes	33,6	16,4
femmes	26,6	9,6
Moselle	34,6	19,1
Lorraine	31,9	13,0
France	35,1	12,5

Sources : Insee, enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998-1999 - Omphale, enquête annuelle de recensement 2005

Une personne sur quatre aurait plus de 60 ans en 2020

Part des 60 ans et plus dans la population



Sources : Insee, recensement de 1999, estimations démographiques supracommunales 2005 - Omphale

femmes. Cette croissance s'opère essentiellement à domicile (+17,3% de dépendants). Ceci est notamment imputable au souhait de maintien à domicile par les individus, facilité par la prolongation de la vie en couple. La convergence des espérances de vie masculine et féminine a pour effet de réduire la période de veuvage du dernier conjoint. Néanmoins, la progression des effectifs de personnes dépendantes à domicile se réalise pour moitié en situation d'isolement.

En institution, la baisse des dépendants de 75-84 ans est d'abord due à la baisse démographique de cette tranche d'âge. De plus, le recul de l'âge d'entrée en dépendance, qui affecte toutes les tranches d'âge, se répercute sur la catégorie majoritairement concernée des personnes de plus de 85 ans. Le risque de dépendance associé se réduit, permettant ainsi malgré l'accélération du phénomène de vieillissement, la stabilisation des effectifs dépendants en institution (+1%).

Revenu médian plus faible après 75 ans

Le niveau de ressources des ménages peut être un facteur déterminant dans le choix du maintien à domicile ou de l'entrée en établissement. Les possibilités offertes aux personnes âgées sont liées à leur capacité de financement. Néanmoins, certaines aides telles que l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et les aides à l'adaptation du logement prennent en charge une partie du coût de la dépendance.

En 2006, dans le département, le revenu annuel médian des ménages par unité de consommation (UC) de 16 500 euros se situe dans une position intermédiaire entre le niveau lorrain (16 100 euros) et le revenu métropolitain de 16 900 euros. Les revenus fluctuent cependant en fonction de l'âge. En Meurthe-et-Moselle, le revenu annuel médian par unité de consommation culmine à 19 900 euros pour les personnes âgées de 50 à 59 ans. Après 60 ans, celui-ci décline avec le passage à la retraite mais les inégalités de

revenus se réduisent également. Le revenu médian des ménages de 75 ans et plus chute encore de 12% par rapport aux 17 400 euros de ceux de 60 à 74 ans.

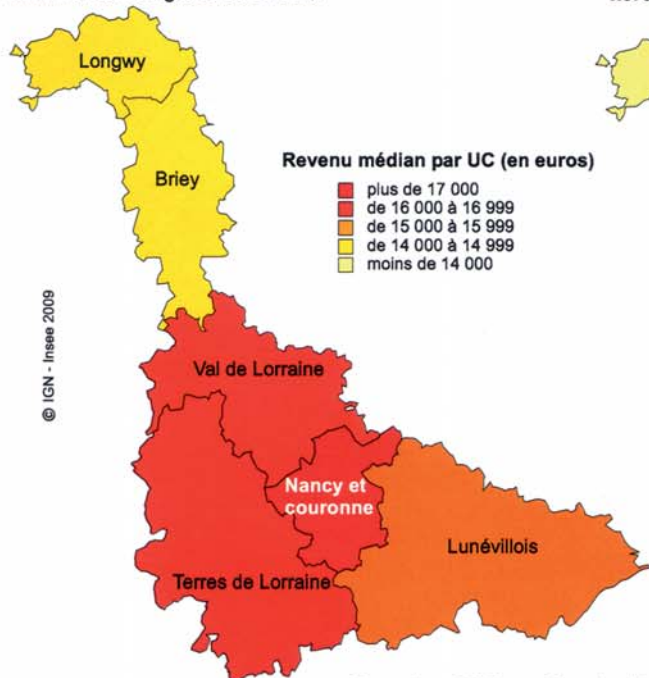
Cette réduction du revenu médian s'observe d'ailleurs sur tous les territoires du département en 2005. Concernant les personnes de 60 ans et plus, le territoire de Nancy et couronne se distingue par un revenu médian supérieur aux autres. Les territoires du Val de Lorraine et des Terres de Lorraine sont également bien situés en termes de revenu médian.

Ressources concentrées entre les 2 plafonds de l'APA

Le montant d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par les conseils généraux et le taux de participation du bénéficiaire sont déterminés en fonction des ressources de la personne dépendante et de son niveau de dépendance. En Meurthe-et-Moselle, en 2005, parmi l'ensemble des ménages de 70 ans ou plus,

Des revenus plus importants sur Nancy et sa couronne

Revenus des ménages de 60 à 74 ans



Revenus des ménages de 75 ans et plus



Source : Insee-DGI, Revenus fiscaux localisés des ménages 2005

Le "ménage fiscal" est un ménage ordinaire constitué par le regroupement des foyers fiscaux répertoriés dans un même logement. Les déclarations de revenus d'un logement sont rassemblées grâce à l'information de la taxe d'habitation. Le revenu fiscal est un revenu avant redistribution. Les revenus sociaux perçus et les impôts payés ne sont pas pris en compte. Le revenu fiscal par unité de consommation (UC) est le revenu du ménage rapporté au nombre d'unités de consommation qui le composent. Par convention, le nombre d'unités de consommation d'un "ménage fiscal" est évalué de la manière suivante : le premier adulte du ménage compte pour une unité de consommation, les autres personnes de 14 ans ou plus comptent chacune pour 0,5 et les enfants de moins de 14 ans pour 0,3. Cette échelle d'équivalence est utilisée couramment pour étudier les revenus ainsi exprimés par "équivalent adulte".

87% disposent de ressources qui fixeraient leur participation financière entre 10% et 90% du montant de l'APA. Les ressources de ces ménages, essentiellement concentrées autour de 800 à 1 200 euros mensuels par personne, sont plus homogènes qu'au niveau national. L'intégralité de l'aide serait perçue par 9% des ménages de 70 ans ou plus dont les ressources n'excèdent pas le premier plafond de l'APA. Les autres ménages, dépassant le second plafond des ressources, et dont la participation financière s'élèverait à 90% de l'aide en cas de dépendance, représentent seulement 4% des ménages.

La part des ménages ayant de faibles ressources par personne progresse avec l'âge, indiquant des effets défavorables de carrières sur les générations les plus anciennes. Le nombre de personnes du ménage influence, quant à lui, assez peu les ressources des personnes de 70 ans ou plus.

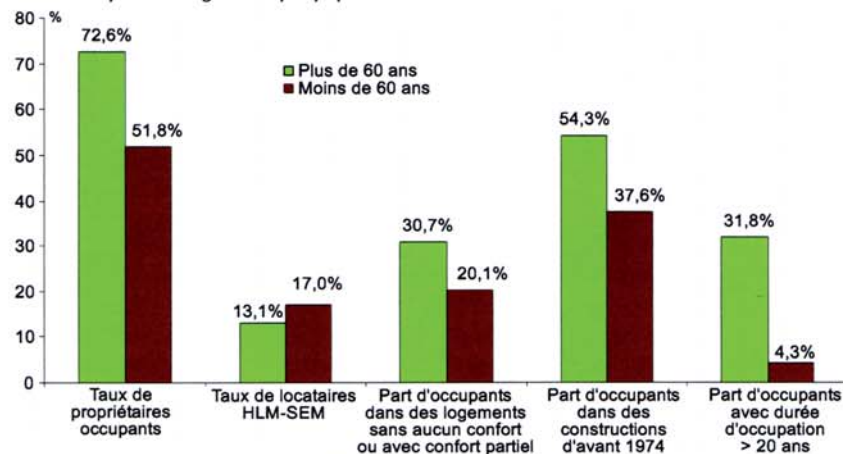
Des seniors dans des logements moins confortables

Sur un total de 297 000 résidences principales en Meurthe-et-Moselle, près de 100 000 ont une personne de plus de 60 ans comme occupant prin-

cipal en 2005. Diverses caractéristiques distinguent ces logements de l'ensemble du parc. En termes de statut d'occupation d'abord, les seniors sont plus souvent propriétaires de leur résidence principale que les personnes de moins de 60 ans (72,6% contre 51,8%), et moins souvent locataires en HLM ou SEM (Société d'Économie Mixte) (13,1% contre 17,0%). Leurs logements sont toutefois moins confortables, 30,7% sont sans aucun confort ou avec confort partiel contre 20,1% pour les plus jeunes. Ces caractéristiques peuvent être associées à une durée d'occupation plus importante de logements construits de longue date et parfois vétustes.

Des seniors plus souvent propriétaires de logements moins confortables

Caractéristiques des logements par population



Le confort est défini selon trois modalités :

- sans confort : ni baignoire, ni douche, ni WC (affecté au logement intérieur)
- tout confort : baignoire ou douche, WC et chauffage central
- confort partiel : autres possibilités

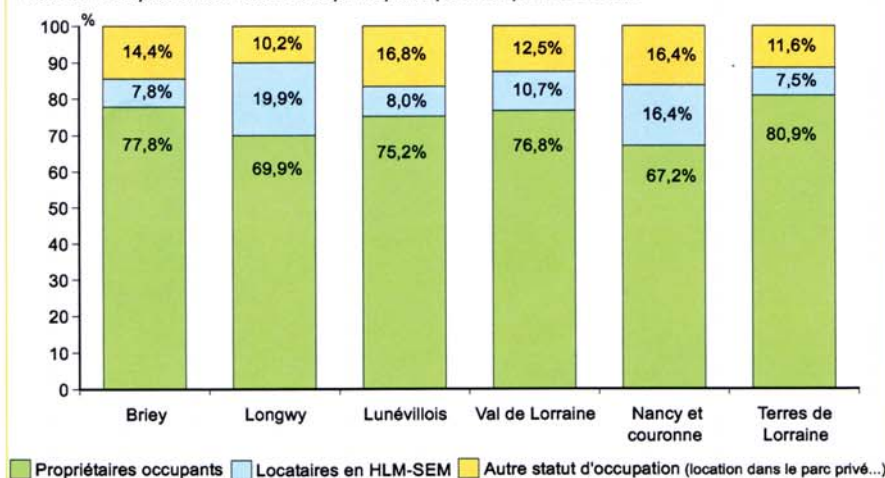
Source : Insee, Filocom 2005 d'après la DGI

Hétérogénéité du parc de logements au niveau territorial

Les statuts d'occupation diffèrent d'un territoire à l'autre, la moindre accession à la propriété étant fréquemment accompagnée d'une proportion plus élevée de ménages locataires en HLM-SEM. Dans les territoires de Longwy et de Nancy et couronne, le taux de locataires en HLM-SEM dépasse 16%, contre 13,1% dans le département. Le territoire de Nancy et couronne diffère également par un niveau de confort sensiblement supérieur au reste du département. Les résidences principales occupées par des seniors n'y possèdent des conditions de confort insuffisantes que dans 18,4% des cas, contre 33,0% dans le Val de Lorraine, 35,4% dans les Terres de Lorraine, 40,1% à Longwy, 40,3% à Briey, et 44,8% dans le Lunévillois. Ce taux atteint même 47,2% dans le Lunévillois sur le champ des seuls propriétaires occupants.

Les HLM-SEM compensent le moindre accès à la propriété

Statut d'occupation des résidences principales pour les plus de 60 ans



Source : Insee, Filocom 2005 d'après la DGI

Des communes sous-équipées en commerces et services de proximité

Le niveau d'équipement de proximité des communes de Meurthe-et-Moselle est inférieur à celui des communes françaises. Parmi les 23 équipements de la gamme de proximité, les communes disposent en moyenne de 5,6 équipements dans le département contre 7,6 en France métropolitaine. À l'effet de taille des communes s'ajoute l'effet local du ter-

ritoire. Les communes du département sont en moyenne plus petites qu'à l'échelon national. La comparaison des niveaux théoriques indique que les territoires de Longwy et de Nancy et Couronne sont les seuls dont la taille des communes est supérieure à la moyenne des communes françaises. Les spécificités locales accentuent encore ce phénomène de sous-équipement.

L'effet local qui correspond à l'écart entre le niveau réel et théorique, c'est-à-dire estimé en fonction de la

population, est négatif pour tous les territoires de Meurthe-et-Moselle (écart entre les deux niveaux pour chaque zone). En d'autres termes, comparativement à des territoires de même taille, l'offre moyenne d'équipements de proximité est plus faible en Meurthe-et-Moselle.

L'offre d'équipement de proximité est de plus très inégale selon les territoires (entre 3,5 et 11,2 équipements en moyenne sur 23) avec un niveau plus élevé en milieu urbain. Les territoires de Lunéville et des Terres de Lorraine sont les

plus dépourvus, de par la taille de leurs communes. Les territoires de Nancy et Couronne, Longwy et Briey, les mieux dotés, sont aussi ceux dont l'effet local est le plus défavorable, c'est-à-dire les plus sous-équipés relativement à leur taille.

En zoomant sur l'offre médicale qui constitue une composante de la gamme de proximité, il apparaît que les densités (effectifs/population) de médecins généralistes, d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes sont moindres dans la région lorraine qu'en

Approche de la dépendance

Comment définir la notion de dépendance ?

Est considérée comme dépendante une personne qui a besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La dépendance est mesurée par la grille AGGIR, grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie, chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Selon leur niveau d'autonomie, les personnes dépendantes sont réparties dans l'un des quatre Groupes Iso-Resources suivants :

- GIR 1 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- GIR 2 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.
- GIR 3 : les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

• GIR 4 : les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement ou celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris le repas.

Le taux de prévalence de la dépendance, ou plus simplement taux de dépendance, est le rapport entre le nombre de personnes dépendantes et le nombre total de personnes. Ce rapport dépend du sexe, de l'âge et du mode de vie (domicile/institution).

Comment l'estimer au niveau départemental ?

Afin d'estimer une évolution de la population potentiellement dépendante entre 2005 et 2020 en Meurthe-et-Moselle, la méthode utilisée ici consiste à appliquer des taux de dépendance aux populations départementales 2005 et 2020, par sexe, âge et mode de vie. La population départementale 2005 du nouveau recensement de la population est projetée en 2020 selon les tendances démographiques de la période 1990-2005.

Les taux de dépendance mesurés sur la population en 1999 sont modifiés chaque année jusqu'à 2020, c'est-à-dire décalés pour tenir compte de

l'entrée plus tardive en dépendance. Par exemple, pour les hommes de 60 à 79 ans, le taux de prévalence est reculé de 0,13 an chaque année : à partir d'un taux de 4% à 70 ans en 2000, il est décalé à l'âge de 71,3 ans en 2010.

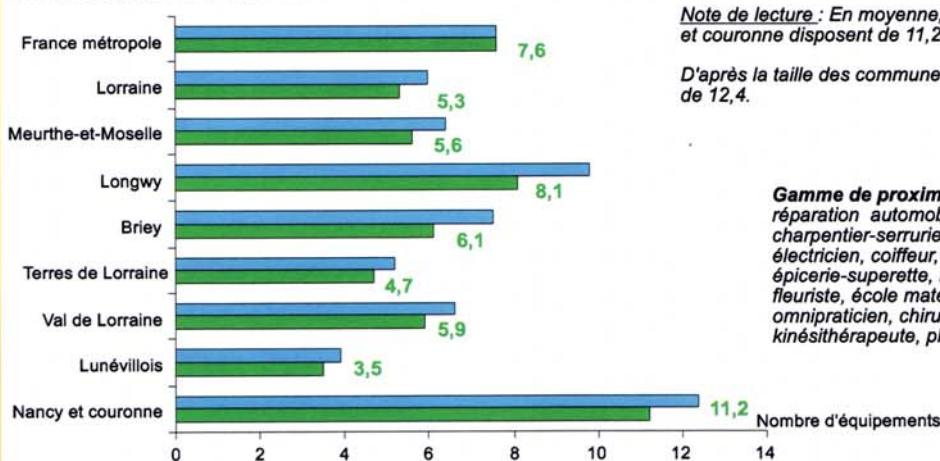
Des projections renouvelées

Au cours du précédent exercice de projection de la population potentiellement dépendante en Meurthe-et-Moselle, un accroissement de 17% du phénomène avait été estimé entre 2005 et 2015. Les nouveaux résultats diffèrent sensiblement du fait de la prise en compte des évolutions démographiques sur la période 1990-2005, contre 1990-1999 précédemment.

La moindre croissance globale de la dépendance potentielle est due à une prise en compte plus exacte du vieillissement de la population opérée dès 2005. Ainsi, l'intégration plus précoce des phénomènes de vieillissement et de dépendance "relève" le point de départ de la projection et atténue mécaniquement l'évolution sur la période 2005-2020.

Un niveau d'équipement de proximité inférieur à la moyenne française

Niveau d'équipement moyen des communes de la zone



Note de lecture : En moyenne, les communes du territoire de Nancy et Couronne disposent de 11,2 équipements sur les 23 répertoriés.

D'après la taille des communes, le niveau d'équipement devrait être de 12,4.

Gamme de proximité (23 équipements) : poste, banque, réparation automobile, maçon, plâtrier-peintre, menuisier-charpentier-serrurier, plombier-couvreur-chauffagiste, électricien, coiffeur, restaurant, agence immobilière, épicerie-superette, boulangerie, boucherie-charcuterie, fleuriste, école maternelle, école élémentaire, médecin omnipraticien, chirurgien-dentiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacie, taxi.

Niveau d'équipement parmi la gamme des équipements de proximité (23 équipements)

■ Théorique (estimé en fonction de la population des communes) ■ Observé

Source : Insee, base permanente des équipements 2007 - recensement de la population 1999 (dénombrement)

Savoir plus :

- Vieillesse et dépendance à l'horizon 2015 en Meurthe-et-Moselle, Insee, Économie lorraine N°65 - octobre 2006

- Horizon 2015 : prévoir le logement de 44 000 ménages âgés supplémentaires, Insee, Économie lorraine N°110 - décembre 2007

- La prise en charge des personnes âgées en Lorraine : un enjeu important dans les prochaines années, DRASS, Statist'infos - novembre 2008

- Site internet : www.insee.fr

Ministère de l'Économie,
de l'Industrie et de l'Emploi

Insee

**Institut National de la Statistique
et des Études Économiques**

Direction Régionale de Lorraine

15, rue du Général Hulot

CS 54229

54042 NANCY CEDEX

Tél : 03 83 91 85 85

Fax : 03 83 40 45 61

www.insee.fr/lorraine

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Jean-Paul FRANÇOIS

Directeur régional de l'Insee

COORDINATION RÉDACTIONNELLE

Christian CALZADA

Gérard MOREAU

RESPONSABLE ÉDITORIAL ET

RELATIONS MÉDIAS

Brigitte VIENNEAUX

RÉDACTRICE EN CHEF

Agnès VERDIN

SECRÉTARIAT DE FABRICATION

MISE EN PAGE - COMPOSITION

Marie-Thérèse CAMPISTROUS

Marie-Odile LAFONTAINE

ISSN : 0293-9657

© INSEE 2009

moyenne nationale (cf. étude DRASS Statist'infos - novembre 2008). Certains équipements absents de la commune et présents dans le bassin de vie peuvent être accessibles rapidement. Cette situation, satisfaisante pour la majorité de la population, peut compliquer considérablement le quotidien des personnes âgées et même devenir un obstacle au maintien à domicile. L'environnement du lieu d'habitation est en effet un déterminant du degré d'autonomie de la personne âgée.

Des handicaps pour le maintien à domicile

Les dimensions explorées ici révèlent des handicaps pour le maintien à domicile des personnes âgées, qu'il s'a-

gisse d'un revenu médian plus faible après 75 ans, de logements moins confortables ou d'une moindre accessibilité aux équipements de proximité. Ces handicaps, observables aux niveaux départemental et régional, ont tendance à s'exacerber dans les territoires les plus excentrés. Ces facteurs devront être pris en compte afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans un contexte de croissance contenue des effectifs à l'horizon 2020 en Meurthe-et-Moselle.

■ Florence LEMMEL

■ Gérard MOREAU

Dignité de la personne

La qualité de vie des personnes âgées, et notamment des plus fragiles, est une préoccupation essentielle de la politique de solidarité du Département de Meurthe-et-Moselle. Et ce depuis de longues années. Les compétences qui lui ont été confiées par la loi, en particulier celle relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), lui ont permis de renforcer cette action et d'accompagner dans les meilleures conditions possibles ce temps de la vieillesse. Au 31 décembre 2008, 15 000 personnes âgées ont perçu l'APA, dont 10 000 vivent à leur domicile.

Le conseil général est confronté à de lourds enjeux. Ils sont d'autant plus imbriqués les uns aux autres qu'ils sont liés dans le même temps au contexte financier dans lequel évolue le département.

Le principal enjeu tient au vieillissement de la population. Il est mis en exergue par la présente étude de l'Insee.

De ce vieillissement résulte une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie physique et psychique. Les besoins d'aide des personnes âgées s'accroissent. Or, ceux-ci, assurés encore très largement aujourd'hui par l'entourage familial, le seront dans une moindre mesure demain, le nombre d'aidants naturels étant en recul. Ce sont autant de facteurs que le Département se doit de prendre en compte dans la définition de ses orientations pour les années futures.

Dans ce contexte général évolutif, une constante demeure : les personnes âgées aspirent à vieillir chez elles, dans leur environnement familial, le plus longtemps possible. Cependant, pour les plus fragiles, qui sont également souvent les plus isolées, l'entrée en établissement peut s'imposer.

Le Département souhaite accompagner ce choix du lieu de vie, notamment en donnant à chacun toute l'information utile et en aidant à l'accomplissement des démarches nécessaires. C'est tout le sens de la création, dès 2000, des Points Accueil Information Services (P.A.I.S.). Ils ont été mis en place dans chacun des six territoires de Meurthe-et-Moselle, afin d'apporter informations et conseils aux personnes âgées au plus près de leur lieu d'habitation. Parallèlement, le Département agit pour assurer une couverture territoriale satisfaisante de l'offre de services, tant en matière d'aide à domicile qu'en ce qui concerne la capacité d'accueil en établissements. L'expérimentation pour deux ans d'une politique plus spécifique en direction des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer s'inscrit dans cette perspective.

Enfin, quel que soit le lieu de vie d'une personne âgée, il importe qu'elle puisse bénéficier d'un accompagnement de qualité respectueux de sa dignité, et à un coût qu'elle peut supporter. Le Département et ses partenaires portent sur cet aspect une attention toute particulière.

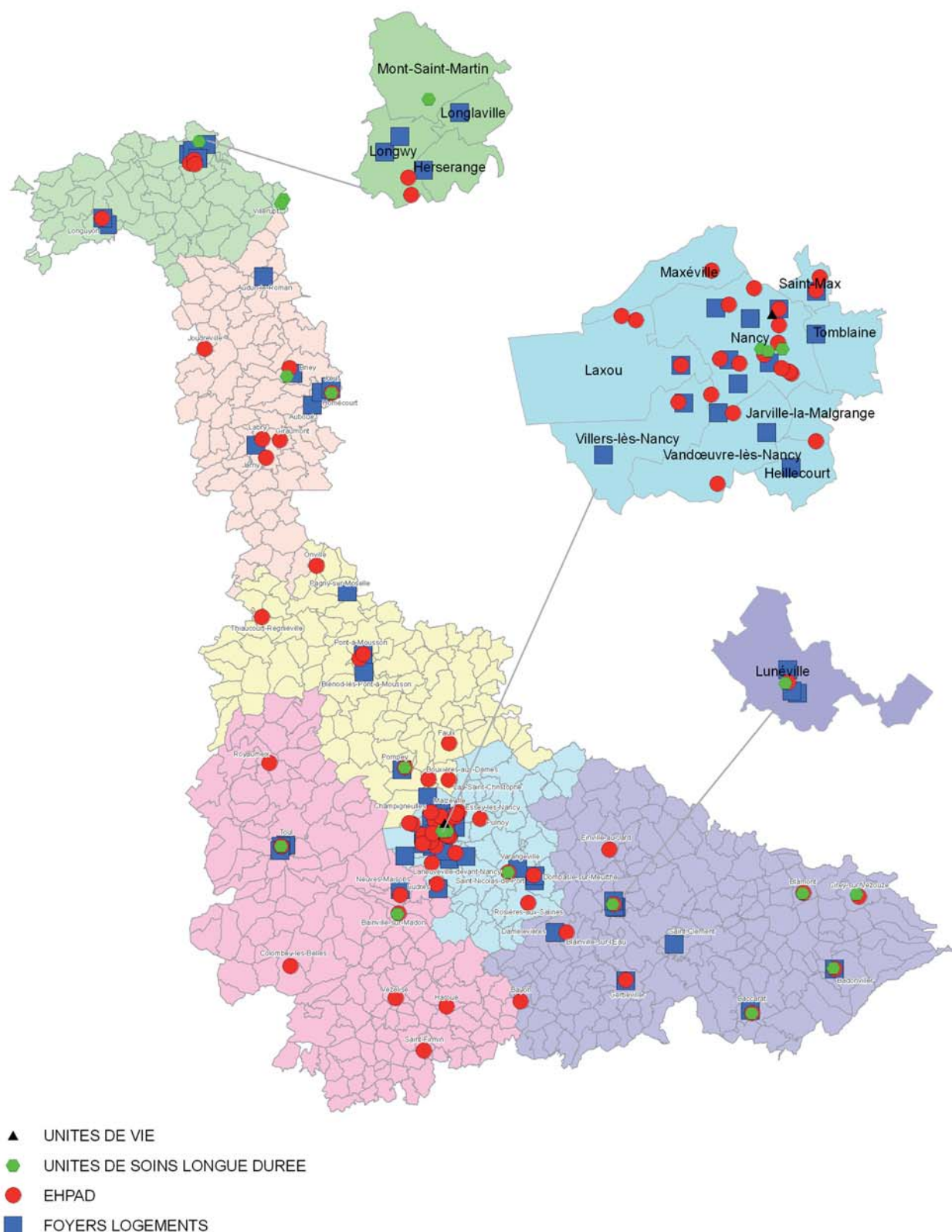
■ Michèle PILOT

1^{ère} vice présidente du conseil général de Meurthe-et-Moselle

En charge de la solidarité

ANNEXE 2

ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES EN MEURTHE-ET-MOSELLE



ANNEXE 3

Répartition des places de services de soins Infirmiers à domicile (SSIAD)

PAIS	SSIAD Personnes âgées	Capacités	Adresse	Code postal	Ville
LONGWY	MONT-ST-MARTIN	55	Résidence du Mont-St-Martin Rue de la Bannie	54350	MONT-ST-MARTIN
BRIEY	AUDUN-LE-ROMAN	45	Dispensaire médical 8 rue d'Ottange	57710	AUMETZ
BRIEY	BRIEY / HOMECOURT	40	Dispensaire SSM 100 rue franchepré	54240	JOEUF
BRIEY	JARNY	41	Espace Gilbert Schwartz - entrée B5 Rue Clément Humbert - BP 75	54802	JARNY
VAL DE LORRAINE	FAULX	20	Centre Moyen Séjour 1 rue Pasteur	54760	FAULX
VAL DE LORRAINE	POMPEY	40	HLI de Pompey / Lay-St-Christophe 3 rue de l'avant-garde	54340	POMPEY
VAL DE LORRAINE	PONT-À-MOUSSON	40	SSIAD du Val de Lorraine 36 bis rue du Général Leclerc	54700	PONT-À-MOUSSON
NANCY ET COURONNE	NANCY OHS	98	Centre de Rééducation Florentin 2 rue des Cinq Piquets BP32231	54011	NANCY CEDEX
NANCY ET COURONNE	NANCY Rue Primatiale	30	Centre de soins Sainte-Marie 28 rue de la primatiale	54000	NANCY
NANCY ET COURONNE	SAINT-NICOLAS- DE-PORT	50	Centre Hospitalier Spécialisé 3 rue du Jeu de Paume	54210	SAINT-NICOLAS- DE-PORT
NANCY ET COURONNE	VILLERS-LÈS- NANCY	100	SSIAD de l'ALSAD - Centre de soins 2 bis rue Sainte-Odile	54600	VILLERS-LÈS- NANCY
LUNEVILLOIS	BACCARAT	42	SSIAD des 4 Cantons 11 bis rue des Moulins	54120	BACCARAT
LUNEVILLOIS	BLAINVILLE-SUR- L'EAU	51	SAD Les 3 rivières 1 rue du presbytère	54360	BLAINVILLE-SUR- L'EAU
LUNEVILLOIS	EINVILLE-AU-JARD	53	SSIAD des Etangs 9 rue du puits gros yeux	54370	EINVILLE-AU-JARD
TERRES DE LORRAINE	COLOMBEY LES BELLES	26	GIP "Bien vieillir en pays de Colombey" - SAD - 4 rue de la gare	54170	COLOMBEY LES BELLES
TERRES DE LORRAINE	HAROUÉ	33	SSIAD de l'ASAPA 7 rue Général Pouget	54740	HAROUÉ
TERRES DE LORRAINE	NEUVES-MAISONS	45	Association Hospitalière Saint-Eloi 5 rue Aristide Briand	54230	NEUVES-MAISONS
TERRES DE LORRAINE	ROYAUMEIX	40	Association "Le Toulinois Nord Familial" SSIAD - Centre Brançon	54200	ROYAUMEIX
TERRES DE LORRAINE	TOUL	30	SSIAD du Toulinois 3 rue Malpertuis	54201	TOUL
TERRES DE LORRAINE	VEZELISE	29	8 rue Notre Dame - BP 2	54330	VEZELISE

ANNEXE 4

ASSOCIATIONS ET SOCIÉTÉS AGRÉÉES DTEFP

(DGASOL - DIRECTION PAPH- EQUIPEMENTS PA/PH MDE/JC

mis à jour 28/01/09 sur la base des informations connues par le conseil général)

Nom	N° et date d'agrément	Nature de l'intervention	Champ géographique d'intervention	Prestations offertes
3 AD Aide et assistance pour l'autonomie à domicile All services 23 rue Jean XXIII 54130 Saint-Max	N/18-04-08/F/054/Q/017 du 18/04/08	Prestataire	Communes de Malzéville, St Max, Dommartemont, Essey, Seichamps, Pulnoy, Tomblaine, Saulxures, Jarville Secteur Nancy Est, Laneuveville, Heillecourt	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
ADHAP SERVICES AUXILIAIRE 5 rue du Général Pershing 54400 Longwy	n°2006-2.54.4 Du 15/03/2006	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
AGE D'OR SERVICES LORRAINE SERV 64 avenue de Lattre de Tassigny 54000 Nancy	n° N/07-09-07/F/054/Q/067 du 7/09/2007 modifié par arrêté du 11/03/2008, modifié par l'arrêté du 25/07/2008	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
AGH 79 bis rue Gabriel Mouilleron 54000 Nancy	n° N/10-10-07/A/054/Q/072 du 10/10/2007	Prestataire et mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
AIDE A DOM 54 ADHAP SERVICES 27 rue de la République 54300 Lunéville	N/18-04-08-/F/054/Q/018 du 18/04/2008	Prestataire	Sud du département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
AIDHOM RESEAU DOMALIANCE ALSACE LORRAINE 1 rue de Copenhague 67300 Schiltigheim	Avenant n° 3 du 11/02/2008 à l'arrêté n°2006.2.67.24 du 22/05/2006	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
AMDPH 4 ter rue Alfred Mézières CS 11423 54414 Longwy Cedex	R/04.05-07/A/054/Q/037 du 04/05/2007	Mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
AXEO SERVICES NANCY 7 rue de Serre 54000 Nancy	N/29-12-8/F/054/Q/040 du 29/12/2008	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
DOC J SERVICES 15 rue de Saurupt 54000 Nancy	n° N/12-06-07/F/054/Q/040 du 12/06/2007	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées
DOMICIA / DOMICILE PARTENAIRE 8 boulevard du 21 ^{ème} RA 54000 Nancy	n° R/15-03-07/A/054/Q/028 du 15/03/2007	Prestataire et mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées

Nom	N° et date d'agrément	Nature de l'intervention	Champ géographique d'intervention	Prestations offertes
DOMI MENAGE 18 rue Lafayette 54320 Maxéville	n° R/12-06-07/A/054/Q/054	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées
DU COTE DE CHEZ SOI / VITAME 42 rue du Général Leclerc 54670 Custines	n°2006-2.54.5 du 03/05/2006	Prestataire et mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
GARDE 13/15 bld Joffre Galeries des Chênes 54000 Nancy	n°R/03-04-07/A/054/Q/029 du 03/04/2007 modifié le 22/10/2007	Prestataire et mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
LES FAMILLES ORGANISEES / APDASC 21 avenue de Maron 54600 Villers-lès-Nancy	n° R/04-04-07/A/054/Q/030 du 04/04/2007	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées
LES MAISONS BLEUES 2 bis impasse de la Haute Malgrange 54180 Heillecourt	n° N/07-09-07/F/054/Q/066 du 07/09/2007 modifié par arrêté du 11/03/2008	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
NURSEALLIANCE 16 avenue du XX ^{ème} Corps 54000 Nancy	n° 2006-2.78.15 du 22/03/2007	Prestataire et mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
SIMPA APRODEF 4 place de Paris 54500 Vandœuvre	n°R/16-04-07/A/054/Q/032 du 16/04/2007	Prestataire et mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
U2AF 54 25/29 rue de Saurupt 54000 Nancy	n°N/01-01-07/A/054/Q/025 du 01/01/2007	Prestataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées
URSAP UNION DES FEDERATIONS ET ASSOCIATIONS DE FAMILLES RURALES 38 rue Sainte Catherine 54000 Nancy	n° N/08-03-07/A/054/Q/026 du 08/03/2007	Prestataire et mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
VIVRE A DOM RESEAU COVIVA 62 rue des Ponts 54000 Nancy	N°N/27-06-08/F054/Q/027 du 28/06/2008	Prestataire et mandataire		Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées
VIVRE ENSEMBLE 11 rue des Tilleuls 54960 Mercy-le-Bas	n°N/29-08-07/A/054/Q/063 du 29/08/2007	Mandataire	Tout le département	Assistance aux personnes âgées
Agréments particuliers :				
HERMAL 328 rue de la Heurlotte Cidex 3217 54700 Montauville	n° N/08-03-07/F/054/Q/027 du 08/03/2007	Prestataire		Assistance administrative à domicile
EURL MYOSOTIS 2 allée Jean Antoine de Baïf 54600 Villers-lès-Nancy	n° N/10-10-07/F/054/Q/073 du 10/10/2007	Prestataire		Stimulation cognitive

ASSOCIATIONS D'AIDE À DOMICILE

autorisées par le président du conseil général

Nom de l'association	Date de l'arrêté d'autorisation ou de régularisation d'autorisation	Nature de l'intervention	Prestations offertes	Champ géographique d'intervention
ADAPA NANCY Immeuble Joffre Thiébault 13/15 boulevard Joffre CS 85203 54052 Nancy Cedex	N°345 du 07/07/06	Prestataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Territoires de Nancy et couronne, Terres de Lorraine, Val de Lorraine et Lunéville
ADAPAH LONGWY 4 ter rue Alfred Mézières CS 91431 54414 Longwy Cedex	N°218 du 24/05/05	Prestataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Territoires de Longwy et de Brier
ADMR - FEDERATION 54 19 rue Croisette ZAC CROISSETTE 54210 Saint-Nicolas-de-Port	N° 077 du 24/02/06	Prestataire et mandataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Tout le département
ASSAD 93 avenue Foch 54270 Essey-lès-Nancy	N°293 du 16/08/05	Prestataire et mandataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Territoire de Nancy et couronne (Communauté Urbaine du Grand Nancy et secteur de Saint-Nicolas-de-Port)
ASSISTANCE VIE A DOMICILE (AVAD) 23 avenue Foch 54270 Essey-lès-Nancy	N°292 du 16/08/05	Prestataire et mandataire	Assistance aux personnes âgées (évaluées en GIR 1 à 3 exclusivement) et aux personnes handicapées	Territoire de la Communauté Urbaine du Grand Nancy
CARMI DE L'EST 21 avenue Foch - BP 60570 57018 Metz cedex 1	N°334 du 13/08/07	Prestataire	Assistance aux personnes âgées	Est du territoire de Longwy et la quasi-totalité du territoire de Brier
CCAS PONT-À-MOISSON 6 rue Ph. de Gueldre 54700 Pont-à-Mousson	N°168 du 07/04/06	Prestataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Ville de Pont-à-Mousson
DOMIGIHP 15 allée des Grands Paquis 54180 Heillecourt	N°245 du 25/05/07	Prestataire et mandataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Tout le département
L'ESPRIT TRANQUILLE ROXIM'SERVICES 131 bis rue du Petit Arbois 54520 Laxou	n° N/12-06-07/F/054/Q/040 du 12/06/2007	Prestataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Territoires de Nancy et couronne, Longwy et Brier, une partie du territoire Terres de Lorraine (cantons de Neuves-Maisons et de Toul) et une partie du territoire du Val de Lorraine (canton de Pompey)
RELAIS DES SERVICES Centre d'activités le Maine 2 place de l'Europe 54520 Laxou	N°216 du 24/05/07	Prestataire et mandataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Territoire de la Communauté Urbaine du Grand Nancy et du Val de Lorraine

Nom de l'association	Date de l'arrêté d'autorisation ou de régularisation d'autorisation	Nature de l'intervention	Prestations offertes	Champ géographique d'intervention
VILLE ET SERVICES 112 av Général Leclerc 54600 Villers-lès-Nancy	AS 2006-1.54.31 du 27/12/06 AQ 2006-2.5410 du 27/12/06 N°217 du 24/05/07	Prestataire et mandataire	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées	Territoire de Nancy et couronne et les communes des territoires du Val de Lorraine, Lunéville et Terres de Lorraine jouxtant le territoire de Nancy et couronne
Autorisations particulières :				
GARDE 13/15 bld Joffre Galeries des Chênes 54000 Nancy	N°294 du 16/08/05	Prestataire	Garde itinérante de nuit à domicile pour personnes âgées et handicapées	Territoire de la Communauté Urbaine du Grand Nancy
ENSEMBLE Maison des Usagers du CPN 1 rue du Dr. Archambault BP 11 010 54521 Laxou Cedex	N°371 du 03/11/2008	Prestataire	Aide et accompagnement à domicile des personnes handicapées	Territoire de Nancy et couronne



ANNEXE 5

Coordonnées et missions respectives des CLIC et réseaux de santé (Circulaire du 15/05/2007)

Territoires	Coordonnées PAIS / CLIC	Coordonnées réseaux
LONGWY	16 avenue de Lattre de Tassigny 54000 Longwy-bas	DOMIRESEAU (adresse provisoire) 16 avenue de Lattre de Tassigny 54400 Longwy
BRIEY	CMS avenue Albert de Briey 54150 Briey	
VAL DE LORRAINE	9200 route de Blénod 54700 Madières	RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE DU VAL DE LORRAINE Centre Hospitalier - Place Colombé BP269 54701 Pont-à-Mousson
NANCY ET COURONNE	Galerie des Chênes 13/15 boulevard Joffre 54000 Nancy	RÉSEAU GERARD CUNY Galerie des Chênes 13/15 boulevard Joffre 54000 Nancy RÉSEAU DU VERMOIS, DU SEL ET DU GRAND COURONNE 36 RUE Charles Courtois 54240 Saint-Nicolas-de-Port
LUNEVILLE	6 rue Marquise du Châtelet 54300 Lunéville	RESEAU LU 14 rue de Sarrebourg Maison des réseaux 54300 Lunéville
TERRES DE LORRAINE	5 avenue Victor Hugo 54200 Toul	

	PAIS / CLIC	Réseaux gérontologiques de santé
Définition	CLIC ● Un centre de ressources de proximité (recensement des services intervenant sur un secteur, documentation, orientation vers d'autres acteurs). ● Une équipe médico-sociale à l'écoute des PA de plus de 60 ans et de leur entourage, chargée d'évaluer et de mettre en place un plan d'aide personnalisé d'autonomie dans le cadre de l'APA. ● Un pôle favorisant le travail en réseau (communes, professionnels et associations de personnes âgées). ● Un tremplin d'action, d'informations, de sensibilisation, de prévention. ● Un observatoire de l'action gérontologique (groupes de travail dans le cadre du schéma gérontologique).	Réseaux de santé Personnes âgées Un ensemble d'intervenants, aux compétences sanitaires et sociales complémentaires qui coordonnent leurs actions autour d'une personne âgée en situation de fragilité pour ● apporter une réponse adaptée à ses besoins, ● assurer une prise en charge globale sanitaire et sociale coordonnée, ● apporter un soutien aux aidants et intervenants professionnels.

	PAIS / CLIC	Réseaux gérontologiques de santé
Champ d'intervention	Les PAIS / CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des PA, définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale Schéma gérontologique	Les réseaux de santé s'inscrivent dans l'organisation du système de santé définie dans le cadre du Schéma régional d'organisation des soins SROS III
Objectif commun	CLIC et Réseau gérontologique visent tous deux à soutenir à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées de plus de 60 ans dans des conditions médicales et sociales optimales en mobilisant tous les acteurs implantés sur un territoire donné.	
Territoire commun	Le découpage des territoires des CLIC / PAIS retenu dans le 4 ^{ème} schéma gérontologique est identique à celui des territoires de santé de proximité retenus dans le cadre du SROS III.	
Missions spécifiques en fonction des publics potentiels	Les CLIC/ PAIS s'adressent : ● à toutes les PA de plus de 60 ans d'un territoire quant aux missions d'information, orientation et actions de prévention et sensibilisation ; ● à toutes les personnes de GIR 4 à 1 d'un territoire quant à la mission d'évaluation et de mise en place d'un plan personnalisé d'autonomie dans le cadre de l'APA.	Les réseaux de santé PA s'adressent prioritairement à des PA de plus de 75 ans à domicile, qui sont potentiellement : ● des patients gériatriques aux pathologies chroniques et invalidantes rendant critique le maintien ou le retour à domicile ; ● des patients en rupture socio-sanitaire nécessitant des aides dans ces domaines ● des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.
Mise en réseau des professionnels	Dans le cadre du schéma gérontologique, les CLIC / PAIS sont chargés d'animer un réseau à triple vocation : ● Décliner localement la politique gérontologique départementale. ● Faire remonter les attentes des personnes, des professionnels, bénévoles et élus locaux. ● Assurer une fonction d'observatoire.	Dans le cadre du SROS III, construction de filières gériatriques et de réseaux de personnes âgées au sein de territoires de proximité. Filière complète comprenant : ● Évaluation gériatrique précoce. ● Expertise gériatrique. ● Offre de soins adaptée. ● Interface ville-hôpital. ● Lutte contre épuisement des soignants et des aidants. ● Concertation avec les tutelles.
Acteurs mobilisés	Partenaires du CLIC Collectivités territoriales, Intercommunalités, régimes d'assurance maladie, caisses complémentaires, services sociaux, CCAS, Etablissements de santé, EHPAD, SSIAD, intervenants du secteur de l'habitat, professionnels sociaux, médicosociaux, de santé, bénévoles, représentants d'usagers.	Partenaires du réseau de santé PA Professionnels de santé, établissements de santé, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales, bénévoles, représentants d'usagers.
Complémentarité	Le CLIC apporte au réseau : ● un accès facilité au grand public, de par une bonne connaissance du territoire ; ● une mise en œuvre de l'accompagnement social et médicosocial concertée ; ● une mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé pour un public plus large ; ● une contribution au projet de réseau gérontologique ;	Le réseau apporte au CLIC : ● une expertise médicale facilement mobilisable ; ● la possibilité d'une prise en charge globale et continue pour les PA atteintes de polyopathologies ; ● une reconnaissance du CLIC par les professionnels de santé ; ● une contribution au projet de CLIC ;
Evaluation	L'équipe médicosociale APA évalue la dépendance de la PA dans son contexte social.	Le réseau, lui, évalue les besoins de la PA en tenant compte de sa pathologie, sa dépendance et son contexte social.
Plan d'intervention individualisé	L'équipe médico-sociale de l'APA est chargée d'établir et de mettre en place un plan personnalisé d'aide à l'autonomie dans le cadre de l'APA.	Le réseau élabore et propose un plan d'intervention individualisé, comprenant un plan d'aide et de soin . Ce plan d'aide trouve son financement, en grande partie dans le cadre de l'APA.
Suivi	L'équipe du réseau assure un suivi régulier de la personne âgée, en collaboration avec le médecin traitant et avec l'équipe médico-sociale CLIC / PAIS.	

ANNEXE 6

Outil de suivi des demandes d'entrée en EHPAD

Maquette du territoire de Briey

Date inscription	NOM (3 premières lettres)	Prénom	Sexe	Date de naissance	Etablissements demandés										Transfert de demande	Délai attente avant entrée dans étab.	Date admission	Sortie			Demande de transfert	Nb d'étab. demandés par la personne		
					Briey		Jarny		Labry	Mars la Tour	Joudre ville	Joeuf		Giraumont									OUI	NON
					MR	USLD	MR	LV Alzheimer	MR	MR	MR	MR	USLD	MR										

Glossaire des sigles

ADAGE	Aire d'Activité Gérontologique
ADDAM	Association Départementale du Développement d'Activité Musicale
AFPA	Association à la Formation Professionnelle des Adultes
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
ALAGH	Association Lorraine d'Aide aux Grands Handicapés
ALMA	Association Allô Maltraitance Personnes Agées
ANAH	Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Accueil et Réinsertion Sociale
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAL	Centre d'Amélioration au Logement
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CAPS	Carrefour d'Accompagnement Public Social
CARMI	Caisse Régionale d'Assurance Minière
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMS	Centre Médico-Social
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes âgées
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE	Direction Départementale de l'Équipement
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail

FSV	Fonds de Solidarité Vieillesse
GIR	Groupe Iso Ressource
GIP	Groupement d'intérêt public
GMP	Gir Moyen Pondéré
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OHS	Office d'Hygiène Social
PAIS	Point Accueil Information Service
PATHOS	Outils d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées en établissement
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RAPHV	Réseau d'Accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes
RGVL	Réseau Gérontologique du Val de Lorraine
RPA	Résidence pour Personnes Agées = Foyer Logement
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
STAPA	Service de soutien Téléphonique Aux Personnes Agées
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Conseil général de Meurthe-et-Moselle
Direction personnes âgées personnes handicapées

48 rue Sergent-Blandan
CO 900 19
54035 Nancy cedex
03 83 94 52 84

www.cg54.fr

