

Schéma Gériantologique  
Départemental  
2008-2012



# SOMMAIRE

Un nouveau Schéma Gérontologique Départemental pour 2008-2012 en Haute-Savoie.....	1 – 4
--	-------

## **Livret 1 : Evaluation du dispositif en faveur des personnes âgées**

◆ Introduction.....	Livret 1 – 2
<b>1/ <u>Evaluation qualitative</u></b>	<b>Livret 1 – 3</b>
◆ Synthèse de l'évaluation.....	Livret 1 – 4
◆ Retour sur les enquêtes réalisées dans le département.....	Livret 1 – 22
<b>2/ <u>Evaluation quantitative</u></b>	<b>Livret 1 – 32</b>
◆ Principaux éléments clés du secteur gérontologique de la Haute-Savoie....	Livret 1 – 33

## **Livret 2 : Orientations du Schéma Gérontologique Départemental 2008-2012**

◆ Présentation.....	Livret 2 – 2
◆ Orientation n° 1 → Améliorer le soutien à domicile.....	Livret 2 – 4
◆ Orientation n° 2 → Développer l'offre alternative et la qualité de vie en établissement.....	Livret 2 – 12
◆ Orientation n° 3 → Structurer la coordination gérontologique.....	Livret 2 – 19
◆ Orientation n° 4 → Promouvoir les métiers de la gérontologie.....	Livret 2 – 21
◆ Orientation n° 5 → Promouvoir la bientraitance.....	Livret 2 – 25
◆ Orientation n° 6 → Mieux prendre en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée.	Livret 2 – 29
◆ Orientation n° 7 → Prendre en compte les situations spécifiques.....	Livret 2 – 33
◆ Orientation n° 8 → Prévenir et informer.....	Livret 2 – 38

## **Livret 3 : Evaluation des besoins en hébergement et programmation**

◆ Les perspectives démographiques.....	Livret 3 – 2
◆ Les besoins de places en établissement.....	Livret 3 – 9
◆ Programmation souhaitée par l'Assemblée Départementale.....	Livret 3 – 22

## Un nouveau Schéma Gérontologique Départemental pour 2008-2012 en Haute-Savoie

### Les enjeux

Le dispositif en faveur des personnes âgées a été travers , et continue de l'être, par de nombreuses évolutions. Depuis la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale, jusqu'à l'adoption plus récente du Plan Alzheimer, le champ de la gérontologie poursuit ses efforts de structuration dans un objectif d'amélioration constante de la qualité.

Aux termes de l'article L. 113.2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il lui revient d'organiser le dispositif de soutien à domicile en travaillant étroitement avec les services qui interviennent auprès de la personne âgée. En collaboration constante avec la DDASS, il travaille également au développement de l'offre et à la qualité de la prise en charge en établissement.

Les enjeux de ce nouveau schéma sont d'importance. Dans un contexte général d'augmentation de la population âgée, accr  sur le territoire haut-savoyard en raison de l'arrivée de retraités ou de parents d'actifs, il est aujourd'hui nécessaire de disposer d'une stratégie claire et d'une politique toujours plus responsable.

Plusieurs champs de réflexion doivent donc être abordés :

- ✓ Comment améliorer encore la qualité du soutien à domicile ?
- ✓ Comment répondre aux besoins croissants d'hébergement en établissement et à la diversité des prestations attendues ?
- ✓ Comment mieux accompagner les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée et mieux aider leurs proches ?
- ✓ Comment s'appuyer sur les mécanismes existants de coordination dans une visée de facilitation des démarches, de rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social, de fluidité du parcours de la personne âgée ?

Outre ces grands enjeux, il en est d'autres dont le schéma doit pouvoir se saisir. C'est notamment le cas de l'intégration dans la réflexion, des g rontotechnologies qui permettent une plus grande diversité des accompagnements et une facilitation au quotidien pour les personnes âgées et leur famille.

La territorialisation de l'action départementale constitue elle aussi un enjeu majeur. En accédant à un équilibre entre l'exigence de proximité et celle d'efficacité de l'action publique, la politique sociale du département doit s'inscrire résolument dans la réalité territoriale afin de mettre au fondement de son intervention la diversité des territoires et celle des situations qui composent le département.

Le Code de l'Action Sociale et des Familles fixe les obligations qui incombent au Département dans l'élaboration de ses schémas départementaux.

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est établi pour une période de 5 ans, en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire mentionnés aux articles L 6121-1 et 6121-3 du Code de la Santé Publique, et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) visé à l'article L 312-5-1 du C.A.S.F.

Les priorités de l'Etat pour l'allocation des crédits de sécurité sociale nécessaires aux créations ou extensions d'établissements ou de services sont établies et actualisées notamment sur la base des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

L'objectif général du schéma est :

- ✓ D'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- ✓ De dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- ✓ De déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ;
- ✓ De préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1, ainsi que tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins de la population ;
- ✓ De définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Afin de répondre à l'ensemble de ces exigences, le département a souhaité travailler en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs de la gérontologie et ce de la phase d'évaluation à celle d'élaboration des orientations. Il s'est adjoint les services du Cabinet Eneis Conseil, qui a accompagné la démarche.

Ainsi :

- ✓ une centaine d'acteurs ont été rencontrés par le Cabinet Eneis Conseil au sein de leurs locaux afin de les faire participer à l'évaluation du dispositif. Les observations recueillies constituent la base de l'analyse qualitative produite sur les dispositifs existants.
- ✓ 1 904 personnes âgées vivant à domicile ont répondu à une enquête sur leurs besoins et sur leur appréciation de la prise en charge
- ✓ 1 614 personnes âgées résidant en établissement ont également pu répondre à une enquête spécifique
- ✓ une quarantaine d'établissements, une cinquantaine de services à domicile et les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ont pu remplir un questionnaire qui leur était destiné.
- ✓ de la même manière, une centaine d'intervenants se sont également réunis durant la « Semaine de la Gérontologie » qui s'est déroulée du 21 au 25 janvier 2008 afin de travailler aux pistes d'actions à intégrer dans le nouveau schéma. Les 8 thématiques travaillées seront reprises en 8 orientations du schéma.

En sus de cette consultation élargie, un comité technique de suivi du schéma désigné par le Comité Départemental de Coordination Gérontologique, composé des principaux partenaires de la gérontologie, dont la DDASS, s'est réuni régulièrement pour valider et amender les travaux.

Le Schéma Gérontologique Départemental 2008-2012 est présenté  
en 3 livrets :

La présentation du schéma gérontologique

## Livret 1

**Evaluation du dispositif  
en faveur  
des personnes âgées**

Préalable au Schéma  
Gérontologique Départemental  
2008-2012

## Livret 2

**Orientations du  
Schéma Gérontologique  
Départemental 2008-2012**

Schéma Gérontologique  
Départemental 2008-2012

## Livret 3

**Evaluation des besoins  
en hébergement  
et programmation**

Schéma Gérontologique  
Départemental 2008-2012

# **LIVRET 1**

**EVALUATION DU DISPOSITIF**

**EN FAVEUR**

**DES PERSONNES AGEES**

Préalable au  
Schéma Gériatrique Départemental  
2008-2012

L'étape préalable à la définition des orientations implique de bénéficier d'un regard approfondi sur les atouts et sur les points d'amélioration du dispositif de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées.

L'évaluation sera constituée de deux parties :

✓ Une partie qualitative mettra en exergue les points forts du dispositif existant et présentera quelques enseignements issus des enquêtes ;

✓ Une partie quantitative établira un certain nombre de comparaisons entre le département de la Haute-Savoie et ceux de la région Rhône-Alpes et situera les principaux éléments clés du secteur gérontologique en Haute-Savoie.

# Evaluation qualitative

## → Synthèse de l'évaluation

- ⇒ Le dispositif de maintien à domicile
- ⇒ La prise en charge en établissement

## → Retour sur les enquêtes réalisées sur le Département

## Synthèse de l'évaluation

### Les atouts du Département

- ✓ Un développement rapide des capacités en hébergement
- ✓ Une mise en place réussie de l'APA grâce, notamment, à l'implantation territoriale des EMS (Equipes Médico-Sociales)
- ✓ Une prise en charge des malades d'Alzheimer déjà avancée
- ✓ Une démarche qualité déjà bien engagée
- ✓ Des formations nombreuses, à domicile et en établissement
- ✓ L'existence de plusieurs structures d'accueil alternatif
- ✓ La création de liens de solidarité au travers des COLOC (Comités Locaux de Coordination)

### Les points d'amélioration

- ✓ Des listes d'attente en établissement très importantes
- ✓ Des coûts d'hébergement très élevés
- ✓ Une qualité de prestation dans les établissements inégale
- ✓ Un manque de qualification pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes dans les EHPAD
- ✓ Des difficultés importantes de recrutement et de fidélisation du personnel
- ✓ Des services à domicile saturés (SAD et SSIAD)
- ✓ Des délais d'évaluation des demandes d'APA trop longs
- ✓ Une filière gériatrique encore insuffisamment développée
- ✓ Une offre en accueil familial quasi-inexistante
- ✓ Un cloisonnement important entre les acteurs du sanitaire et du médico-social d'une part et entre ceux des établissements et du domicile d'autre part
- ✓ Peu d'actions d'adaptation du logement ou du transport
- ✓ Une aide aux aidants encore lacunaire
- ✓ Une prise en charge des migrants vieillissants défaillante
- ✓ Des sorties d'hospitalisation problématiques
- ✓ Un dispositif de prise en charge de la maltraitance insuffisamment efficace
- ✓ Une mauvaise fluidité de l'information

## LE DISPOSITIF DE MAINTIEN A DOMICILE

### L'augmentation de la demande à domicile

Le développement du dispositif de maintien à domicile a été reconnu comme un succès de manière unanime par les acteurs rencontrés. Notamment, la territorialisation des équipes médico-sociales, la spécificité des « situations gérontologiques » ont permis une prise en charge en adéquation avec les besoins identifiés et une gestion des dossiers qui n'est pas seulement administrative. On note toutefois l'existence de délais importants de traitement, au-delà des normes réglementaires, sur certaines parties du territoire. Par ailleurs, il est apparu que la mise en œuvre des plans d'aide par certains services pouvait se heurter à deux types de difficultés : soit du fait d'une importante saturation, soit en raison d'un manque d'adaptation aux besoins de la prise en charge (manque de personnel en période de congés annuels, difficultés le week-end).

Ce succès de la mise en place de l'APA n'éluide pas deux questionnements :

- ✓ en premier lieu, cette prise en charge approfondie ne crée-t-elle pas un décalage entre les ressources en temps des EMS et la croissance régulière des demandes d'APA d'une part, des situations difficiles à coordonner d'autre part ?
- ✓ en second lieu, le succès du maintien à domicile impacte directement l'activité des établissements appelés à prendre en charge des personnes de plus en plus dépendantes. De plus, les situations d'urgence sont fréquentes, sans que le dispositif paraisse adapté. Il reviendra donc au schéma de s'interroger sur les limites du maintien à domicile.

Bonnes pratiques  
données chiffrées

- ✓ Le nombre de bénéficiaires APA a augmenté de manière régulière (8% sur un an entre le 30 juin 2006 et le 30 juin 2007, passant de 4214 à 4557). 4 856 bénéficiaires au 30 juin 2008 (soit + 6,5% en 1 an).

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

Si la prise en charge par les services des GIR 1- 4 ne pose pas vraiment d'autres difficultés que le retard possible dans le traitement des dossiers ou le fait que certains SAD ne peuvent honorer en totalité les plans d'aide, celle des GIR 5 et 6 constitue une nouvelle préoccupation en raison du désengagement progressif de partenaires essentiels.

L'arrivée progressive et anticipée du secteur commercial incite également à penser l'inscription de ces nouveaux acteurs dans la prise en charge et à ne plus nécessairement privilégier le prestataire avec les services agréés par le Département en toutes circonstances.

## L'amélioration de la qualité de la prise en charge à domicile

La formation des personnels à domicile est un axe fort d'une prise en charge de qualité. Le soutien du Conseil général aux organismes ayant mis en place des plans de formation ambitieux a facilité la prise de conscience des services d'aide à domicile et le développement d'une politique de qualification sur le département. Il arrive toutefois que les difficultés de recrutement et le manque de personnel résultent de l'inadéquation entre le niveau de qualification de l'intervenant et le type de prise en charge assurée (aide à la personne effectuée par du personnel non qualifié).

Si le personnel est formé, la mise en place des démarches qualité dans les services est encore mal connue. En outre, la place des bénévoles et l'étendue de leurs interventions continuent d'être interrogées par un grand nombre de partenaires.

L'élaboration d'une charte qualité signée par le Conseil général et les services agréés a permis de sensibiliser les services sur les éléments constitutifs d'une bonne prise en charge. Toutefois, cette charte a semblé un peu datée et pourrait nécessiter une réactualisation.

Les relais efficaces, que constituent les EMS, servent de système d'alerte en cas de non respect de la charte et du cahier des charges réglementaire.

Bonnes pratiques et  
données chiffrées

- ✓ L'ADMR avec l'appui du réseau national est en train de mettre en place le projet de télégestion ; elle s'est par ailleurs engagée dans le processus de certification ISO 9001-2000 et NF X 050 56. L'association dispense 12 jours de formation initiale à tous les nouveaux agents ainsi que des formations spécifiques correspondantes aux 8 modules de passage de DEAVS.
- ✓ En 2007, l'ASSAD a obtenu 55.000 € de la DDTEFP de Haute-Savoie pour la formation du personnel, et a également recruté une directrice des ressources humaines et une psychologue. L'association organise, pour son personnel, des groupes mensuels d'analyse de pratiques, animés par psychologue : 250 salariés en bénéficient chaque mois. 30% de ses salariés sont diplômés du DEAVS. Elle s'est engagée en 2007 dans la démarche qualité UNA.
- ✓ L'ADHAP Service : une infirmière coordinatrice fait des visites de contrôle tous les 15 jours chez les personnes prises en charge.
- ✓ Le CCAS de Cluses a mis en place des visites de contrôles inopinées et dispose de protocoles pour les remplacements.
- ✓ Signature d'une convention entre l'ASSAD et l'IRCEM : lors d'un arrêt maladie, la rémunération du salarié en mandataire est assurée par l'IRCEM.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

Le département bénéficie de l'existence de nombreux services sur son territoire, dont certains très petits. S'il s'agit d'un atout pour le libre choix de la personne âgée, il peut devenir difficile d'avoir une vue exhaustive des différentes prises en charge. En outre l'homogénéité des prestations n'en est que plus difficilement garantie.

Le recrutement et la fidélisation des personnels qualifiés continue à être un enjeu majeur pour garantir la qualité de prise en charge. En outre, face à l'augmentation de la demande d'aide à domicile, le personnel d'encadrement n'est pas toujours en nombre suffisant pour effectuer le suivi approfondi de la qualité des interventions.

Afin de satisfaire à une amélioration constante de la qualité, des plans de formation fondés sur une pluriannualité des budgets peuvent constituer des solutions opportunes.

## L'aide aux aidants naturels

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

L'hébergement alternatif est également important pour assurer des périodes de répit aux aidants. Cette offre nécessite d'être mieux connue. Le souci de proximité doit présider au développement de nouvelles structures.

### Bonnes pratiques et données chiffrées

- ✓ Un apprentissage des transferts à l'attention des aidants a été réalisé par certains établissements (ex. : EHPAD de Beaufort-Rumilly).
- ✓ Certains accueils de jour organisent eux-mêmes le transport des personnes, d'autres établissent des conventions avec les sociétés de transports ou bien avec des acteurs associatifs (ex.: HandyMobil sur le Genevois).
- ✓ L'Ermitage mettra prochainement en place un système de réservation pour l'hébergement temporaire et l'accueil de jour via son site internet
- ✓ Un accueil spécifique des aidants est organisé par Haute Savoie Alzheimer dans le cadre d'entretiens individuels, de réunions bi-mensuelles, de groupes de parole, ou d'atelier de gestion de stress
- ✓ Accueil de jour Bouffée d'Air (Saint-Jorioz) : entretiens et contacts réguliers avec les familles et mise en place de formation aux aidants (ouvert 2 jours par semaine)

### Attentes des acteurs Points de vigilance

Beaucoup d'aidants sont aujourd'hui dépassés, voire eux-mêmes dépendants. L'extension des groupes de paroles et autres formules d'échanges ainsi que leur continuité dans le temps, constitue une priorité et répond à une demande forte.

Les accueils de jour et hébergements temporaires, même s'ils sont développés sur le département ne semble pas toujours répondre aux besoins des aidants. En outre, les échecs connus par certaines structures alternatives incitent à s'interroger sur les conditions *sine qua non* pour l'ouverture de ces accueils (locaux et équipes dédiés, solutions de transports adéquates, travail en amont avec la famille).

## L'adaptation du logement

L'inadaptation du logement est un frein important au maintien à domicile. Plusieurs organismes sont susceptibles d'intervenir pour favoriser son adaptation. Toutefois, le dispositif paraît peu lisible pour les personnes âgées.

En outre, les délais pour faire aboutir un projet d'adaptation peuvent paraître décourageants. A ces difficultés s'ajoute le problème du relogement pendant les travaux...

Le temps d'ergothérapeute présent pour les équipes médico-sociales paraît insuffisant pour répondre à tous les besoins.

Le parc du logement social n'est pas toujours adapté au vieillissement (absence d'ascenseur, accessibilité limitée). Or, les locataires vieillissent. Même si au sein du patrimoine géré par l'OPAC la part des plus de 65 ans reste limitée (14%), près de 4 locataires sur 10 ont plus de 50 ans. L'adaptation des logements du parc social est donc une priorité. Dans cette optique, l'OPAC Haute Savoie compte effectuer un inventaire d'accessibilité.

Enfin, une des limites du maintien à domicile réside dans l'insalubrité.

Bonnes pratiques et données chiffrées

- ✓ Réalisation d'une fiche navette entre les services APA et Act-Habitat qui permet d'effectuer les signalements réciproques pour une prise en charge adéquate
- ✓ Projet d'habitat évolutif et intergénérationnel dans l'agglomération Annemassienne par l'OPAC Haute Savoie

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

Act-Habitat participe aux rencontres régulières avec les CCAS et les services d'aide à domicile mais un travail d'information plus systématique semble être nécessaire.

L'information relative aux possibilités d'adaptation du logement doit en effet être généralisée.

Si l'évaluation APA est souvent une opportunité de prévenir les risques de dépendance liés au logement, elle ne peut ni déceler, ni anticiper toutes les difficultés.

Il est primordial de raccourcir les délais de traitement de dossiers d'accessibilité et de la mise en œuvre des projets.

## La couverture du territoire en services de soins à domicile

Le département ne compte pas de zones blanches en SSIAD, le territoire étant entièrement couvert. Les zones urbaines ont été renforcées afin de pouvoir mieux prendre en charge la population de plus en plus dépendante et de favoriser un maintien à domicile que l'APA est venue faciliter.

Le manque de place continue toutefois à se faire ressentir. Ce problème est évoqué sur tout le territoire et plus particulièrement sur certains territoires où les cabinets libéraux sont peu nombreux. De même, la saturation de certains SSIAD a pour conséquence des sorties d'hospitalisation sans mise en place de soins à domicile.

La moitié des services de soins sont gérés par l'ADMR, les autres étant soit associatifs, soit sous la responsabilité des mutuelles. La présence de SSIAD unique sur chaque territoire a souvent permis une meilleure coordination (doublée par ailleurs d'une coordination entre SSIAD au travers de Coord 74).

En outre, le développement l'hospitalisation à domicile est engagé. 130 lits répartis sur les 5 principaux hôpitaux sont prévus.

Bonnes pratiques et  
données chiffrées

- ✓ Le nombre de places de SSIAD a progressé de 46% entre le 1er mars 2002 et le 1er juillet 2007. Sur l'arrondissement d'Annecy cette progression est de 91%.
- ✓ 10 places de soins palliatifs ont été créées.
- ✓ La DDASS a mis en place une procédure de visite qualité sur le modèle du suivi des conventions tripartites permettant d'identifier les points forts et les points faibles des différents services.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

L'HAD et l'ouverture de places de SSIAD supplémentaires demeurent des attentes fortes soulevées par les acteurs.

## Le développement de nouveaux services à domicile

La gamme de services à la personne s'étend de la simple aide-ménagère à la réalisation de petits travaux ou d'aides administratives diverses et variées. Dans l'ensemble, les services sont parvenus à s'adapter aux besoins et à l'évolution des personnes qu'ils aident.

Le département a souhaité investir de manière importante dans la téléalarme. Si son développement est aujourd'hui avéré (4 830 abonnés au 30 juin 2008), un écueil demeure concernant les personnes qui souhaiteraient en bénéficier mais ne peuvent signaler de référent. C'est particulièrement le cas pour les usagers qui sont venus au moment de leur retraite dans le département et dont la famille est très éloignée. Or, il s'agit du public qui a probablement le plus besoin de ce type de service.

Le lien social et l'activation des réseaux bénévoles seraient donc à promouvoir.

Toutes les communes ne disposent pas encore d'un système de portage de repas.

Bonnes pratiques et  
données chiffrées

- ✓ 4 800 téléalarmes installées dans le département
- ✓ Certaines mutuelles, AG2R et ProBTP par exemple, offrent des prestations de présence relationnelle qui répondent à un réel besoin des personnes âgées isolées
- ✓ Le comité départemental de prévention et de kinésithérapie intervient à Annemasse avec la collaboration de la mairie auprès de groupes de 8-9 personnes pour la prévention des chutes.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

L'extension des activités physiques pour personnes âgées à domicile est une attente généralisée.

Le bénévolat est souvent une occasion de développer de nouveaux services ; toutefois la formation des bénévoles n'est pas toujours suffisante pour assurer un accompagnement de qualité.

Enfin, il est apparu que les prestations type petits travaux ou jardinage, ne sont pas suffisamment développées par les services autorisés ou agréés.

## Le développement de l'accueil familial

L'accueil familial est encore peu développé sur le territoire haut-savoyard. On compte, en 2007, 16 familles accueillantes proposant 16 places pour les personnes handicapées et 5 pour les personnes âgées. Mais une seule personne âgée est accueillie à ce jour.

Le coût du foncier et la difficulté des démarches administratives sont le plus fréquemment évoqués pour expliquer cet insuccès.

Des tentatives de développement d'accueil sont restées plus ou moins vaines, notamment sur le Chablais, malgré la mise en place d'une campagne d'information.

Le souhait du département de développer ce type d'accueil l'avait pourtant amené à sensibiliser au moins deux membres de chaque EMS (une assistante sociale et une infirmière) aux avantages présentés par cette prise en charge et notamment :

- ✓ La taille humaine de la structure
- ✓ Sa proximité

Il semblerait que la méconnaissance de ce métier, à la fois par les potentiels accueillants, les potentiels accueillis et les professionnels, constitue également un écueil de l'actuel dispositif.

Il est pourtant d'autant plus à développer qu'il est en mesure de proposer des solutions alternatives intéressantes pour certains publics en rupture de lien social.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

Le suivi des familles d'accueil semble difficile à moyen constant.

Un trop grand isolement pourrait entraîner des difficultés de prise en charge et un abandon de la profession à terme. C'est pourquoi la voie d'un soutien à partir des établissements a été à plusieurs reprises envisagée.

La création de MAFPA (Maisons d'Accueil Familial pour Personnes Agées) peut constituer un nouveau type d'accueil à développer.

## Lutter contre la maltraitance et tendre vers la bientraitance

La création de l'association départementale ALMA en 2004 constitue une étape importante dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées. L'équipe ALMA est composée de bénévoles : les écoutants réceptionnent les appels et les référents (formés) assurent l'orientation des appelants.

ALMA 74 dispense par ailleurs des formations dans le but de sensibiliser le personnel intervenant auprès des personnes âgées au problème de maltraitance.

Cependant ALMA 74 n'a pas de relais locaux et est encore insuffisamment connue sur le département. Près d'un quart des dossiers concerne l'agglomération annécienne.

La prévention de la maltraitance passe avant tout par le renforcement du dispositif de l'aide aux aidants. En effet, l'épuisement des familles est souvent à l'origine de la maltraitance. Les ratios d'encadrement dans les établissements constituent également un enjeu dans le cadre de la bientraitance.

Par ailleurs, le Conseil général s'est saisi de cette problématique en proposant des formations sur le sujet aux membres des équipes médico-sociales. Désormais, les signalements sont mieux ciblés et mieux rédigés.

Bonnes pratiques et  
données chiffrées

- ✓ Suite aux appels reçus sur la période 2005 – 2006, 119 dossiers ont été ouverts par ALMA 74.
- ✓ En collaboration avec la DDASS, une journée départementale à destination des structures a été organisée en mai 2008.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

La maltraitance demeure un sujet difficile à aborder.

Le nombre de dossiers ALMA ne saurait être représentatif de l'ampleur de ce phénomène, d'autant que l'association demeure encore assez peu connue.

Par ailleurs, les démarches préconisées sont souvent assez peu suivies d'effet.

## Dépasser le cloisonnement entre le domicile et l'établissement

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

Peu d'initiatives locales représenteraient un relais de cette vision originale de la prise en charge alliant les maisons de retraite et les services d'aide à domicile autour de prestations communes. D'une part, l'établissement est souvent le recours ultime pour des personnes dont l'état de dépendance ne permet plus d'envisager une autre solution. D'autre part, les acteurs de ces deux types d'institution se rencontrent trop peu pour envisager des solutions partagées (exemple : animations collectives communes).

Bonnes pratiques et données chiffrées

- ✓ Certains portages de repas sont effectués à partir des établissements.
- ✓ Un certain nombre d'EHPAD convient des personnes du domicile à leurs activités et aux déjeuners ou dîners (L'Ermitage, EHPAD de la Fondation du Parmelan, Foyer-logement Passy-Flore).
- ✓ Certaines caisses de retraite accordent un soutien financier pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

La mutualisation de certains moyens entre établissements et services d'aide à domicile, pourrait permettre la diversification des services proposés au domicile de la personne âgée, et favoriser une moindre appréhension de l'entrée en établissement.

L'accueil de nuit peut également faire l'objet de réflexions nourries.

Il est important de noter que dans certains établissements la volonté de s'ouvrir à l'extérieur se heurte au manque de solutions de transport pour les participants potentiels.

## La prise en charge des migrants vieillissants

Le nombre de migrants vieillissants ne cesse d'augmenter. Ainsi, à titre d'exemple, dans les foyers Adoma (anciennement Sonacotra) les plus de 60 ans représente 45% des personnes accueillies. Dans certains foyers, les 2/3 des résidents sont vieillissants.

Les problématiques relatives à ce type de public sont nombreuses et leur ampleur croît lorsqu'il s'agit des migrants vieillissants isolés, vivants dans des foyers Adoma. Le manque de connaissance sur les droits et les dispositifs existants est souvent évoqué : seulement 2 résidents des foyers Adoma perçoivent l'APA sur l'agglomération annécienne. Des infirmières interviennent souvent en urgence, dans les foyers non adaptés...

Si l'ampleur de ces difficultés est plus importante dans les résidences sociales, la prise en charge des migrants résidant en famille n'y échappe pas tout à fait. Les EMS ont des difficultés à entrer dans leur domicile, retardant *de facto* la prise en charge du vieillissement. Lorsque les EMS interviennent, il en résulte soit des plans d'aide très lourds, car non anticipés, soit une orientation vers l'EHPAD.

Bonnes pratiques et données chiffrées

- ✓ Programme de rénovation de la résidence ADOMA du Salève sur Annemasse (2001-2007) dans le cadre du Contrat d'objectif avec l'Etat.
- ✓ Projet de rénovation de la résidence La Prairie à Seynod avec la création d'un espace médicalisé pour faciliter l'accès aux soins pour les services extérieurs.
- ✓ Mission vieillissement dans le foyer La Prairie financé par le FASILD pour faciliter l'accès des migrants vieillissants aux soins et aux droits administratifs

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

L'objectif principal pour la prise en charge de ce public est de faciliter l'accès aux prestations à domicile de droit commun : adaptation du logement, accompagnement médico-social.

Il convient de s'interroger sur les solutions disponibles pour ce type de public lorsque le niveau de dépendance augmente, l'hébergement en EHPAD n'étant pas toujours adapté et ayant un coût souvent trop élevé. Une réflexion sur des solutions alternatives doit être engagée, d'autant que celles-ci ne répondent pas uniquement aux besoins des migrants vieillissants mais d'une manière plus générale des personnes vieillissantes aux ressources limitées.

## LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT

### Le développement de l'offre sanitaire

L'offre sanitaire a pu paraître insuffisante aux acteurs.

La démographie médicale constitue un obstacle à un accompagnement et une prise en charge de la vieillesse. Plusieurs acteurs ont mis l'accent sur la nécessité d'accroître l'attractivité du territoire.

En ce qui concerne la filière gériatrique, elle est différemment avancée en fonction des hôpitaux. Si l'hôpital d'Annecy dispose d'une filière complète, ce n'est pas encore le cas à Thonon, à Bonneville, à Sallanches. La formalisation de ces filières est prévue pour le 1er semestre 2008.

Les retards sont plus conséquents à Saint-Julien ou à Annemasse où le travail important de restructuration a sans doute en partie différé les projets sur le sujet.

Ceci dit, la mise en place de la T2A implique de trouver rapidement des lits d'aval (soins de suite ou EHPAD) et de mieux organiser les retours à domicile.

Outre la filière, les médecins libéraux demeurent un public qu'il est nécessaire de parvenir à mobiliser, afin d'effectuer un accompagnement concerté de la personne âgée.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

Le développement de la filière gériatrique constitue une attente importante des partenaires qui souhaitent voir la gamme de prise en charge étendue et répondre aux sollicitations de plus en plus nombreuses des personnes âgées et de leur famille.

## La répartition des équipements sur le territoire

Ces dernières années ont été l'occasion d'un rattrapage du retard départemental en capacité d'accueil. Ce sont plus de 1 200 lits qui ont été autorisés en cinq ans.

Cette évolution rapide a débouché sur l'autorisation de structures privées en nombre important (près de 35% des lits). Si la qualité de la prise en charge n'est remise en question pour aucune catégorie d'établissements, les prix de journée ne sont en revanche pas toujours en adéquation avec la population accueillie. On observe ainsi des orientations par défaut de personnes âgées résidant aujourd'hui dans un EHPAD privé mais en attente d'une entrée en établissement public.

Les établissements sont en saturation et les listes d'attente s'allongent de manière très sensible. La conjugaison de plusieurs phénomènes peut expliquer cette situation : une préoccupation peut-être tardive du vieillissement de la population, le souhait de jeunes retraités de faire venir leurs parents dans le département...

Par ailleurs, les GMP (Gir Moyen Pondéré, mesure de la dépendance) de certains établissements semblent faibles, en comparaison des besoins du territoire.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

Aujourd'hui, les besoins semblent encore importants car le retard est tout juste rattrapé pendant que la population dépendante augmente. Or, plusieurs questions se posent : outre le fait de devoir financer de nouvelles places, les acteurs publics peuvent rencontrer des difficultés pour le portage de nouveaux projets. Une assistance spécifique pourrait être pensée dans le cadre du schéma. Par ailleurs, il faudra être attentif à ne pas privilégier certains projets pour des raisons uniquement économiques. Le critère de choix doit bien résider dans l'adéquation avec les besoins clairement identifiés sur le territoire.

Le scénario du libre choix inscrit le schéma dans deux axes : l'amélioration du maintien à domicile et de la coordination. Ce n'est donc plus la croissance des capacités qui doit constituer la seule priorité mais bien l'adaptation des EHPAD existants à l'augmentation du GMP, ou, dans une autre mesure, la création d'unités plus petites.

En outre, la croissance des capacités doit être accompagnée d'une réflexion sur la promotion de ce secteur auprès du personnel qualifié, afin de garantir la qualité de la prise en charge.

## Le développement des Petites Unités de Vie (PUV)

Le département dispose aujourd'hui de peu d'établissements de petite taille (ex : Marpa d'Habère Lullin...).

Ce type de structures répond avant tout à une priorité de proximité.

Cependant les difficultés de gestion sont importantes : outre la viabilité financière, le maintien des résidents qui deviennent dépendants induit une réflexion sur la médicalisation de certaines places.

Dans un contexte de saturation des services de soins à domicile, le travail avec les SSIAD doit être approfondi et structuré. La présence d'un réseau médical et médico-social dense est en effet indispensable au bon fonctionnement de ce type d'établissement.

Ces unités peuvent difficilement fonctionner avec des résidents présentant des démences. Elles risquent ainsi de ne pas désengorger les files actives. Leur public cible serait davantage des personnes présentant une dépendance physique.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

Afin de faciliter le suivi et le parcours des personnes, les éventuelles petites unités de vie pourraient être adossées à un établissement.

Si ces unités peuvent être privilégiées, il sera important de veiller à éviter les écueils connus dans le même mode de fonctionnement des foyers logements. Accueillant un public spécifique et souffrant surtout de dépendance physique, ces structures seraient confrontées par ailleurs au vieillissement de personnes qui pourraient développer des déficits cognitifs.

C'est donc bien le parcours de la personne et son suivi qui constituent la condition *sine qua non* du succès de ces éventuels nouveaux établissements.

## La qualité de la prise en charge en établissement

La signature des conventions tripartites entre les établissements, le Conseil Général et la DDASS, a permis des modifications conséquentes en termes de qualité. Toutefois, une vision précise et globalisée de l'impact des conventions sur la qualité de la prise en charge est encore manquante. De même les missions de contrôle peuvent sembler difficiles à assurer, se déclenchant essentiellement après des signalements de maltraitance.

En ce qui concerne les foyers logements, ils semblent correspondre à une demande sur le département où les personnes âgées sont attirées par le confort et la sécurité d'une structure collective tout en se préservant un espace personnel. Leur développement répond avant tout à un problème d'habitat et d'isolement. Il s'agit ici d'étudier la volonté des élus locaux de mettre en place les services adéquats pour ce type de résidences. Une réflexion spécifique doit être menée en parallèle avec la vétusté du domicile.

Par ailleurs, tous les foyers logements ne sont pas encore en tarification binaire. Les premières années du schéma doivent veiller à remédier à cette situation.

Bonnes pratiques et  
données chiffrées

- ✓ La DDASS souhaite arrêter un taux de présence des médecins coordonnateurs en fonction de la charge de soins dans l'établissement.
- ✓ Elle souhaite également renforcer le rôle du médecin coordonnateur au sein de l'établissement, notamment concernant le recueil de l'information dans le cadre de la veille sanitaire, et la mise en place de protocoles d'hygiène dans le cadre de la prévention des maladies nosocomiales.
- ✓ Les  $\frac{3}{4}$  des EHPAD disposent d'un médecin coordonnateur.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

La place de foyers logements doit être revue dans le cadre de l'augmentation du GMP des établissements d'une part et des éventuelles ouvertures de PUV ou MARPA d'autre part.

Il semblerait tout de même que sur certaines communes les foyers logements continuent de répondre à une demande.

En cas de difficulté de remplissage, il est envisageable d'ouvrir un certain nombre de places au public plus jeune, comme cela a déjà été expérimenté.

Le suivi des conventions et de leurs effets doit être mieux structuré, notamment par l'utilisation d'indicateurs nationaux ou l'élaboration d'une grille départementale sur le modèle de la Loire ou bien en s'appuyant sur le Guide de renouvellement des conventions tripartites de 1ère génération, élaboré par l'Uniopps.

## La professionnalisation de la prise en charge

Deux mouvements ont incité les établissements à s'engager dans la voie de la professionnalisation de leur personnel : la dépendance de plus en plus importante de leurs résidents et les conventions tripartites.

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

Les réflexions doivent encore s'engager sur la nature et la composition des effectifs en fonction, notamment du GMP et de la coupe Pathos des établissements. La présence de personnels spécifiques (psychologues, kinésithérapeutes...) peut être systématisée par le recours à des GCSMS (Groupements de Coopération Sociale ou Médico-Sociale). Un ratio de personnel qualifié et non qualifié cible peut également faire l'objet d'un développement dans le futur schéma.

Le recrutement de personnels, aides soignantes et infirmières, pose des difficultés à de nombreux établissements, proches de la Suisse ou non. Ceci constitue un obstacle majeur à l'amélioration de la qualité de la prise en charge car le manque de personnel qualifié a un impact négatif sur les conditions de travail, favorisant ainsi le turnover. Certains établissements tentent de remédier à ce cercle vicieux en s'efforçant d'améliorer les conditions de travail du personnel et de le fidéliser (rémunération attractive, promotion professionnelle, plans de formation, gestion attentive des plannings, écoute...). Il existe toutefois un réel besoin d'une politique concertée de promotion du secteur de la gérontologie auprès des professionnels, et notamment des jeunes diplômés, afin de pouvoir garantir la qualité de la prise en charge.

Bonnes pratiques et données chiffrées

- ✓ Certains établissements sont passés sous statut fonction publique hospitalière pour faciliter les recrutements (ex : Groisy, Saint-Jorioz).
- ✓ D'autres (Gruffy) ont procédé uniquement par des formations internes pour leur effectif : palliant ainsi les difficultés de recrutement et fidélisant les personnels.
- ✓ Mise en place d'un dispositif avec l'ARH de financement des études sous condition de servir pendant 3 ans (pour les infirmières, puis pour les aides soignantes) ; mais les EHPAD autonomes ne pouvaient en bénéficier.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

L'objectif d'un ratio de 1 pour 1 dans les établissements semble difficile à atteindre.

Une politique spécifique de promotion des métiers liés à la gérontologie, ainsi que la multiplication de formations en interne, constituent des pistes à privilégier.

La problématique est d'autant plus sensible que le secteur du handicap, pouvant être considéré comme plus « attractif », présente une pyramide des âges permettant d'anticiper une croissance des besoins de recrutement dans les établissements pour adultes handicapés.

## La prise en charge de la maladie d'Alzheimer

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

Le diagnostic de ces pathologies doit être porté chez le plus grand nombre de patients et si possible précocement.

Afin d'améliorer le diagnostic, 3 consultations mémoires labellisées ont été mises en place dans les centres hospitaliers d'Annecy, Annemasse-Bonneville et Thonon-les-Bains. Mais d'autres centres hospitaliers (Sallanches, Rumilly) ou cliniques privées réalisent des bilans gériatriques avec évaluation de la mémoire. De plus, des neurologues hospitaliers ou libéraux participent également à ces diagnostics.

Le personnel des services d'aide à domicile n'a pas toujours la formation appropriée pour la prise en charge de ce type de public. Le « turn over » du personnel travaillant à domicile peut être important, et avoir des effets perturbants sur les malades.

Un des motifs fréquent d'entrée en EHPAD est la difficulté du maintien à domicile malgré les aides mises en place et les risques encourus par la personne qui présente des troubles du comportement. Aujourd'hui, plus de 60% des résidents en EHPAD présentent une démence. De ce fait, les EHPAD doivent s'adapter à cette nouvelle réalité.

Or, il apparaît que certains établissements refusent l'entrée de personnes « fugueuses », ne se sentant pas en mesure d'assurer cette prise en charge (en hébergement temporaire ou permanent)...

Néanmoins, des unités Alzheimer, cantous, existent et sont identifiés dans bon nombre d'établissements.

Les accueils de jour spécifiques ont pu se constituer sans pour autant toujours parvenir à remplir intégralement leurs places. Des difficultés de transport et de mode de prise en charge ont été identifiées par les acteurs rencontrés.

La présence et l'accès facilité à des consultations mémoire doivent être généralisées sur l'ensemble du territoire. Il est important que la création de structures pour accueil des personnes atteintes d'Alzheimer soit accompagnée d'une prise en charge spécifique adaptée.

Les professionnels qui prennent en charge des patients présentant cette pathologie à domicile ou en institution, doivent bénéficier d'une formation spécifique.

Par ailleurs, un débat émerge dans le département sur la nécessité de disposer d'unités spécifiques et fermées dans les EHPAD: d'une part, l'éthique inhérente à ce type de prise en charge connaît des évolutions, d'autre part, 60% des nouveaux résidents sont atteints par cette pathologie : ce qui amène à poser la question d'une quelconque spécificité.

Les établissements s'interrogent sur leur responsabilité dans le cadre de l'ouverture de leurs unités spécifiques ; ils sont demandeurs d'information sur le droit au risque et sur les obligations dans le cadre de l'ouverture de leurs unités spécifiques.

La prise en charge des cas précoces d'Alzheimer fait également partie des préoccupations des professionnels concernés.

## La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes constitue, avec d'autres thèmes, un des nouveaux enjeux majeurs des schémas médico-sociaux.

Le département n'a pas arrêté de doctrine figée en termes d'accompagnement de ce public. Il s'est attaché à proposer une diversité des prises en charge.

Une recherche de cohérence avec le projet de vie des personnes, et une formalisation approfondie des relations entre les acteurs du dispositif en faveur des personnes âgées et celui des personnes handicapées doivent désormais être promues.

L'enjeu du dénombrement constitue par ailleurs un axe majeur. S'il est déjà difficile pour les personnes prises en charge dans les structures pour adultes handicapés, il est encore plus délicat à domicile.

Un élément d'amélioration de la prise en charge de ce public à domicile passe souvent par un rapprochement entre les personnels dédiés au handicap et ceux qui le sont à la gérontologie.

Bonnes pratiques et  
données chiffrées

- ✓ Journée départementale, rassemblant les professionnels des mondes de la gérontologie et du handicap, organisée le 27 mai 2008 à l'initiative du Coloc de l'agglomération annécienne.
- ✓ Existence à Gruffy d'un accueil spécifique pour 8 personnes aux problèmes psychiatriques stabilisés (accueil ouvert pour l'ensemble du département et non seulement pour le canton) ; formalisation des relations avec le centre spécialisé de Seynod et le CMP (qui intervient tous les 15 jours). Toutefois, suite à des problèmes de recrutement au sein du CMP, l'établissement n'a plus la garantie d'hospitalisation en urgence...
- ✓ Rapprochement des secteurs Personnes Agées / Personnes Handicapées : création en 2007 au sein de la DGH de postes d'infirmières qui effectuent un mi-temps handicap et un mi-temps gérontologie.

Attentes des acteurs  
Points de vigilance

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes a fait l'objet d'orientations spécifiques dans le schéma en faveur des personnes handicapées.

D'une manière générale, si, pour certains publics, l'accueil en EHPAD peut être adapté, il est important de souligner :

- ◆ premièrement la nécessité de disposer d'un projet spécifique,
- ◆ deuxièmement celle de proposer des ratios d'encadrement en personnel formé suffisant.

## Retour sur les enquêtes réalisées dans le département

La concertation et la consultation ont été une constante dans la réalisation de ce nouveau schéma.

Afin de disposer de données les plus fines et les plus exhaustives possibles auprès des responsables de structures, le Conseil général a souhaité leur adresser des questionnaires spécifiques. Il en a été ainsi pour :

- ✓ les directeurs d'établissements
- ✓ les directeurs de service à domicile
- ✓ les directeurs de SSIAD

Par ailleurs, de manière à interroger directement les personnes âgées sur leur appréciation du dispositif et sur leurs besoins, deux grandes enquêtes ont été menées à l'échelle du département :

- ✓ à l'attention des personnes âgées vivant à domicile
- ✓ à l'attention des résidents en établissement.

Il ne revient pas au schéma d'entrer dans le détail de leur exploitation. Toutefois, les éléments les plus saillants sont ici présentés.

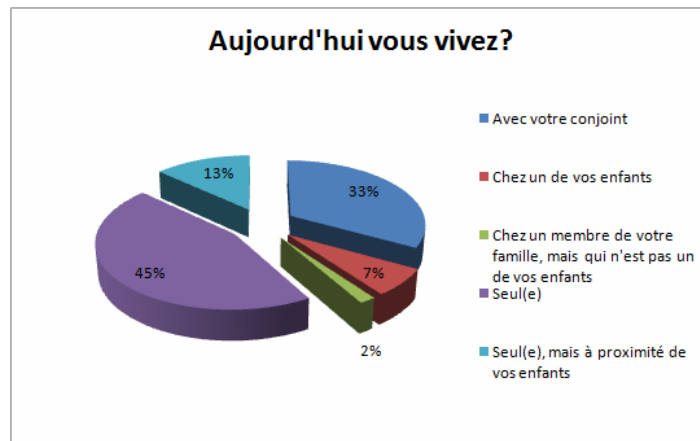
## L'enquête à l'attention des personnes âgées à domicile

3 000 questionnaires ont été envoyés à partir d'un échantillon représentatif démographiquement et territorialement. 1 904 retours ont été enregistrés et exploités (*les 13 communes de l'agglomération d'Annecy ont été isolées des territoires d'Annecy-Est et Ouest*).

Profil de la population répondante :

- ✓ Les femmes représentent 71% des répondants
- ✓ Les plus de 80 ans sont majoritaires.
- ✓ Les bénéficiaires de l'APA représentent 67% de la population qui a répondu à l'enquête.

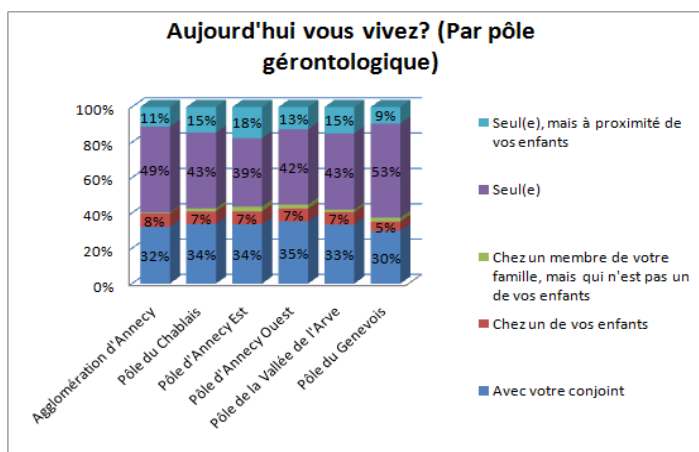
### ① Mode de vie des personnes âgées



Ce premier tableau fait apparaître que la majorité des répondants vit seule (58%) ou en couple. L'hébergement chez un membre de la famille (enfant ou parent) reste marginal (9%).

Ce constat revêt une importance capitale dans la mesure où la majeure partie des répondants est âgée de plus de 80 ans.

Il s'agit donc d'un public concerné au premier chef par tout type de mesure visant à renforcer le maintien à domicile, confirmant ainsi la nécessité de concentrer les efforts du département sur l'amélioration de cette prise en charge. Par ailleurs, de manière concomitante, la part des couples dans ces répondants renforce l'importance qui sera donnée à toute mesure d'aide aux aidants.

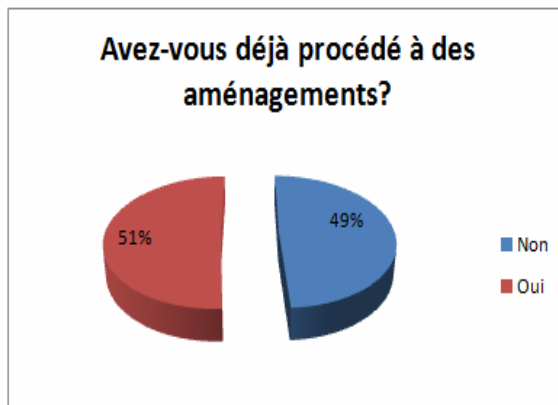


Approche territoriale : Peu de différences sont notables quant aux modes de vie. La part de personnes vivant seules est plus élevée dans le Genevois que dans le reste du département.

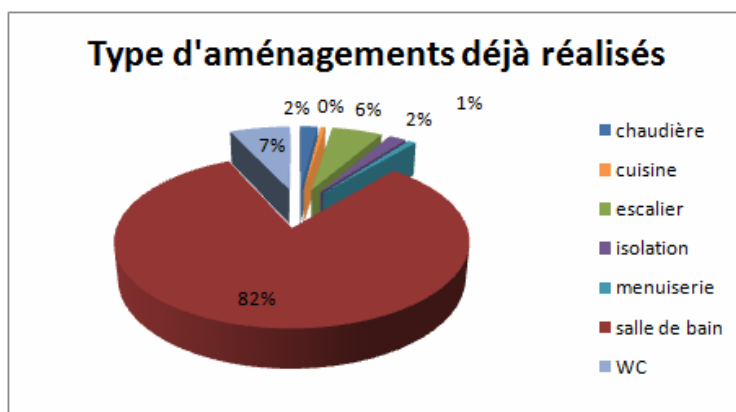
Celle des personnes qui sont seules à leur domicile mais à proximité des enfants est la plus faible du département dans ce même territoire.

La part des personnes qui ont déjà procédé à des aménagements de leur logement est relativement importante (plus de la moitié des répondants), ce qui représente un taux plus élevé que dans d'autres départements où cette enquête a également été menée.

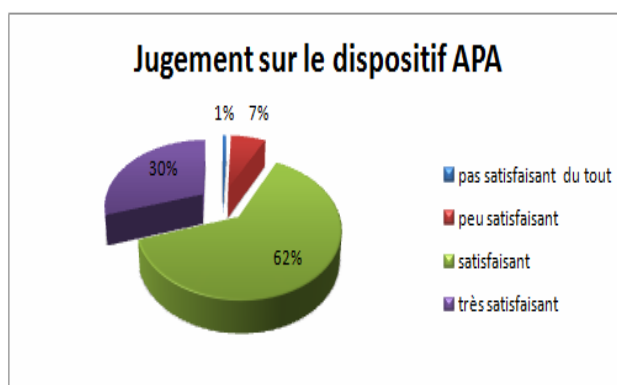
C'est principalement sur l'agglomération annécienne, donc en zone urbaine, que des aménagements ont été effectués.



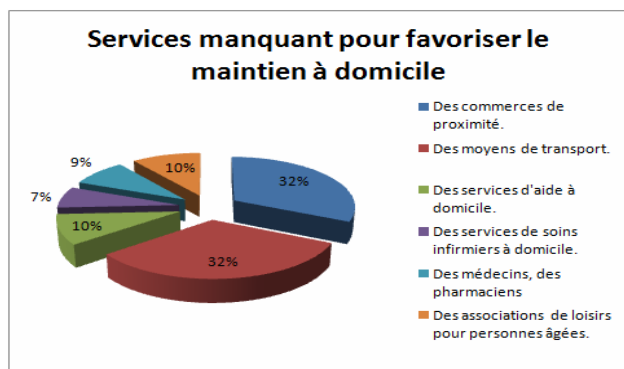
Les sanitaires constituent très majoritairement l'aménagement le plus souvent réalisé. Par ailleurs, des travaux sur les chaudières sont parfois menés, mais de manière plus marginale.



## ② [Le dispositif de l'APA](#)



### ③ La prise en charge à domicile

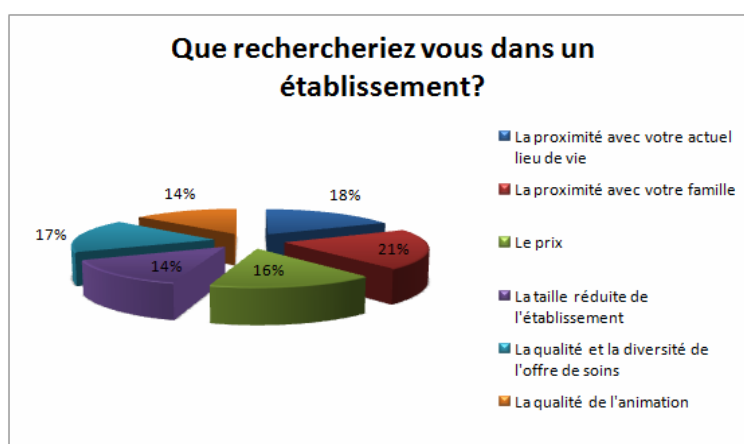


Un certain nombre de services spécifiques semblent émerger comme une demande encore non satisfaite pour demeurer à domicile.

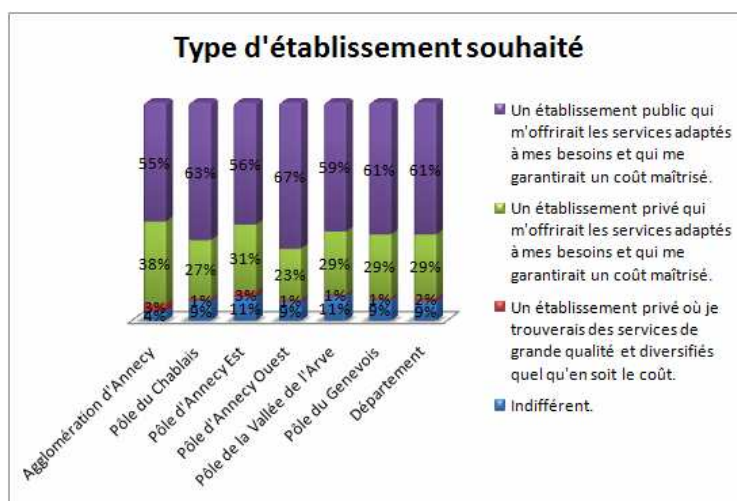
- Il s'agit principalement :
- ✓ des commerces de proximité
  - ✓ des services de transport...

### ④ L'entrée en établissement

L'enquête a naturellement fait ressortir, sans distinction de territoire, que le souhait des personnes âgées était de demeurer à domicile le plus longtemps possible. D'autres questionnements ont démontré l'importance de la maîtrise du coût dans le choix de l'établissement :



Peu de personnes interrogées seraient disposées à bénéficier d'un hébergement qui offrirait des prestations hauts-de-gammas mais à un prix élevé.

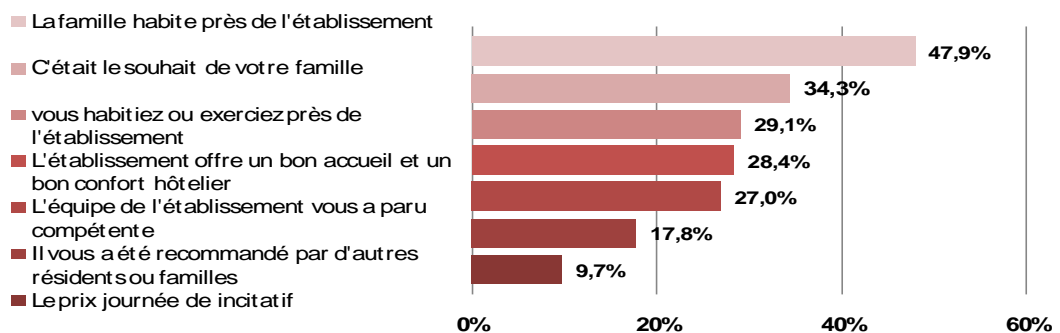


## L'enquête auprès des résidents en établissements

1 614 personnes ont répondu à cette enquête. Les enseignements les plus saillants :

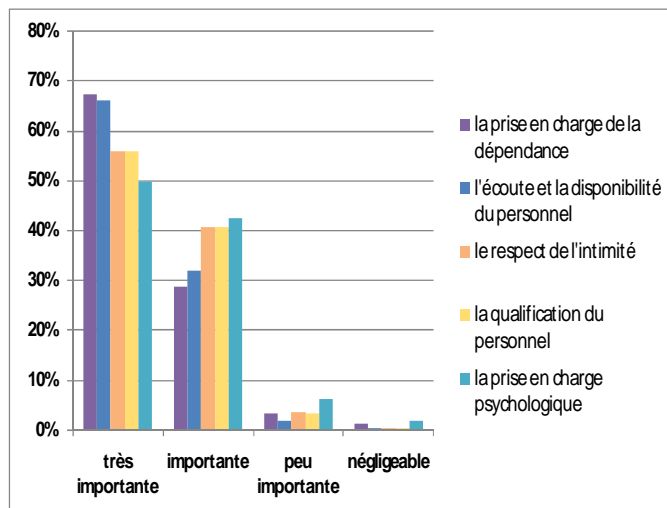
- ✓ Les principaux motifs d'entrée en établissement sont le besoin d'aide et de sécurité, ainsi que le besoin de soins.
- ✓ En pratique, la décision d'entrer en établissement, ainsi que le choix de l'établissement apparaissent comme fortement liés à la famille. L'établissement est très souvent choisi parce qu'il est proche du lieu d'habitation de la famille.
- ✓ Les critères qui sont jugés les plus importants dans le choix d'un établissement concernent la qualité des services : la prise en charge de la dépendance, ainsi que l'écoute et la disponibilité du personnel. Les résidents les plus jeunes privilégient en revanche la qualification.
- ✓ Les résidents sont de manière générale satisfaits des prestations et de l'accueil avec un taux global de 85 à 90% de satisfaction en fonction des items (qualité de l'écoute, prise en charge psychologique, respect de l'intimité, qualité du repas et de l'animation)

### ① Les critères de choix d'un établissement



Le graphique ci-dessus fait apparaître que, lorsque l'entrée en établissement est rendue nécessaire, le prix de journée n'est plus incitatif. Ce constat doit être modéré par le fait que de nombreux lits sont habilités à l'aide sociale et que, dans cette mesure, d'autres paramètres peuvent expliquer le choix pour tel ou tel autre établissement. Il est à noter que pour plus d'un tiers, c'est la famille qui a pris la décision d'une institutionnalisation.

### ② Les attentes à l'égard d'un établissement



La prise en charge de la dépendance est naturellement la première attente des résidents. Toutefois, il apparaît que l'écoute et la disponibilité du personnel constituent un facteur plus important que le respect de l'intimité et la formation des effectifs.

## L'enquête auprès des structures EHPA / EHPAD

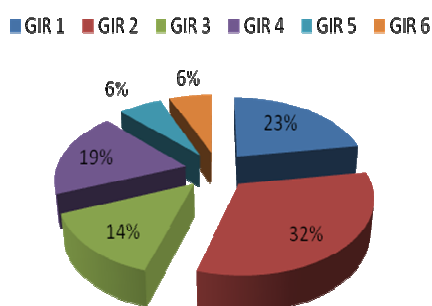
42 établissements ont répondu à cette enquête soit :

- ✓ 7 foyers logements
- ✓ 1 maison de retraite
- ✓ 1 petite unité de vie
- ✓ 28 EHPAD
- ✓ 5 USLD

### ① Le profil des résidents

Les âges moyens d'entrée en établissement s'élèvent respectivement à 74 ans en EHPA (établissements non médicalisés) et 84 ans en EHPAD (établissements médicalisés).

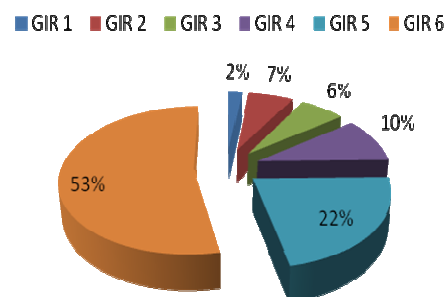
#### Répartition par GIR des résidents en EHPAD



La dépendance des résidents (GIR 1 à GIR 3) est naturellement plus élevée en EHPAD qu'en EHPA. On note toutefois dans le graphique ci-contre que plus de 12% des personnes accueillies en EHPAD sont en GIR 5 ou 6 (c'est-à-dire relativement autonomes).

A l'inverse, certains EHPA continuent d'accueillir des personnes très dépendantes.

#### Répartition par GIR des résidents en EHPA



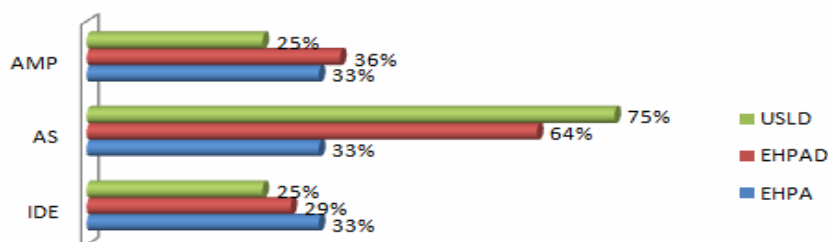
## ② Les établissements

### Leur personnel :

L'enquête a clairement fait apparaître un mouvement d'augmentation des ratios du personnel suite aux signatures des conventions tripartites.

Cette dynamique est toutefois partiellement enrayée par les problèmes de recrutement qui se posent avec une certaine acuité dans le département de la Haute-Savoie.

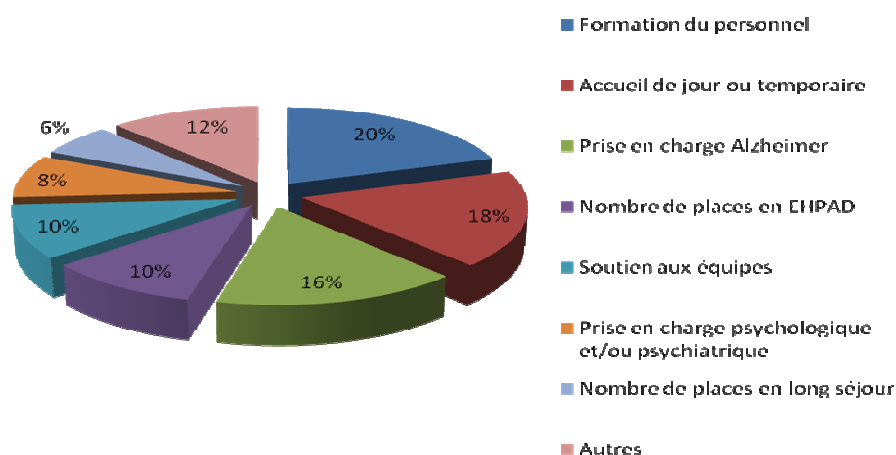
### Part des établissements connaissant des difficultés de recrutement



Les difficultés de recrutement sont particulièrement fréquentes pour les postes d'aides-soignantes. A noter qu'elles se trouvent concentrées sur certains établissements : 40% des établissements n'en déclarent aucune, que ce soit pour les IDE, AS ou AMP. En revanche, 10% en rencontrent pour ces trois types de postes. Les établissements connaissant des difficultés sont situés essentiellement dans le chablais, le genevois et dans une moindre mesure dans l'agglomération d'Annecy.

D'après les EHPAD et USLD répondants, le départ des personnels formés se fait en majorité vers l'hôpital puis vers un autre EHPAD dans une moindre mesure. Les départs pour l'étranger sont cités en troisième position.

## ③ Le regard des directeurs d'établissement sur les priorités du nouveau schéma

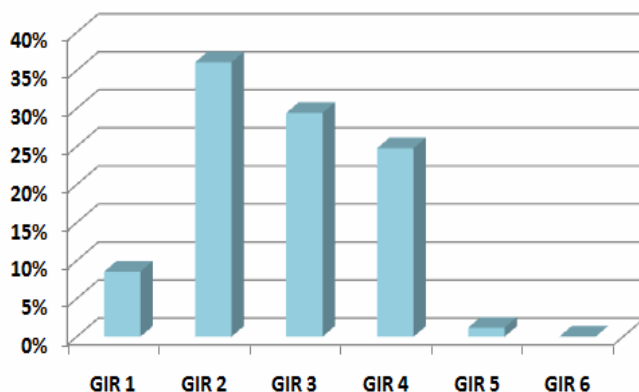


L'axe prioritaire du nouveau schéma, selon les directeurs d'EHPAD et d'EHPA réside dans la formation du personnel afin de faire face à l'augmentation des besoins et dans le développement de l'hébergement alternatif. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer arrive en troisième position devant la nécessité de créer de nouvelles places d'EHPAD.

## L'enquête à l'attention des SSIAD

11 services ayant répondu, représentant 630 places autorisées

### ① Le profil des populations prises en charge

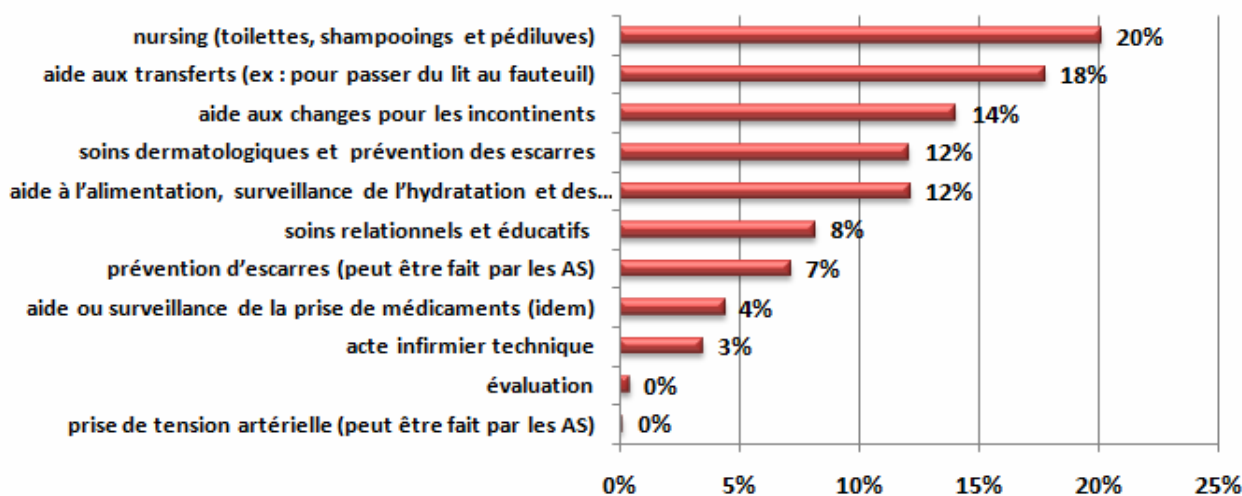


La population prise en charge par les 11 SSIAD qui ont répondu à l'enquête est très dépendante à près de 50% (ce qui souligne l'importance de ces structures dans le maintien à domicile).

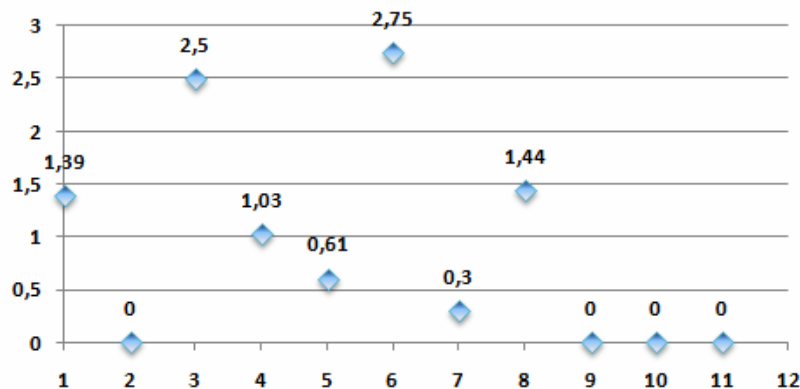
### ② Les interventions des SSIAD

Les soins de nursing sont prépondérants, suivis de l'aide aux transferts, l'aide au change, à l'alimentation et la prévention dermatologique.

La plupart de ces soins ont donc pour objet de compenser la perte d'autonomie.



### ③ Les besoins en Aides Soignantes



L'axe des abscisses désigne chacun des SSIAD. Il apparaît que les besoins sont relativement homogènes sur l'ensemble des structures. Au global, ce sont près de 11 postes d'aides-soignantes qui ne sont pas pourvus.

◆ Nombre de postes d'aides soignantes ouverts non pourvus au 01/09/2007 (en ETP)

## L'enquête à l'attention des Services d'Aide à Domicile

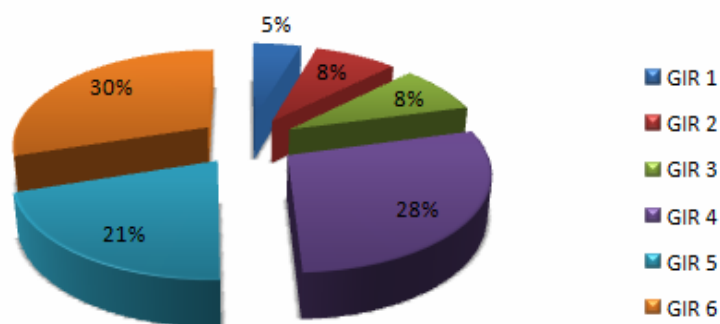
51 services ont répondu représentant un peu plus de 9 100 personnes accompagnées à domicile

### ① Les principaux enseignements

- ✓ Les plus de 86 ans représentent près du tiers de la population suivie.
- ✓ Le volume d'heure d'aide à domicile est en constante augmentation (+22.6% entre 2004 et 2006)
- ✓ Malgré l'augmentation du nombre de formation de DEAVS, il existe toujours une demande très importante.
- ✓ Les bénévoles jouent un rôle essentiel dans la vie des services d'aides.
- ✓ La disponibilité et la continuité du service est relativement bonne, la plupart déclarant assurer des prestations durant le week-end, les jours fériés et les vacances. 17% d'entre eux assurent le service de nuit.

### ② La population prise en charge

#### Répartition par GIR des personnes de 60 ans et plus

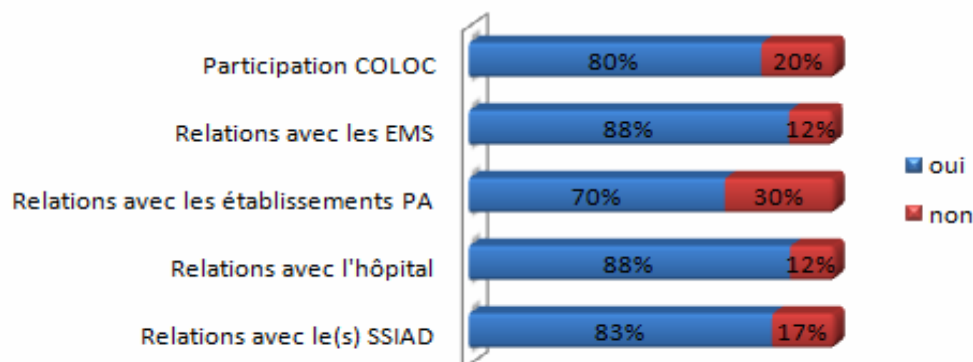


Les personnes prises en charge par les SAAD qui ont répondu à l'enquête sont peu dépendantes :

- ✓ 79% présentent une dépendance équivalente à un GIR4, 5 ou 6.
- ✓ 13% seulement sont en GIR 2 ou 3.

### ③ L'intégration des SAAD dans le réseau gérontologique

## Relations avec les autres acteurs du secteur gérontologique



La participation des services d'aide à domicile aux COLOC (Comités Locaux de Coordination) se traduit le plus souvent par une présence dans les groupes de travail.

Les relations avec les EMS (Equipes Médico-Sociales) se caractérisent par des contacts téléphoniques fréquents pour assurer le suivi des personnes, des réunions de coordination ainsi que des visites communes à domicile. Un peu moins de 10% des services interrogés ont également mis en place des fiches de liaison avec les EMS (Equipes Médico-Sociales).

Les relations avec les établissements pour personnes âgées sont les moins répandues. Les contacts avec ceux-ci concernent les entrées ou les sorties d'établissement, la coordination pour les bénéficiaires en Accueil de Jour, ainsi que le portage de repas.

Les interlocuteurs privilégiés des structures d'aide à domicile au sein des hôpitaux, sont les assistantes sociales. Les contacts ont essentiellement pour but de préparer les sorties d'hospitalisation.

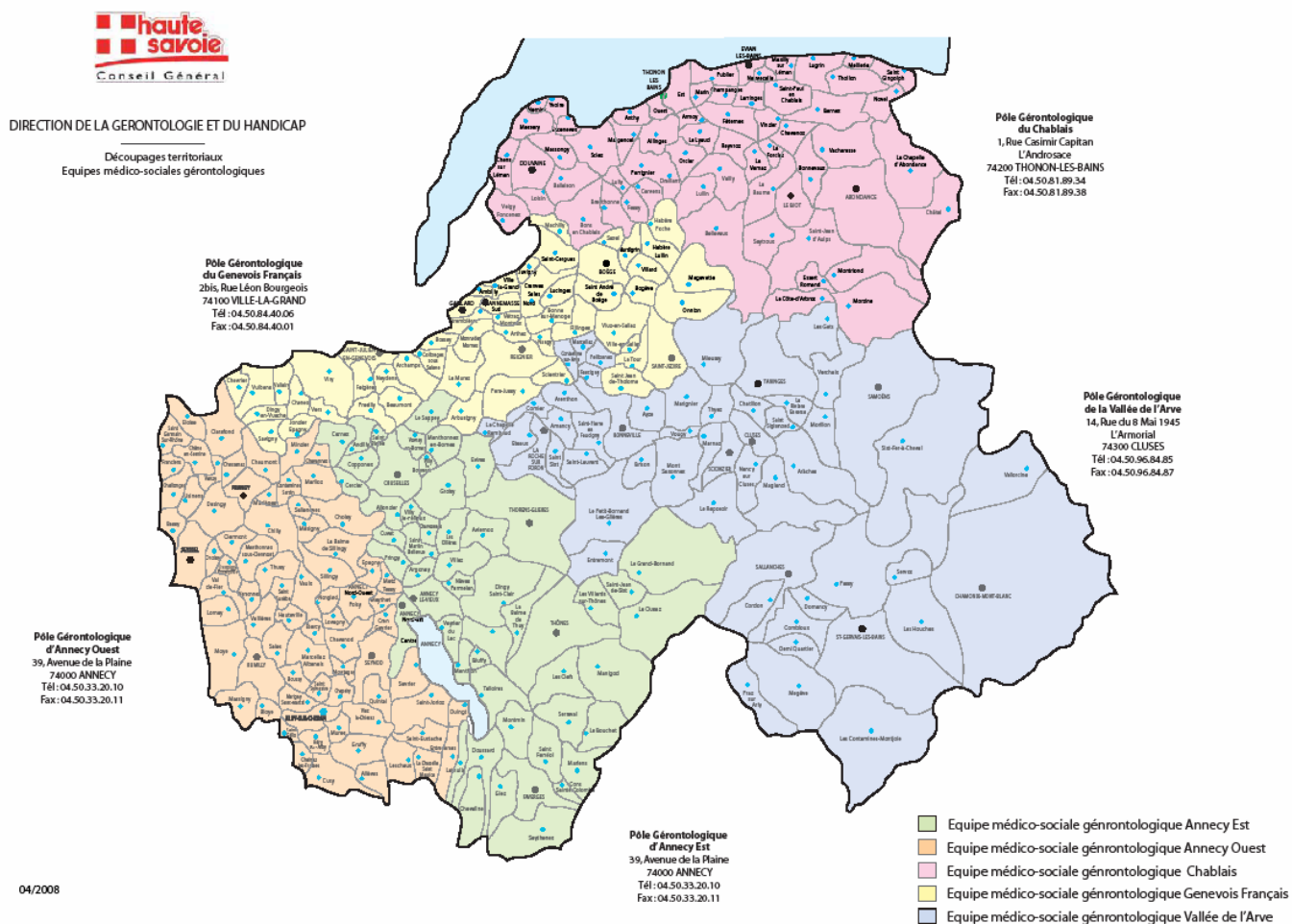
Les contacts avec les SSIAD permettent la coordination des actions des deux services. 3 services d'aides ont un projet de convention avec un SSIAD en cours.

## Evaluation quantitative

→ Principaux éléments clés du secteur  
géronologique en Haute-Savoie

## Principaux éléments clés du secteur gériatologique de la Haute-Savoie

### ① L'organisation territoriale mise en place par le Conseil Général de Haute-Savoie



Dans le cadre du Schéma Gériatologique Départemental 2003-2007, le Conseil Général de la Haute-Savoie a formalisé une organisation territoriale de sa Direction de la Gériatologie et du Handicap en 5 pôles gériatologiques.

Ces 5 pôles bénéficient du même découpage territorial que les circonscriptions d'actions médico-sociales et correspondent aux grands bassins de vie du département.

Sur les territoires de chaque pôle, se réunissent des COLOC (Comités Locaux de Coordination), instances de débat et de coordination locale.

Les pôles gériatologiques sont constitués d'équipes de professionnels composées de coordonnateurs, médecins... Ils ont des missions d'information, de coordination et d'évaluation auprès des personnes âgées.

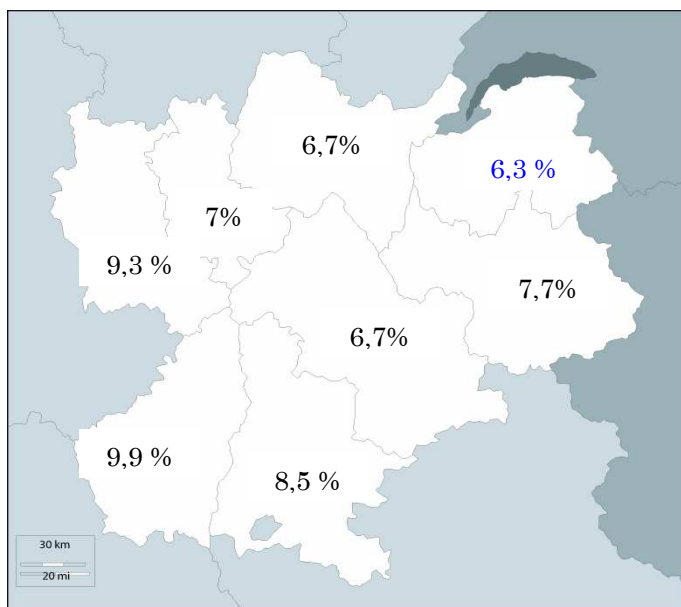
② Démographie

	Population totale		Nbre de personnes âgées			
			+ 60 ans		75 ans et +	
<b>Haute-Savoie</b>						
2008	708 082		138 088		47 843	
2012	739 291	+ 4,4%	159 570	+ 15,6%	53 285	+ 11,4%
<b>Rhône-Alpes</b>	Non disponible					
2008			960 000		490 000	
2012			1 055 000	+ 9,9%	535 000	+ 9,2%
<b>France</b>						
2008	61 500 000		13 345 934		5 321 928	
2012	63 000 000	+ 2,4%	14 909 821	+ 11,7%	5 940 612	+ 11,6%

	Nbre de personnes Gir 1 à 4			
	+ 60 ans		75 ans et +	
<b>Haute-Savoie</b>				
2008	21 464		12 439	
2012	24 483	+ 14%	13 854	+ 11,4%
<b>Rhône-Alpes</b>				
2008	174 400		127 400	
2012	191 100	+ 9,6%	139 100	+ 9,2%
<b>France</b>				
2008	2 186 102		1 383 701	
2012	2 441 480	+ 11,7%	1 544 559	+ 11,6%

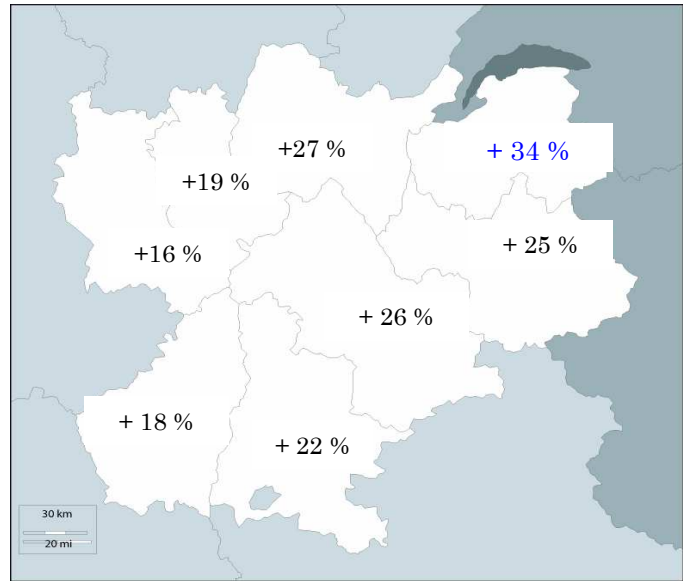
*Source : Cabinet Eneis Conseil*

Population de personnes âgées de 75 ans et plus en Rhône-Alpes / Population totale du Département en 2005



*Source : PRIAC 2008-2012*

Evolution des personnes âgées de 75 ans et plus  
en Rhône-Alpes de 2005 à 2015



Source : PRIAC 2008-2012

Le Département de la Haute-Savoie va enregistrer la plus forte augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (+ 34%) entre 2005 et 2015 par rapport aux autres départements de la région. Cette évolution tient compte de l'arrivée en Haute-Savoie de personnes extérieures au département dont un certain nombre de retraités.

En revanche, la Haute-Savoie restera un des départements rhône-alpin qui vieillira le moins vite durant cette période. En 2015, le pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus sera le plus faible de la région (7,53% en Haute-Savoie / 8,74% en Rhône-Alpes / 9,2% en France).

Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus  
atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une maladie apparentée) en Haute-Savoie

<b>2005</b>	7 666	
<b>2015</b>	10 262	+ 34%

Source : PRIAC 2008-2012

③ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (Situation au 31 décembre 2007)

	Capacité installée existante	Capacité autorisée et financée en cours d'installation	Capacité totale autorisée
EHPAD	3 512	1 056	4 568
Unités de Soins de Longue Durée	693	0	693
Sous-Total = lits médicalisés	4 205	1 056	5 261
Foyers-Logements	951	24	975
<b>TOTAL</b>	<b>5 156</b>	<b>1 080</b>	<b>6 236</b>

Source : Conseil Général de la Haute-Savoie

#### ④ Comparaison des taux d'équipement

Taux d'équipement en places autorisées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Département	Hébergement médicalisé (EHPAD + USLD + MR)
Ain	156
Ardèche	207
Drôme	110
Isère	110
Loire	148
Rhône	114
Savoie	120
Haute-Savoie	119
<b>Total Rhône-Alpes</b>	<b>129</b>
France	107

*Source : Fiche synthétique CNSA octobre 2007, cité par le PRIAC 2008-2012)*

**NB :** Ces données de la CNSA résultent de chiffres (capacités autorisées et démographie) légèrement différents de ceux figurant dans les tableaux précédents. Elles présentent l'intérêt de comparer les départements rhône-alpins.

#### ⑤ Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (Situation au 31 décembre 2007)

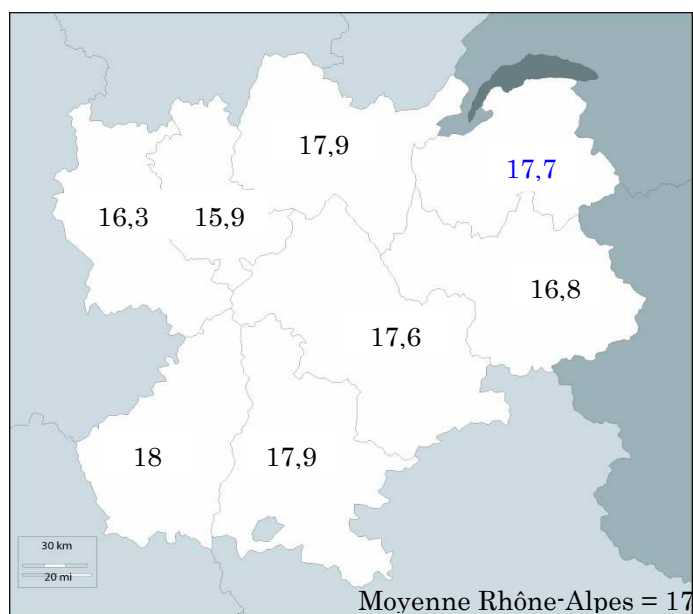
	Gestion associative	Gestion collectivités locales	Secteur commercial	TOTAL
Services agréés « Qualité » par le Préfet, et non conventionnés avec le Département	15	5	10	30
Services agréés « Qualité » par le Préfet et conventionnés avec le Département	13 <sup>(*)</sup>	7	-	20
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>50</b>

*(\*) L'ADMR est comptée comme un service malgré une trentaine d'associations locales.*

En 2007, les services conventionnés avec le Département ont réalisé 821 354 heures d'intervention auprès de 3 133 personnes âgées bénéficiaires de l'APA.

### Places en SSIAD

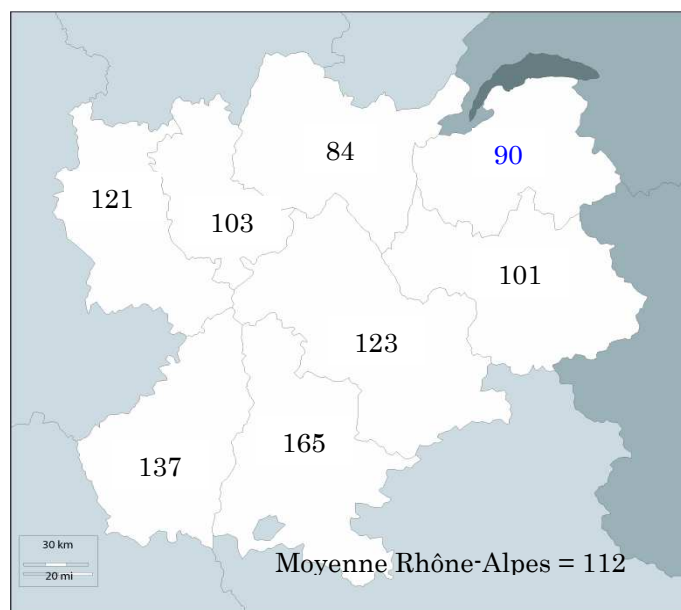
(Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, au 1<sup>er</sup> janvier 2007)



Source : Statiss 2007

### Infirmiers libéraux

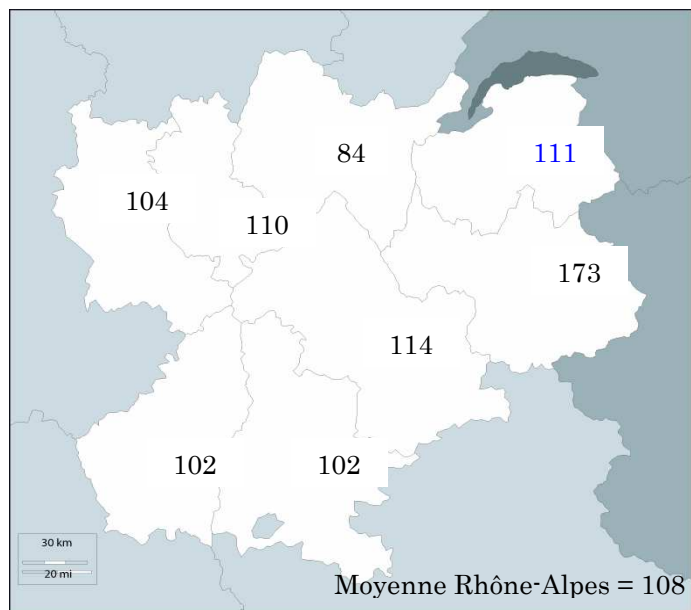
(densité pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2006)



Source : Statiss 2007

Les places autorisées en SSIAD en Haute-Savoie sont proches de la moyenne régionale et nationale. En revanche, la densité en IDE libéraux est une des plus basses de la région et inférieure à la densité nationale. Ceci peut expliquer en partie les listes d'attentes importantes que connaissent certains SSIAD.

Médecins généralistes libéraux  
(densité pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2006)



Source : Statiss 2007

La densité des médecins généralistes libéraux est pratiquement égale à la moyenne nationale et supérieure à la moyenne régionale.

Néanmoins, ce chiffre ne doit pas masquer une répartition inégale dans le département.

# **LIVRET 2**

## **ORIENTATIONS DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL 2008-2012**

Schéma Gérontologique Départemental  
2008-2012

La phase d'évaluation et d'analyse a permis de mettre en exergue un certain nombre de problématiques. Les points d'amélioration du dispositif qui appellent des mesures spécifiques ont été repérés. De même, les atouts du département sur lesquels il convient de s'appuyer ont été identifiés. Ils doivent permettre au schéma de consolider les dynamiques en cours.

La phase de concertation a quant à elle, donné l'occasion d'échanges fructueux et permis la formulation de propositions.

C'est sur la base de l'ensemble de ces travaux que l'Assemblée Départementale a été amenée à fonder son analyse, définir ses orientations et les prioriser.

Pour les 5 années à venir, il s'agit, compte tenu du contexte haut-savoyard, de consolider les deux axes forts de la politique gérontologique :

✓ **Permettre un soutien à domicile de qualité, aussi longtemps que souhaité et possible, en développant notamment les offres alternatives : accueil de jour, hébergement temporaire, ...**

✓ **Poursuivre l'effort de développement de l'offre en structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, accessible au plus grand nombre.**

Ces deux objectifs phares, pour être atteints, nécessitent que soient menées un certain nombre d'actions structurelles, au rang desquelles il convient de citer tout particulièrement les actions de formation, de qualification et de fidélisation du personnel. Une réelle mobilisation doit s'opérer dans ce domaine sans laquelle les orientations définies ne pourront se mettre en place.

Un schéma est un document directeur. Les orientations promues dans le présent document de cadrage constituent la ligne stratégique pour 5 ans et guident aussi bien les instances de financement et de régulation que les acteurs de terrain. Cette stratégie est toutefois susceptible d'évoluer : au gré des expérimentations ou en fonction de mesures législatives et réglementaires nouvelles. Aussi, pour permettre cette évolutivité, certaines actions de ce nouveau schéma se situent résolument sur une optique générale et d'orientation dictant une ligne de conduite, plutôt que sur des prescriptions trop précises.

La dynamique, désormais lancée, de réflexion commune autour d'un sujet précis et de recherche des solutions sous le mode de la concertation, doit être poursuivie tout au long de la durée de vie du schéma. Dans son document-source, celui-ci prévoit donc l'organisation d'ateliers de travail, réunissant les institutions, et les acteurs de terrain. Ceux-ci devront se pencher sur la mise en place d'outils ou réfléchir à des problématiques émergentes.

Reprenant le principe des fiches-action, déclinaison des grandes orientations, chaque action sera précisée à partir : des instances en charge de son application, des bénéficiaires qui sont attendus, des modalités de mise en œuvre, des points de vigilance inhérents à ces modalités (risques ; contraintes fortes pesant sur l'action) et des indicateurs d'évaluation. Le suivi d'un schéma étant presque aussi essentiel que le schéma lui-même.

Le Conseil Général, sa Direction de la Gérontologie et du Handicap, est naturellement le principal pilote de l'ensemble des actions. Plus précisément, la coordination des pôles gérontologiques constituera un vecteur essentiel de la nouvelle politique gérontologique et sera chargée, à plusieurs reprises, de la mise en place au niveau local.

Ce mode de pilotage, avec une implication forte des élus de la Commission Gérontologie-Handicap, référents sur chaque territoire, constitue le gage d'une mise en œuvre cohérente et adaptée des volontés de l'Assemblée Départementale.

Ceci dit, la politique gérontologique de la Haute-Savoie continuera à se conjuguer avec l'action des partenaires institutionnels dont bien entendu les services de l'Etat et les organismes d'assurance vieillesse.

Le Comité Départemental de Coordination Gérontologique, par sa large représentation, notamment des usagers, constituera le rendez-vous formel où au moins 1 fois l'année sera évaluée l'évolution du Schéma Gérontologique Départemental.

**x x x**

Les 2 objectifs phares précités, portés par le Schéma Gérontologique Départemental 2008-2012, seront mis en œuvre grâce aux 8 orientations suivantes :

- ✓ Orientation n° 1 ⇒ Améliorer le soutien à domicile
- ✓ Orientation n° 2 ⇒ Développer l'offre alternative et la qualité de vie en établissement
- ✓ Orientation n° 3 ⇒ Structurer la coordination gérontologique
- ✓ Orientation n° 4 ⇒ Promouvoir les métiers de la gérontologie
- ✓ Orientation n° 5 ⇒ Promouvoir la bientraitance
- ✓ Orientation n° 6 ⇒ Mieux prendre en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée
- ✓ Orientation n° 7 ⇒ Prendre en compte les situations spécifiques
- ✓ Orientation n° 8 ⇒ Prévenir et informer

elles-mêmes déclinées en 19 actions.

## **ORIENTATION N° 1**

### **AMELIORER LE SOUTIEN A DOMICILE**

Action n° 1 : Initier une nouvelle politique de soutien à domicile

Action n° 2 : Assurer la présence de services de portages de repas sur tous les territoires

Action n° 3 : Développer l'aide aux aidants

Action n° 4 : Diversifier les solutions de transport et adapter le logement des personnes âgées

## Action n°1 : Initier une nouvelle politique de soutien à domicile

### Mise en perspective

Le secteur de l'aide à domicile est traversé par de nombreuses évolutions qui impliquent de définir une nouvelle stratégie sur les cinq années à venir, relative à leur nombre sur le territoire, à leur taille et à la qualité de leur prestation.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ DDASS

### Partenaires participant à l'action

- ✓ La DDTEFP
- ✓ Les services d'aide à domicile
- ✓ Les SSIAD
- ✓ Les Pôles Gériatologiques (en soutien technique)

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Améliorer la qualité des prestations rendues à domicile

### Modalités de mise en œuvre

- ✓ Permettre le libre choix de la personne âgée en favorisant l'implantation de nouveaux services sur les territoires où la personne est dépourvue d'alternative
- ✓ Inciter les services de petites tailles (moins de 30 000 heures par an) à se regrouper
- ✓ Réfléchir à l'intérêt et aux modalités de définition de nouvelles tarifications horaires prenant en compte les spécificités des différents opérateurs.
- ✓ Poursuivre le développement de la téléalarme et l'adapter aux caractéristiques du grand âge
- ✓ Promouvoir le développement des places de SSIAD et d'HAD sur le département

### Points de vigilance

- ✓ Respecter les attentes des personnes âgées

### Indicateurs de suivi

- ✓ Evolution du nombre de zones où ne demeure qu'un seul service à domicile

## Action n°2 : Assurer la présence de services de portages de repas sur tous les territoires

### Mise en perspective

L'un des principaux enseignements de la phase d'évaluation et des enquêtes menées auprès des personnes âgées à domicile comme en établissement, réside dans l'isolement des personnes âgées et l'importance du nombre d'entre elles qui ont rejoint un établissement, non pour des raisons de santé mais parce qu'elles ne pouvaient plus demeurer au sein de leur logement.

Les portages de repas constituent un service majeur pour rompre l'isolement de la personne âgée et permettre de prolonger un maintien à domicile. Outre qu'il est nécessaire de finaliser la couverture du territoire, ces services peuvent également être des acteurs chargés de prévenir les situations d'urgence : repérage de problèmes comme l'extrême solitude, logements inadaptés ou insalubres...

Par ailleurs, les agents de ces services peuvent être des « vigiles » lors des périodes de canicule.

### Pilotes de l'action

- ✓ Pôles Gérontologiques

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les services d'aide à domicile
- ✓ Les CCAS
- ✓ Les prestataires publics ou privés pour la fabrication des repas et la livraison

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Permettre une présence des services de portage de repas sur l'ensemble du département
- ✓ Améliorer la nutrition des personnes âgées
- ✓ Développer les liens de proximité
- ✓ Rompre l'isolement de la personne

### Modalités de mise en œuvre

#### Étape 1 :

- ✓ Après avoir effectué un recensement exhaustif, interpeler les secteurs non pourvus en services de portage par l'intermédiaire des pôles
- ✓ Proposer un appui technique pour l'étude de besoins et la mise en place des projets locaux
- ✓ Élaborer une charte pour les services de portage de repas qui ferait référence au besoin d'évaluation en amont du portage, à la souplesse du service et à l'adaptation aux projets de vie de la personne âgée (s'inspirer de la charte qualité déjà existante pour les services d'aide à domicile)

#### Étape 2 :

*Cette étape ambitionne d'innover afin d'étendre la mission des services de portage de repas. Elle n'ignore pas les contraintes de ces services, notamment en ce qui concerne le court laps de temps dont ils disposent pour porter plusieurs dizaines de repas. Il s'agira donc avant toute chose de mettre en place un groupe de travail chargé de réfléchir à la faisabilité de cette action.*

- ✓ Élargir le profil de poste de certains intervenants à domicile : agents de portage de repas, de service à domicile, etc. afin de développer leur rôle de relais d'information et de prévention des situations d'urgence
- ✓ Élaborer un outil spécifique de détection des situations gérontologiques problématiques :
  - qui identifiera les différents types de problèmes rencontrés par une personne âgée et pouvant impliquer une intervention des professionnels du secteur,
  - qui détaillera les protocoles de saisine et de suivi de la situation et mettra en œuvre les réponses existantes sur le secteur

### **Points de vigilance**

- ✓ Veiller au niveau de qualification et des qualités relationnelles des agents de proximité
- ✓ Respecter les attentes des personnes âgées

### **Indicateurs de suivi**

- ✓ Evolution du nombre de zones demeurant non couvertes par les portages de repas

## Action n° 3 : Développer l'aide aux aidants

### Mise en perspective

L'aide aux aidants est un des corollaires du développement de la politique de soutien à domicile : la famille ou les conjoints des personnes âgées qui participent directement au succès du soutien à domicile nécessitent une attention particulière. Les mesures en leur faveur se situent en ligne directe d'une politique volontariste initiée avec la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Elles sont également édictées dans le dernier Plan Alzheimer.

Le Conseil général est un des acteurs de cette aide aux aidants. Mais c'est bien à l'ensemble des partenaires, dont les caisses de retraite qui ont déjà mis en œuvre un certain nombre d'actions allant en ce sens, de se saisir de cette aide particulière dans toute sa dimension.

Il est à noter que, si le département est déjà bien pourvu en structures proposant un hébergement alternatif (type accueil de jour et hébergement temporaire), ces efforts doivent être poursuivis, comme le précisera une action spécifique.

### Pilotes de l'action

- ✓ Les Pôles Gériatriques du Conseil Général

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les caisses de retraites
- ✓ Les services à domicile
- ✓ Les SSIAD
- ✓ Le CODERPA

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Apporter un soutien psychologique et moral, ainsi qu'une écoute aux aidants de la personne âgée
- ✓ Améliorer l'information sur les services existants et sur ce qui peut constituer une aide au quotidien
- ✓ Former les aidants aux bons gestes
- ✓ Prévenir la maltraitance

### Modalités de mise en œuvre

Sur les groupes de travail ou formules assimilées...

#### Etape 1 :

- ✓ Recenser de manière exhaustive, sur chaque territoire de pôle gériatrique les initiatives en faveur de la mise en place de groupes de parole
- ✓ Rédiger un document récapitulatif de ces groupes qui intègre une réflexion sur les difficultés de mise en œuvre déjà rencontrées et les solutions chaque fois avancées pour pallier ces problèmes – diffuser ce document

#### Etape 2 :

- ✓ Mener un second travail de recensement mettant en exergue les territoires sur lesquels aucun groupe n'est encore animé et identifier les freins à leur émergence (absence d'acteurs leaders pouvant prendre en charge leur organisation, communes trop éclatées, besoins mal définis...)
- ✓ Associer les services d'aide à domicile dans les études de besoins à mener
- ✓ A partir des bonnes pratiques déjà identifiées sur le territoire de pôle, sensibiliser les acteurs pouvant potentiellement porter un groupe. Impliquer les communes afin qu'elles mettent à disposition des équipements municipaux.
- ✓ Développer les groupes pour les aidants des malades d'Alzheimer et proposer des solutions d'accueil des personnes âgées pendant le groupe de parole des aidants

### **Sur le soutien individuel**

*Il nécessite la mise en place d'un groupe de réflexion afin de s'assurer de la faisabilité et déterminer une éventuelle expérimentation donnant lieu à évaluation.*

- ✓ Intégrer dans le plan d'aide le soutien psychologique individuel auprès de l'aidant (forfaits à utiliser notamment au moment de la prise des décisions)

### **Points de vigilance**

- ✓ Les sessions doivent être courtes, réduites en nombre de participants et régulières

### **Indicateurs de suivi**

- ✓ Nombre de groupes de paroles et de participants recensés sur le territoire chaque année
- ✓ Nombre de groupes de parole et de participants initiés par les pôles

## Action n° 4 : Diversifier les solutions de transport et adapter le logement des personnes âgées

### Mise en perspective

La phase d'élaboration des orientations, notamment au moment de la tenue de la semaine départementale gérontologique, a permis de s'interroger régulièrement sur les limites du soutien à domicile. Le schéma, s'inscrivant dans la dynamique de plus en plus prégnante de respect du choix de la personne âgée (lequel réside souvent dans la possibilité de demeurer dans son logement) se doit d'interroger constamment les limites de la politique de maintien à domicile et de soutenir les initiatives qui auront pour objet de pallier deux carences essentielles : l'inadaptation du logement et l'absence de moyens de transports appropriés.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ Pôles Gérontologiques

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les services du Conseil général : DVT, DAEDR, DPDS
- ✓ La DDASS
- ✓ Les services d'aide à domicile
- ✓ Les collectivités locales
- ✓ Les associations de loisirs,
- ✓ Les associations de transports
- ✓ Les bailleurs sociaux et les bailleurs privés
- ✓ L'association Act Habitat
- ✓ Le Coderpa

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Permettre une rupture de l'isolement et un maintien du lien social
- ✓ Contribuer à la prévention de la dépendance

### Modalités de mise en œuvre

#### Diversifier les solutions de transport

##### Etape 1 :

- ✓ Etudier, en coordination avec les autres documents directeurs relatifs aux transports (PDU, schéma départemental des transports), les possibilités de mutualisations et d'actions concertées.
- ✓ Identifier les possibilités de mutualisation pour l'achat de véhicules adaptés entre établissements et services sur un territoire donné

##### Etape 2 :

- ✓ Encourager la mise en place des systèmes de transport à la demande :
  - Réaliser des études de besoins locaux, en identifiant notamment le maillage en réseau routier
  - Promouvoir la création de structures recueillant les appels ou s'appuyer sur des structures existantes qui pourraient centraliser les appels et organiser le transport à la demande.
- ✓ Etudier la mise en place de chèques-taxi :
  - Conventionner avec les taxis en s'assurant de leur capacité à prendre en charge des publics pouvant présenter une certaine dépendance
  - Etudier la possibilité d'instaurer des CESU pré-financés par les communes

## **Diversifier les solutions de logements adaptés**

### **Etape 1 :**

- ✓ Recenser, par territoire, le parc de logements adaptés
- ✓ Etudier les possibilités de maintien dans le circuit spécifique de ces logements par 1° la création d'un système de gestion des offres et demandes 2° par la mise en place, si nécessaire, d'un système de financement permettant de pallier l'absence momentanée de locataire

### **Etape 2 :**

- ✓ Avec l'aide des communes et des services d'aide à domicile (notamment dans le cadre de l'extension des missions des portages de repas), mener un travail d'identification des logements insalubres et/ou inadaptés
- ✓ Mettre en place des protocoles de signalement et de financement rapide des travaux par l'organisation de réunion régulière entre l'ensemble des financeurs
- ✓ S'assurer de la possibilité d'octroyer un logement temporaire (en foyer-logement ou en EHPAD) aux personnes dont l'habitation ferait l'objet de travaux d'adaptation.

## **Points de vigilance**

- ✓ Veiller à la lisibilité des dispositifs

## **Indicateurs de suivi**

- ✓ Nombre de dispositifs spécifiques de transport à la demande créés sur le territoire
- ✓ Nombre de chèques-taxi distribués
- ✓ Nombre de logements insalubres détectés

## **ORIENTATION N° 2**

### **DEVELOPPER L'OFFRE ALTERNATIVE ET LA QUALITE DE VIE EN ETABLISSEMENT**

Action n° 5 : Développer les prises en charge alternatives à l'hébergement en EHPAD

Action n° 6 : Développer l'accueil alternatif en EHPAD

Action n° 7 : Développer l'animation en établissement, y compris pour les personnes très dépendantes

## Action n° 5 : Développer les prises en charge alternatives à l'hébergement en EHPAD

### Mise en perspective

Le travail déjà accompli, notamment par le biais des conventions tripartites, sur la qualité en établissement permet aujourd'hui de diversifier les modes de prise en charge. L'ensemble des éléments exposés dans cette action devront faire l'objet d'une attention particulière au moment de la réalisation des études de besoin et impliqueront, par nécessité, une évaluation avant d'être diffusées à l'ensemble du territoire.

### Pilote de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)

### Partenaires participant à l'action

- ✓ La DDASS
- ✓ La MSA et la CRAM
- ✓ Les CCAS
- ✓ Les EPCI
- ✓ Les bailleurs sociaux
- ✓ Les hôpitaux
- ✓ Les services d'aide à domicile
- ✓ Les SSIAD
- ✓ Les Aînés ruraux et le CODERPA

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Permettre aux personnes qui ont bénéficié de toutes les possibilités de soutien à domicile et qui ne peuvent pas rester seules en permanence (la nuit) d'avoir une alternative à l'établissement
- ✓ Maintenir une vie sociale dans le canton
- ✓ Conserver ou redonner plus d'autonomie à la personne âgée

### Modalités de mise en œuvre

#### Développer le domicile regroupé mutualisant les services

##### Étape 1 :

- ✓ Élaborer un cahier des charges relatif à chacune de ces nouvelles structures

##### Étape 2 :

- ✓ Créer des appartements autonomes où la personne reste locataire, de taille différente pour accueillir les personnes seules ou des couples
- ✓ Éventuellement maintenir la mixité entre les publics âgés et non âgés
- ✓ Organiser la mutualisation des services à domicile : restauration, garde de nuit, aide à domicile, soins, animations, avec une souplesse dans l'organisation en fractionnant les actions selon les besoins du moment
- ✓ Mutualiser les prestations versées
- ✓ Formaliser une charte, qui responsabilise notamment les familles des personnes.

#### Maintenir les foyers-logements

##### Étape 1 :

- ✓ Développer la mutualisation des moyens (animation, soutien psychologique, formation du personnel)

##### Étape 2 :

- ✓ Etablir une grille de conventions obligatoires avec les partenaires de la gérontologie afin d'insérer le foyer dans un réseau et la mettre à disposition des directeurs d'établissements

**Développer les petites unités de vie**

- ✓ Réaliser une étude de besoins au préalable
- ✓ Privilégier les projets se situant sur un territoire disposant d'une filière gériatrique complète ou en voie de le devenir
- ✓ Organiser le conventionnement entre l'unité de vie et un établissement ou service pour structurer son fonctionnement

**Développer les MAFPAH**

- ✓ Réfléchir localement à la possibilité de procéder à la création de maison d'accueil familial pour personnes âgées et personnes handicapées.

**Points de vigilance****Sur le domicile regroupé**

- ✓ Veiller à l'adaptation de l'habitat

**Sur les petites unités de vie**

- ✓ Assurer un travail de conventionnement avec chacun des partenaires identifiés
- ✓ Arrêter au préalable une position en cas d'aggravation de la dépendance

**Sur les foyers-logement**

- ✓ Le foyer logement doit être inséré dans un réseau gérontologique
- ✓ Le GMP ne saurait être trop élevé (faire signer éventuellement un contrat d'accueil organisant le transfert de la personne âgée lorsqu'elle devient dépendante)

**Indicateurs de suivi**

- ✓ Nombre de domiciles regroupés créés
- ✓ Nombre de petites unités de vie créées

## Action n° 6 : Développer l'accueil alternatif en EHPAD

### Mise en perspective

L'hébergement alternatif, que ce soit l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire, est déjà développé dans le département de la Haute-Savoie. Ces efforts doivent être poursuivis à la fois dans le cadre des mesures spécifiques d'aide aux aidants mais également dans celui de la modularité de l'accueil et de la fluidité des parcours.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ DDASS

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les EHPAD

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Mieux gérer les périodes de crise
- ✓ Proposer des périodes de répit aux aidants
- ✓ Permettre un soutien à domicile plus efficace

### Modalités de mise en œuvre

#### L'accueil d'urgence

##### Étape 1 :

- ✓ Établir un cahier des charges départemental, définissant notamment la notion d'urgence

##### Étape 2 :

- ✓ Définir un certain nombre de places d'urgence; inscrire le nombre de ces places d'accueil d'urgence dans le projet de service des établissements et inciter les EHPAD à organiser ce type d'accueil
- ✓ Réfléchir au financement de ce type de places (dotation spécifique ?)

#### Hébergement temporaire

##### Étape 1 :

- ✓ S'appuyer sur l'existant pour développer des places d'hébergement temporaire en identifiant les freins et les leviers à la réussite de ces projets
- ✓ En fonction des établissements et de leurs projets existants, s'assurer de la spécificité de l'accueil (locaux, personnel) et du travail à effectuer au préalable avec la famille

##### Étape 2 :

- ✓ Réfléchir, éventuellement, à l'opportunité d'un système centralisé de gestion des places

#### Accueil de jour/Accueil de nuit

##### Étape 1 :

- ✓ Inciter les établissements à développer ce type d'accueil, notamment au moment des nouveaux conventionnements. S'assurer par ailleurs de l'existence de réseaux de transport ou de la possibilité de développer des solutions appropriées
- ✓ Autoriser ces accueils uniquement lorsqu'ils disposent d'un projet de service spécifique
- ✓ Comme dans le cadre de l'hébergement temporaire, effectuer un travail préalable avec la famille

##### Étape 2 :

- ✓ Favoriser la mise en place d'ateliers occupationnels / thérapeutiques en accueil de jour
- ✓ Réfléchir, éventuellement, à l'opportunité d'un système centralisé de gestion des places.

## **Accueil de jour thérapeutique**

### **Étape 1 :**

- ✓ Sensibiliser les partenaires sur l'opportunité de ce type d'accueil

### **Étape 2 :**

- ✓ S'assurer de la spécificité du projet et du niveau suffisant des moyens qui lui sont alloués
- ✓ Développer cet accueil

## **Points de vigilance**

- ✓ Les places d'accueil d'urgence ne doivent pas être une première étape à une inscription sur liste d'attente
- ✓ Déterminer contractuellement la durée de l'accueil d'urgence

## **Indicateurs de suivi**

- ✓ Evolution du nombre de places d'accueil d'urgence
- ✓ Evolution du nombre de places en hébergement temporaire
- ✓ Evolution du nombre de places en accueil de jour

## Action n° 7 : Développer l'animation en établissement

### Mise en perspective

De la même manière que le Département doit s'appuyer sur les travaux déjà engagés en faveur du développement de l'accueil alternatif, il ne part pas non plus de rien en matière d'animation dans les établissements. Toutefois, la phase d'évaluation a pu faire ressortir que cette partie de la prise en charge n'était pas développée de manière homogène dans tout le département. Après le développement de la qualité via les conventions tripartites, ce pan de la prise en charge doit faire l'objet d'efforts appuyés sur la durée du nouveau schéma.

### Pilote de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ Pôles Gérontologiques

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les établissements
- ✓ Les associations de bénévoles
- ✓ L'ODAC

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Permettre une meilleure qualité de vie et maintenir l'autonomie de la personne âgée
- ✓ Valoriser l'image des résidents et le travail du personnel

### Modalités de mise en œuvre

#### Mesures relatives aux personnels

##### Etape 1 :

- ✓ Disposer, dans la mesure du possible, dans chaque établissement d'un temps d'animateur ayant acquis une formation spécifique pour cette tâche, soit par formation initiale, soit par formation continue, soit par VAE
- ✓ Impliquer les autres personnels (AMP, cuisinier...) en les concertant, par exemple, au moment de l'élaboration du projet d'animation
- ✓ Diversifier les recours à des intervenants extérieurs (concerts, gymnastique douce...)

##### Etape 2 :

- ✓ Organiser des réunions de partage d'expériences entre les animateurs des établissements par territoire de pôle

#### Mesures relatives à la diversité des animations proposées

- ✓ Systématiser les projets d'animation et s'assurer de la qualité de ces projets (en lien avec les coordonnateurs gérontologiques).
- ✓ Ouvrir l'animation de l'établissement à l'extérieur : encourager d'une part les actions associant des organismes ou institutions proches de l'EHPAD (écoles, clubs...) ; permettre d'autre part à des personnes âgées habitant à proximité de l'établissement de participer aux animations.
- ✓ Des actions culturelles doivent être promues (cf actions ODAC/DGH « Culture et Personnes Agées »).
- ✓ Dans le cadre du développement des gérontechnologies, développer les cyberespaces au sein des EHPAD et des foyers logements.

#### Mesures relatives au financement

- ✓ Etudier les possibilités d'imputer les frais d'animation sur la section dépendance
- ✓ Mutualiser les moyens entre établissements (ex : transport)

### **Points de vigilance**

- ✓ L'animateur doit être bien intégré à l'équipe de soins ; les membres de cette dernière doivent également participer aux activités
- ✓ L'animation doit être adressée à tous les résidents, quel que soit leur degré de dépendance mais s'adapter aux possibilités de chacun
- ✓ Il est essentiel de veiller à la valeur ajoutée de l'animation dans la prise en charge et à l'accompagnement des personnes âgées

### **Indicateurs de suivi**

- ✓ Nombre de projets d'animation contrôlés
- ✓ Part des ETP consacrés dans les budgets à l'animation

## ORIENTATION N° 3

# STRUCTURER LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE

Action n° 8 : Poursuivre les efforts de coordination  
dans le département

## Action n° 8 : Poursuivre les efforts de coordination dans le département

### Mise en perspective

Le Conseil général a développé une action forte en matière de coordination. Les structures qui ont pu être créées ces dernières années doivent connaître aujourd'hui un nouveau développement allant vers : une plus grande représentativité du département, une plus grande efficacité dans la globalité des actions qui sont mises en œuvre, une meilleure lisibilité à l'égard des partenaires de la politique gérontologique.

Au-delà des pôles et de l'organisation des COLOC, c'est également un renforcement de l'ensemble des partenariats qui doit être recherché.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ DDASS

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les Pôles gérontologiques
- ✓ La CPAM
- ✓ La MSA et la CRAM
- ✓ Les professionnels libéraux
- ✓ Les CCAS
- ✓ L'hôpital
- ✓ -Les établissements et services

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Faciliter et recentrer le travail de chaque intervenant
- ✓ Permettre une approche globale de la personne âgée
- ✓ Mieux gérer les temps d'hospitalisation
- ✓ Garantir à la personne une cohérence de prise en charge adaptée rapide et évolutive

### Modalités de mise en œuvre

#### Etape 1 :

- ✓ Promouvoir le travail en partenariat entre le secteur sanitaire libéral, le secteur médico-social et le secteur hospitalier, en mettant en place un réseau ville-hôpital, en travaillant sur les filières.
- ✓ Déterminer les modalités de fonctionnement de ce réseau et définir les financements possibles.

#### Etape 2 :

- ✓ Développer une information locale auprès de tous les intervenants en s'appuyant sur les pôles gérontologiques et le secteur associatif

### Points de vigilance

- ✓ Savoir mobiliser les intervenants libéraux dans les instances de coordination

### Indicateurs de suivi

- ✓ Outils / Instances mis en place.

## **ORIENTATION N° 4**

### **PROMOUVOIR LES METIERS DE LA GERONTOLOGIE**

Action n° 9 : Promouvoir, développer et diversifier la formation initiale

Action n° 10 : Améliorer les conditions de travail

## Action n° 9 : Promouvoir, développer et diversifier la formation initiale

### Mise en perspective

Si le problème de la formation est récurrent quel que soit le département, il a, en Haute-Savoie, une acuité particulière du fait notamment de la proximité avec la Suisse. Il est difficile, en l'état actuel des statistiques, de déterminer la part des travailleurs frontaliers dans le secteur médico-social. Cependant, la nécessité d'amplifier les recrutements à venir s'est régulièrement faite ressentir.

Une partie importante de la présente action ne relève pas de la compétence du Conseil général. Toutefois, cette problématique ne peut être écartée du schéma, tant la formation du personnel est indissociable de la qualité d'un dispositif.

A terme, une rencontre avec les organismes chargés de la formation pourrait permettre d'exposer ces nécessités.

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Le Conseil Général (DGH)
- ✓ Le Conseil régional
- ✓ Les services de l'Etat (DDASS, DDTEFP)
- ✓ La CNSA
- ✓ Le CRFG
- ✓ Le Service public de l'emploi
- ✓ Les organismes de formation
- ✓ Les établissements et services

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Faciliter le recrutement du personnel qualifié
- ✓ Répondre aux nouveaux besoins (création d'établissements et services, pyramide des âges, augmentation des effectifs dans le cadre du plan solidarité grand âge)

### Modalités de mise en œuvre

#### Etape 1 :

- ✓ Contribuer aux travaux d'un état des lieux et d'analyse prospective des besoins dans les établissements et les services.
- ✓ Connaître les parcours des professionnels : créer un outil permettant de connaître à N+2 le parcours professionnel des personnes

#### Etape 2 :

- ✓ Promouvoir la diversification de l'accès à la formation et à la qualification
  - Formation initiale :
    - augmenter les quotas en incitant les organismes et institutions responsables de la formation : soit de créer de nouvelles écoles, soit d'augmenter les places dans les écoles existantes (augmentation des places par promotion ou doublement des promotions sur l'année qui favoriserait l'étalement des sorties)
    - développer la formation par apprentissage et en alternance
    - harmoniser l'implantation géographique des lieux de formation (action d'incitation)
  - faciliter l'acquisition des diplômes par la VAE : adapter le budget des structures pour :
    - prendre en charge financièrement le module obligatoire de 70 heures
    - prendre en charge si besoin l'accompagnement de 20 heures
    - remplacer les personnels en formation
    - prendre en charge les modules manquants.

- Faciliter les départs en formation :
  - en étudiant la possibilité d'attribuer des allocations d'étude assorties d'une obligation de service dans le département et/ou la structure
  - en aidant les personnes à revenus modestes à prendre en charge leurs frais annexes

### **Etape 3 :**

- ✓ Partager la formation continue en :
  - mutualisant les formations entre établissements (EHPAD, hôpitaux) et services (SAD et SSIAD) sur un même territoire, notamment autour de thèmes communs (troubles cognitifs, ergonomie et accompagnement de fin de vie)
  - mettant en place une page internet sur un site existant (par exemple le futur site du Conseil général consacré à la gérontologie – cf. *infra*) où chaque organisme ferait ses propositions de formation aux autres structures afin que celles-ci puissent s'y rattacher
  - étudiant éventuellement la possibilité de disposer de fonds spécifiques CNSA (mener de préférence des actions concertées entre établissements)
  - développant les formations relatives à la bientraitance et à la maltraitance

### **Etape 4 :**

- ✓ Mieux informer sur les métiers du grand âge afin de favoriser les vocations en :
  - menant une journée d'information et de sensibilisation départementale sur les métiers du grand âge, non pas sur un lieu unique mais par une mobilisation des médias (audio-visuels, panneaux d'information des communes, ouverture des EHPAD sur les métiers)
  - renforçant les partenariats : avec l'éducation nationale (favoriser les stages de découvertes dans les structures), avec les écoles spécialisées (aides soignantes, IDE), avec l'ANPE et les missions locales
  - étant présent sur les forums de métiers des écoles et des forums emplois (ouverts au grand public)
  - en travaillant en amont sur le développement des actions intergénérationnelles
- ✓ Faciliter les stages en établissements et services :
  - Avoir un état des stages par structure et par nature de diplôme diffusé aux organismes de formation
  - Mutualiser et coordonner la recherche des lieux de stage
  - Instituer un tutorat au sein des structures en formant le ou les tuteurs et en finançant cette mission

### **Points de vigilance**

- ✓ Faire en sorte que le dispositif soit le plus lisible possible pour l'ensemble des acteurs
- ✓ Suivre de manière rationnelle et coordonnée l'ensemble de ces mesures

### **Indicateurs de suivi**

*L'étendue des mesures ci-dessus dépasse largement les compétences du Conseil général et son pouvoir de régulation. Il lui reviendra avant tout d'être source de réflexion et force d'incitation, tant vis-à-vis des partenaires locaux que des organismes régionaux.*

- ✓ Nombre de réunions en interne/externe organisées par le Conseil général sur la thématique de la formation
- ✓ Nombre de journées d'information sur la gérontologie organisées/soutenues par le Conseil général

## Action n° 10 : Améliorer les conditions de travail

### Mise en perspective

Les difficultés de recrutement dans le secteur de la gérontologie proviennent aussi bien du manque d'attractivité du métier que de sa pénibilité. Afin de diminuer le « turn over » important qui a pu être constaté dans certaines structures, des mesures spécifiques sont à envisager au sein du schéma.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ Etat (DDASS)

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les établissements et services
- ✓ Les communes

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Permettre un meilleur accompagnement des personnes âgées
- ✓ Favoriser la fidélisation du personnel et l'attractivité de ce secteur

### Modalités de mise en œuvre

#### Pour les établissements

##### Etape 1 :

- ✓ Analyser les ratios d'encadrement (tendre vers une application de ceux énoncés par le "Plan solidarité Grand âge") et développer la pluridisciplinarité des personnels
- ✓ Afin de respecter les amplitudes de travail et les temps de repos obligatoires des personnels, aider au financement des logiciels spécifiques ; permettre les échanges entre établissement pour diffuser les bonnes pratiques

##### Etape 2 :

- ✓ Afin de concilier vie professionnelle et vie personnelle, étudier la possibilité de créer des crèches au sein des établissements (accueillant aussi d'autres enfants) et/ou adapter les horaires de crèche aux amplitudes de temps de travail des métiers de la gérontologie
- ✓ Améliorer les passerelles entre services : échange de personnel entre établissements ; au sein d'un même établissement proposer une diversité des interventions au personnel

### Indicateurs de suivi

- ✓ Evolution du ratio moyen d'ETP

## **ORIENTATION N° 5**

### **Promouvoir la bientraitance**

Action n° 11 : Mieux associer la personne âgée aux décisions relatives à sa prise en charge et mettre en place un dispositif spécifique de lutte contre la maltraitance

Action n°12 : Mettre en place un dispositif territorial de soutien à l'attention des personnels des établissements et services

## Action n° 11 : Mieux associer la personne âgée aux décisions relatives à sa prise en charge et mettre en place un dispositif spécifique de lutte contre la maltraitance

### Mise en perspective

Le respect du choix de la personne âgée est toujours une ambition difficile à tenir. Elle est pourtant aujourd'hui consubstantielle à la qualité d'un dispositif, que ce soit à domicile ou en établissement. Si les solutions d'aide aux aidants, appelées à se développer, sont un axe majeur de promotion de la bientraitance, elles ne permettent pas l'économie de mesures spécifiques de lutte contre la maltraitance.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ Pôles Gérontologiques
- ✓ DDASS

### Partenaires participant à l'action

- ✓ La personne âgée et la famille
- ✓ L'ensemble des professionnels (équipe de soins, équipe hôtelière des établissements, animation, EMS, services d'aide à domicile, IDE coordinatrices, responsables de secteur...)
- ✓ Le Coderpa
- ✓ Alma 74
- ✓ Les Caisses de retraite

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Mettre la personne âgée au centre de ses choix de vie
- ✓ Favoriser la communication entre la personne âgée, sa famille et les professionnels

### Modalités de mise en œuvre

#### A domicile

##### Etape 1 :

- ✓ Promouvoir la rencontre et la participation de la personne âgée et de sa famille lors de la mise en place et du suivi du projet de vie / plan d'aide

##### Etape 2 :

- ✓ Mettre en place un livret d'information à destination de la personne âgée et de sa famille sur le concept de projet de vie et sur la qualité de services qu'elles sont en droit d'attendre

##### Etape 3 :

- ✓ Réunir un groupe d'experts pour favoriser les modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne et notamment des pratiques en faveur de la bientraitance

#### En établissement

##### Etape 1 :

- ✓ Promouvoir une admission/acceptation d'aide discutée et consentie et rendre systématique (dans la mesure du possible) la visite de l'établissement

##### Etape 2 :

- ✓ Proposer des outils spécifiques sur la bientraitance laissés à la disposition des directeurs d'établissement en établissant des réunions d'information, de médiation et intégrer

l'ensemble de ces réflexions aux outils relevant de la loi 2002-2.

#### **A domicile et en établissement**

##### **Etape 1 :**

- ✓ Identifier les référents au sein des structures (établissements et services) et formaliser.
- ✓ Mettre en place des protocoles de traitement des informations sur la maltraitance (afin, notamment, de permettre l'harmonisation des protocoles sur le département)

##### **Etape 2 :**

- ✓ Mettre en place un groupe de travail départemental définissant les protocoles d'intervention et former les référents à ces protocoles

#### **Indicateurs de suivi**

*La plupart des éléments constitutifs de cette action relève surtout du pouvoir d'incitation. L'action est donc, dans son ensemble, a priori difficile à évaluer, même si quelques indicateurs peuvent être proposés.*

- ✓ Nombre de livrets d'information distribués aux personnes âgées
- ✓ Nombre de référents formés aux protocoles de signalement

## Action n° 12 : Mettre en place un dispositif territorial de soutien à l'attention des personnels des établissements et services

### Mise en perspective

Dans un même mouvement incitant ce schéma à mettre en place des actions spécifiques visant à soutenir la famille ou le conjoint, il est opportun de réfléchir à des mesures similaires à l'attention des aidants professionnels. Dans un département où les carences en nombre de professionnels sont importantes, limiter le turn over dans les structures est d'une acuité particulière. Au-delà du soulagement que ces actions peuvent apporter aux aidants professionnels, c'est toujours le bien-être de la personne âgée qui est au centre de cette réflexion.

### Pilotes de l'action

- ✓ Pôles gérontologiques

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les associations gestionnaires
- ✓ Les associations de directeurs
- ✓ Les établissements et services
- ✓ Les équipes médico-sociales
- ✓ Les bénévoles

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Accompagner et soutenir le personnel dans son travail quotidien
- ✓ Désamorcer de manière précoce des situations de tensions naissantes
- ✓ Détecter des problématiques récurrentes

### Modalités de mise en œuvre

#### Étape 1 :

- ✓ Sur un thème préalablement défini, organiser l'animation d'une formation, par exemple par un médecin ou autre professionnel pour les personnels des structures – mutualiser ces formations, notamment par le biais des groupements de coopération sociale ou médico-sociale, si nécessaire.
- ✓ Définir la maltraitance, les facteurs de risque et mettre en place un guide de la bientraitance à domicile et en établissement

#### Étape 2 :

- ✓ Ouvrir des groupes de parole à tous professionnels de tous secteurs
- ✓ S'assurer de la présence d'un psychologue à ces groupes

#### Étape 3 :

- ✓ Proposer aux services, institutions, libéraux, travaillant auprès des personnes âgées et ne pouvant avoir leur propre psychologue :
  - Des écoutes sur rendez-vous
  - Des groupes de parole transversaux
  - Des interventions ponctuelles sur des thématiques particulières
  - Des interventions ponctuelles en cas de crise

### Points de vigilance

- ✓ Disposer dans la mesure du possible d'une écoute professionnelle
- ✓ Coupler les actions de soutien à la formation et à l'information

### Indicateurs de suivi

- ✓ Nombre de groupes de paroles à l'attention des professionnels recensés sur le territoire
- ✓ Nombre de formations mutualisées organisées sur le territoire

## **ORIENTATION N° 6**

### **MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU D'UNE PATHOLOGIE APPARENTÉE**

Action n° 13 : Favoriser l'accès à un diagnostic précoce des troubles cognitifs

Action n° 14 : Améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer à domicile et en établissement

## Action n° 13 : Favoriser l'accès à un diagnostic précoce des troubles cognitifs

### Mise en perspective

Avant même le développement de structures adaptées, améliorer le diagnostic de la maladie constitue un enjeu majeur des années à venir. Elle passe par une mobilisation de l'ensemble des acteurs autour de la connaissance et de la capacité de détection de ces maladies.

La mise en place du Plan Alzheimer devra participer assez largement au développement de cette action.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ DDASS

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les médecins
- ✓ La CRAM
- ✓ La MSA
- ✓ Médéric Alzheimer
- ✓ Les établissements et services
- ✓ Haute-Savoie Alzheimer

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Permettre une meilleure prise en charge à la fois médicale et psychologique de la personne et de sa famille
- ✓ Développer les recours aux consultations-mémoire

### Modalités de mise en œuvre

#### Étape 1 : Développer les consultations-mémoire

- ✓ Dans le cadre du développement de la filière gériatrique, inciter les hôpitaux à proposer des consultations-mémoire

#### Étape 2 : Mener une campagne à destination des professionnels

- ✓ Proposer des formations spécifiques, notamment aux médecins traitants, assurées par un gériatre
- ✓ Organiser des formations de l'ensemble des professionnels, à domicile et en établissement, sur les aides existantes, les aménagements possibles et les actions à mener.

#### Étape 3 : Mener des actions d'information à l'attention des personnes âgées et de leur famille

- ✓ Information / formation au niveau de la population dans son ensemble sur les démarches (existence de tests en EHPAD, auprès d'Alzheimer 74, ...), sur les symptômes, etc.
- ✓ Créer une plaquette et une affiche d'information sur la maladie et ses signes précurseurs ; diffuser cette plaquette dans les lieux fréquentés par des personnes âgées (salles d'attente, caisses de retraite, relais postaux)

#### Étape 4 : Développer les ateliers-mémoire

- ✓ Mettre en place ces ateliers sur les territoires qui n'en disposent pas encore
- ✓ Informer les jeunes retraités par des bulletins locaux
- ✓ Travailler en lien avec les mairies / CCAS pour obtenir des prêts de salles accueillant ces activités
- ✓ Favoriser leur mise en place dans des accueils de jour / EHPAD / foyers logements

### Points de vigilance

Médiatiser de manière pédagogique et non dramatique : travailler sur les modalités de présentation de la maladie

#### **Indicateurs de suivi**

- ✓ Nombre de consultations-mémoire créées
- ✓ Nombre d'ateliers mémoire recensés

## Action n° 14 : Améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer à domicile et en établissement

### Mise en perspective

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer est une priorité évidente de ce schéma. Si les connaissances de la maladie sont appelées à s'étoffer et à modifier les modalités de prise en charge, il revient à ce document directeur de tracer les grandes lignes d'une stratégie départementale sans « se fermer de porte ».

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ DDASS

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les médecins libéraux et gériatres hospitaliers
- ✓ Les EHPAD
- ✓ Les services d'aide à domicile

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Favoriser une prise en charge appropriée (qualitative / quantitative)

### Modalités de mise en œuvre

#### A domicile

- ✓ Former l'ensemble des intervenants aux spécificités de la maladie afin de garantir la qualité de la prise en charge
- ✓ Dans le cadre des expérimentations et celui des gérontechnologies, étudier l'opportunité de système de géolocalisation dont le dispositif doit être compatible et rattaché à celui de la télé-alarme
- ✓ S'assurer de l'organisation de groupes de parole spécifique sur le territoire et coupler, dans la mesure du possible, ces groupes à de l'accueil de jour

#### En établissement

##### Etape 1 :

- ✓ Identifier et mettre en place une instance (par exemple la coordination territoriale) en mesure de récolter les informations issues d'expériences innovantes et de les évaluer de manière à essaimer les bonnes pratiques.
- ✓ La filière doit permettre d'organiser et de coordonner les modes de prise en charge pour assurer la continuité de la trajectoire de la personne.

##### Etape 2 :

- ✓ Favoriser le développement de modalités d'hébergement innovantes, garantissant l'intégration dans le tissu social
- ✓ Évaluer les besoins sur le département en se fondant sur les informations émanant des acteurs de proximité
- ✓ Étudier, comme à domicile, l'opportunité de mettre en place de systèmes de géolocalisation
- ✓ Établir une cartographie des manques fondée sur des critères prédéfinis
- ✓ Ouvrir des lits en fonction des besoins

### Points de vigilance

- ✓ Respecter le choix de la personne âgée

### Indicateurs de suivi

- ✓ Nombre de lits spécialisés ouverts

## **ORIENTATION N° 7**

### **PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS SPECIFIQUES**

Action n° 15 : Faciliter l'adaptation des résidences sociales pour l'accueil des migrants vieillissants

Action n° 16 : Faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun

Action n° 17 : Prendre en compte de manière adaptée le vieillissement des personnes handicapées.

## Action n° 15 : Faciliter l'adaptation des résidences sociales pour l'accueil des migrants vieillissants

### Mise en perspective

Le public des personnes ayant migré en France, qui sont aujourd'hui vieillissantes, constitue une cible spécifique de l'action sociale. En étant vigilant à ne pas créer plus de désavantages que d'intérêt réel à un accompagnement adapté, un certain nombre de mesures doivent être envisagées.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH, DPDS, DAEDR)
- ✓ Services de l'Etat (DDASS, DDE)

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Les gestionnaires de résidence (ALAP, ADOMA, AATES...)
- ✓ Les bailleurs (HALPADES, OPAC, ADOMA...)
- ✓ Les représentants des CCAS des communes d'implantation
- ✓ Act Habitat

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Permettre la continuité de l'accueil des résidents et dans ce but l'adaptation de leur lieu de vie dans une dynamique intergénérationnelle et de lien social
- ✓ Harmoniser les pratiques des gestionnaires des résidences sociales du département dans ce domaine
- ✓ Mutualiser les moyens au sein des résidences sociales afin de favoriser l'intervention de SAD

### Modalités de mise en œuvre

#### Étape 1 :

- ✓ Faire le point des études menées sur le sujet
- ✓ Etablir, si nécessaire, un état des lieux concernant :
  - Les caractéristiques du public-résidant (âge, handicap, autonomie)
  - Les caractéristiques et potentiel du bâti des résidences sociales pour l'accueil des personnes âgées et/ou handicapées
  - La prise en compte de ce public dans le cadre de réalisations effectuées dans d'autres départements

#### Étape 2 :

- ✓ Créer un groupe de travail inter-COLOC, qui réunirait les gestionnaires des résidences, les intervenants à domicile et d'autres professionnels concernés.
- ✓ Ce groupe de travail aurait pour but de définir un cahier des charges pour la prise en charge du vieillissement dans les résidences sociales, qui permettrait de mutualiser les bonnes pratiques notamment dans les domaines suivants :
  - conception des appartements regroupés avec des espaces collectifs
  - identification des sources de financement possibles pour les projets de réhabilitation/adaptation et des opportunités de programmation des financements et des travaux à l'échelle du département
  - organisation des interventions mutualisées des services d'aide à domicile au sein des résidences sociales

### Points de vigilance

- ✓ Nécessité de déterminer les limites de l'accueil (pathologie, médicalisation)
- ✓ Ne pas créer de stigmatisation supplémentaire
- ✓ Intégrer les travaux déjà réalisés sur le sujet

### Indicateurs de suivi

- ✓ Nombre de places adaptées identifiées, tout type de structures confondues

## Action n° 16 : Faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun

### Mise en perspective

La précarité est multiforme, et demeure une notion sociale difficile à définir. Toutefois, certains publics que l'on devine intuitivement très fragiles voient naturellement leur fragilité renforcée avec l'âge. Si, là aussi, il est important de ne pas créer de stigmatisation supplémentaire, il est essentiel de permettre aux personnes concernées un meilleur accès à leurs droits, notamment en termes d'accompagnement.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ Les caisses de retraite

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Au sein du Conseil général : la DPDS, le service des actions de santé
- ✓ Les collectivités locales
- ✓ LA CAF
- ✓ Les résidences sociales (ADOMA, ALAP, AATES...)
- ✓ Les EHPAD et établissements hospitaliers
- ✓ Les services d'aide à domicile

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Permettre une identification des différents acteurs et accompagner les personnes en précarité vers l'accès aux droits
- ✓ Mettre en place une prise en charge sanitaire et sociale aujourd'hui encore défailante
- ✓ Prévenir et anticiper l'aggravation des problèmes sanitaires et sociaux
- ✓ Lutter contre la précarisation à domicile

### Modalités de mise en œuvre

#### Etape 1 :

- ✓ Mieux informer et accompagner les personnes en précarité :
  - Dans les résidences sociales, prévoir un temps d'infirmière interface, par exemple pour 300 personnes à suivre de plus de 55 ans (dans une logique de prévention)
  - Susciter au sein des résidences sociales des actions collectives et multi-partenariales pour organiser des réunions d'information afin que les personnes puissent identifier les différents acteurs pour créer du lien social
  - Instituer ou spécialiser un travailleur social dans les EMS et les PMS sur les personnes en situation de précarité, notamment celles qui ne vivent pas au sein d'habitats collectifs
  - Informer tous les partenaires intervenant auprès des personnes en précarité sur les dispositifs existants pour les personnes âgées

#### Etape 2 :

- ✓ Faciliter l'accès aux services et aux établissements pour personnes âgées :
  - Encourager la formation des intervenants à domicile (SAAD, SSIAD...) à l'accompagnement de ce public spécifique
  - Mettre en place une plaquette d'information adaptée (illustration par des exemples) à l'usage des différents partenaires sur les dispositifs existants pour la prise en charge des personnes en grande précarité et les conduites à tenir face à ces publics
  - Proposer des conventions entre les EHPAD et les établissements pour l'hébergement de personnes en grande difficulté afin de faciliter leur prise en charge en EHPAD

### **Points de vigilance**

- ✓ Nécessité d'adapter les conditions d'accès aux résidences pour les intervenants extérieurs (médecins libéraux, SSIAD, SAD, portage de repas...)

### **Indicateurs de suivi**

- ✓ Nombre de plaquettes d'information distribuées
- ✓ Nombre de conventions spécifiques signées

## Action n° 17 : Prendre en compte de manière adaptée le vieillissement des personnes handicapées

### Mise en perspective

Le vieillissement des personnes handicapées est une réalité que le schéma gérontologique 2003-2007 avait soulignée et prise en compte. Des services (SPTS, Sathav...) des structures spécifiques existent. Des collaborations ont été favorisées entre les secteurs gérontologiques et du handicap... Ces initiatives doivent être consolidées et une cohérence établie avec le schéma départemental des personnes en situation de handicap qui a également mentionné le vieillissement dans ses orientations.

### Pilote de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)

### Partenaires participant à l'action

- ✓ La DDASS
- ✓ Les structures et services du secteur gérontologique et du secteur handicap
- ✓ La MDPH

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Etre en capacité de proposer sur chaque territoire un éventail de solutions adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes.
- ✓ Améliorer la connaissance mutuelle des deux secteurs d'intervention.

### Modalités de mise en œuvre

#### Étape 1 :

- ✓ Réaliser sur chaque territoire de pôle un recensement de l'offre et de la demande

#### Étape 2 :

- ✓ Sur la base du recensement, analyser et proposer les solutions à développer tant pour favoriser le soutien à domicile que pour permettre l'accueil et l'hébergement quand il est nécessaire.

### Points de vigilance

- ✓ Associer de manière systématique les 2 secteurs d'intervention

## **ORIENTATION N° 8**

### **PREVENIR ET INFORMER**

Action n° 18 : Développer les actions de prévention et d'information

Action n° 19 : Centraliser l'information

## Action n° 18 : Développer les actions de prévention et d'information

### Mise en perspective

Les personnes âgées vivant à domicile, qu'elles soient dépendantes ou non, encourent toujours le risque d'une dégradation de leur santé ou d'accidents pouvant entraîner une hospitalisation. Des actions de prévention sont donc à mettre en place pour informer, sensibiliser et prévenir ces risques.

### Pilotes de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)
- ✓ Etat

### Partenaires participant à l'action

- ✓ Le Conseil Général (service des Actions de Santé)
- ✓ Les professionnels (médecins gériatres, kinésithérapeutes, dentistes, psychiatres...) et associations (CDPK...)
- ✓ Les caisses de retraite et les mutuelles
- ✓ Les Établissements de santé et la DDASS
- ✓ ADES
- ✓ Le GRSP

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Eviter un accroissement de la dépendance
- ✓ Sensibiliser les usagers
- ✓ Améliorer la prise en charge des soins
- ✓ Améliorer la qualité de vie

### Modalités de mise en œuvre

#### Etape 1 :

Mener des actions spécifiques de prévention sur :

- ✓ Les chutes (recenser l'existant, identifier les manques par territoire, modéliser les actions de prévention et les diffuser sur l'ensemble du département)
- ✓ Les soins bucco-dentaires en créant, notamment un réseau sur la Haute-Savoie dans le cadre du réseau santé bucco-dentaire Rhône-Alpes
- ✓ La dépression et le risque suicidaire en mettant en place un groupe de travail spécifique qui réfléchira sur : pour les personnes intervenant à domicile ; les formations au repérage de la crise suicidaire; le signalement auprès des médecins traitants ; l'expérience mise en place dans l'Ain (cellule de prévention des situations de détresse)

#### Etape 2 :

Certaines campagnes peuvent être menées à un niveau local. Notamment il s'agirait de :

- ✓ Décliner des thèmes déterminés au niveau départemental au plus près des personnes en passant par les 5 pôles, les mairies, etc.
- ✓ Coordonner la communication par vagues successives (2 par an soit 10 actions pendant le schéma) en essayant de cibler les populations concernées par le message.

### Points de vigilance

Il faudra veiller à respecter les choix de la personne âgée et à permettre l'intervention de personnels formés uniquement.

### Indicateurs de suivi

- ✓ Nombre d'ateliers de prévention recensés sur le territoire

## Action n° 19 : Centraliser l'information

### Mise en perspective

Les dispositifs médico-sociaux revêtent toujours une certaine complexité. Ils sont régulièrement caractérisés par un manque de lisibilité, que ce soit pour les usagers ou pour les professionnels eux-mêmes.

La phase d'évaluation avait permis d'identifier que la multiplicité des circuits d'information en Haute-Savoie, nécessitait une plus grande centralisation.

### Pilote de l'action

- ✓ Conseil Général (DGH)

### Partenaires participant à l'action

L'ensemble des intervenants de la gérontologie.

### Bénéfices attendus de l'action

- ✓ Mettre à disposition du grand public et des professionnels une information de référence exhaustive et actualisée, partagée par tous
- ✓ Éviter les sources d'information multiples, disparates et non accessibles
- ✓ Mettre l'information à jour et la rendre disponible en permanence

### Modalités de mise en œuvre

Centraliser l'information par la création d'un site Internet qui soit destiné à la fois aux personnes âgées et à leur famille et aux professionnels. Ce site devra fournir un ensemble d'informations utiles sur les solutions d'accompagnement, les services, associations et établissements existants et reprendre des éléments aussi bien nationaux que départementaux et locaux... Par ailleurs, il pourra, dans un second temps, servir de forum d'échange et de lieu de communication entre les professionnels et le Conseil général.

Il pourrait avoir un fonctionnement collaboratif fondé sur un système de gestion de contenu (contributeurs, circuit de validation, définition de date de mise en ligne, durée de vie). Une extension de ce site à la gestion des places d'accueil alternatif peut être à terme envisagée.

### Points de vigilance

- ✓ Faire vivre ce site en l'actualisant très régulièrement

### Indicateurs de suivi

- ✓ Nombre de visites

# **LIVRET 3**

**EVALUATION**

**DES BESOINS EN HEBERGEMENT**

**ET**

**PROGRAMMATION**

Schéma Gérontologique Départemental  
2008-2012

## Les perspectives démographiques

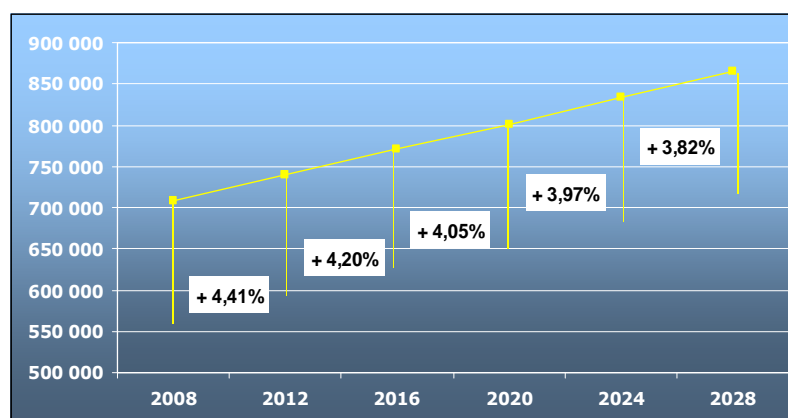
Rappel :

		Population totale		Plus de 75 ans	
Haute-Savoie	2008	708 082		47 843	
	2012	739 291	4,4%	53 285	11,4%
Rhône-Alpes	2008			490 000	
	2012			535 000	9,2%
France	2008	61 500 000		5 321 928	
	2012	63 000 000	2,4%	5 940 612	11,6%

### L'évolution de la population du département d'ici à 2029

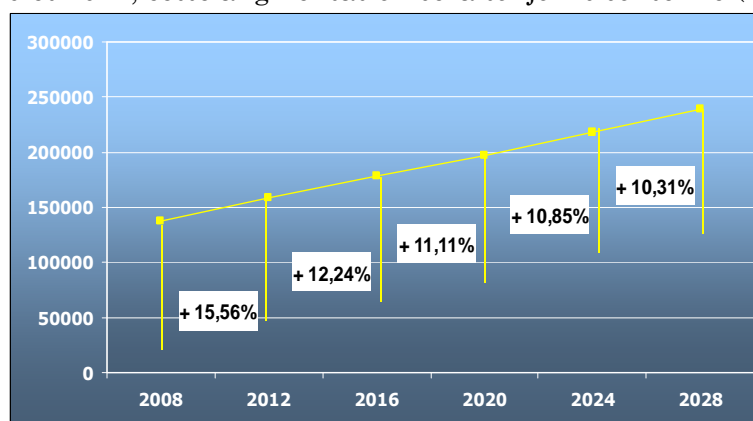
Selon les estimations de l'INSEE<sup>1</sup>, le département de la Haute-Savoie verra sa population croître de plus de 4 % d'ici quatre ans, date à laquelle il comptera près de 740 000 habitants.

De 2012 à 2016, le taux de croissance de la population se maintiendra autour de 4 %. En 2020, la population départementale dépassera les 800 000 habitants.



### L'évolution de la population âgée de 60 ans et plus

Au regard de l'évolution départementale, le nombre de personnes âgées dans le département augmentera fortement : + 15 % d'ici à 2012, et + 30 % d'ici à 2016. De 2016 à 2020, comme entre 2020 et 2024, cette augmentation sera toujours soutenue (+ 10 %).



<sup>1</sup> Ces projections démographiques sont basées sur le modèle Omphale de l'INSEE.

## L'approche territoriale

### Avant-propos méthodologique s'appliquant à l'ensemble des données territoriales

La politique départementale en faveur des personnes âgées s'appuie sur différents zonages infra-territoriaux (arrondissements, pôles gérontologiques, cantons, EPCI, etc.).

L'évaluation du dispositif de prise en charge des personnes âgées en Haute-Savoie a été réalisée à partir du découpage correspondant aux pôles gérontologiques du Conseil Général, ceux-ci constituant les relais territoriaux de l'action gérontologique départementale.

Concernant l'évaluation des besoins en places d'EHPAD dans le département, une nouvelle approche complémentaire a été opérée au niveau de l'agglomération annécienne, afin de mieux prendre en compte, à partir de l'évolution de la population âgée, les besoins futurs, étant précisé que la compétence a été déléguée par les communes de ce territoire au CIAS.

Six territoires constituent donc la base des projections démographiques et, partant des projections, des besoins en lits EHPAD.

Il s'agit donc du territoire :

- ✓ du Genevois
  - ✓ du Chablais
  - ✓ de la Vallée de l'Arve
  - ✓ d'Annecy Est
  - ✓ d'Annecy Ouest
  - ✓ de l'agglomération annécienne
- } Moins les 13 communes de l'agglomération annécienne



Au niveau territorial, le territoire d'Annecy-Ouest sera le plus touché par l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans (+ 20 % d'ici 4 ans), soit 5 points de plus que le niveau départemental, contrairement à ce que connaîtra le territoire de l'agglomération d'Annecy (+ 12 %).

<b>Chablais</b>					
<b>Evolution</b>	<b>2008-2012</b>	<b>2012-2016</b>	<b>2016-2020</b>	<b>2020-2024</b>	<b>2024-2028</b>
<b>Plus de 60 ans</b>	15,25%	12,35%	11,45%	11,44%	10,60%
<b>Population du territoire</b>	1,99%	1,85%	1,81%	1,76%	1,50%

<b>Genevois</b>					
<b>Evolution</b>	<b>2008-2012</b>	<b>2012-2016</b>	<b>2016-2020</b>	<b>2020-2024</b>	<b>2024-2028</b>
<b>Plus de 60 ans</b>	16,95%	10,90%	9,61%	9,60%	9,13%
<b>Population du territoire</b>	2,68%	2,62%	2,65%	2,76%	2,61%

<b>Vallée de l'Arve</b>					
<b>Evolution</b>	<b>2008-2012</b>	<b>2012-2016</b>	<b>2016-2020</b>	<b>2020-2024</b>	<b>2024-2028</b>
<b>Plus de 60 ans</b>	14,10%	11,51%	10,88%	10,81%	11,09%
<b>Population du territoire</b>	3,26%	3,11%	2,95%	2,84%	2,64%

<b>Annecy Est</b>					
<b>Evolution</b>	<b>2008-2012</b>	<b>2012-2016</b>	<b>2016-2020</b>	<b>2020-2024</b>	<b>2024-2028</b>
<b>Plus de 60 ans</b>	18,58%	15,69%	14,75%	15,23%	3,93%
<b>Population du territoire</b>	4,86%	4,41%	4,19%	4,11%	3,93%

<b>Annecy Ouest</b>					
<b>Evolution</b>	<b>2008-2012</b>	<b>2012-2016</b>	<b>2016-2020</b>	<b>2020-2024</b>	<b>2024-2028</b>
<b>Plus de 60 ans</b>	20,59%	17,01%	15,76%	14,89%	14,38%
<b>Population du territoire</b>	6,19%	5,80%	5,54%	5,40%	5,21%

<b>Agglomération d'Annecy</b>					
<b>Evolution</b>	<b>2008-2012</b>	<b>2012-2016</b>	<b>2016-2020</b>	<b>2020-2024</b>	<b>2024-2028</b>
<b>Plus de 60 ans</b>	12,53%	10,14%	8,17%	6,95%	6,64%
<b>Population du territoire</b>	2,14%	1,88%	1,59%	1,36%	1,16%

En 2016, près d'une personne sur 4 sera âgée de plus de 60 ans en Haute-Savoie.

<b>Part des 60 ans et plus dans la population</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
	20%	22%	24%	26%	29%	31%

Ce rapport sera toutefois atteint dès 2012 dans le Chablais et dans l'agglomération d'Annecy, tandis que la population de la Vallée de l'Arve demeurera la plus jeune du département.

<b>Chablais</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 60 ans et plu:</b>	22%	25%	28%	30%	33%	36%

<b>Genevois</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 60 ans et plu:</b>	19%	22%	24%	25%	27%	29%

<b>Vallée de l'Arve</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 60 ans et plu:</b>	19%	20%	22%	24%	26%	28%

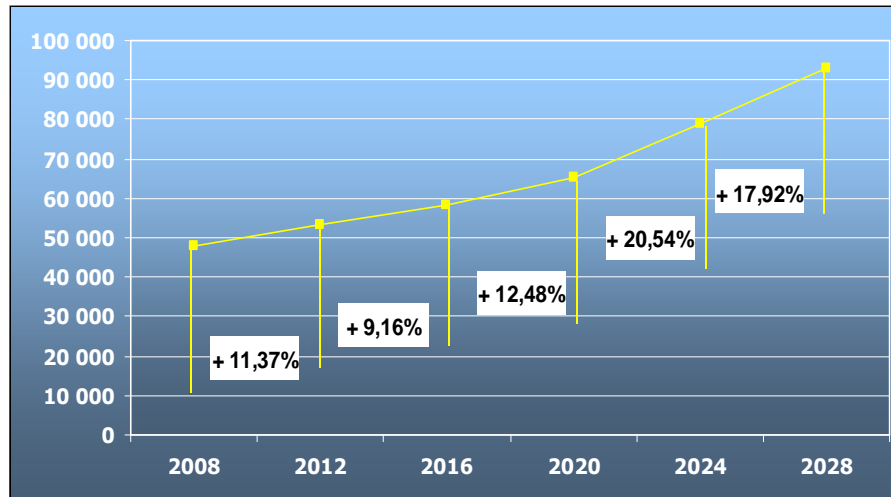
<b>Annecy Est</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 60 ans et plu:</b>	20%	22%	25%	27%	30%	33%

<b>Annecy Ouest</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 60 ans et plu:</b>	18%	21%	23%	25%	27%	30%

<b>Agglomération d'Annecy</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 60 ans et plu:</b>	22%	24%	26%	28%	29%	31%

## L'évolution de la population âgée de 75 ans et plus

Si le nombre de personnes âgées de 75 ans augmentera moins rapidement, notamment en raison de l'entrée des classes d'âge dites « creuses » de l'Entre-Deux-Guerres dans cette tranche d'âge, leur augmentation conservera une tendance soutenue pendant les quatre prochaines années (+ 11 % d'ici à 2012 ; + 21 % d'ici à 2016). De 2016 à 2024, leur nombre augmentera de plus de 30 %.



Les territoires d'Annecy Ouest, Annecy Est et de la Vallée de l'Arve seront les plus touchés par le phénomène de vieillissement de leur population.

Chablais					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 75 ans	10,59%	8,53%	13,23%	21,36%	18,48%
Population du territoire	1,99%	1,85%	1,81%	1,76%	1,50%

Genevois					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 75 ans	10,16%	9,70%	15,79%	23,55%	18,84%
Population du territoire	2,68%	2,62%	2,65%	2,76%	2,61%

Vallée de l'Arve					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 75 ans	12,67%	9,40%	11,77%	17,70%	15,55%
Population du territoire	3,26%	3,11%	2,95%	2,84%	2,64%

Annecy Est					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 75 ans	12,52%	11,45%	14,03%	25,08%	3,93%
Population du territoire	4,86%	4,41%	4,19%	4,11%	3,93%

Annecy Ouest					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 75 ans	13,07%	10,30%	13,82%	25,20%	24,75%
Population du territoire	6,19%	5,80%	5,54%	5,40%	5,21%

Agglomération d'Annecy					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 75 ans	10,60%	7,70%	8,87%	16,27%	14,20%
Population du territoire	2,14%	1,88%	1,59%	1,36%	1,16%

En 2012, 8% de la population sera âgée de plus de 75 ans en Haute-Savoie.

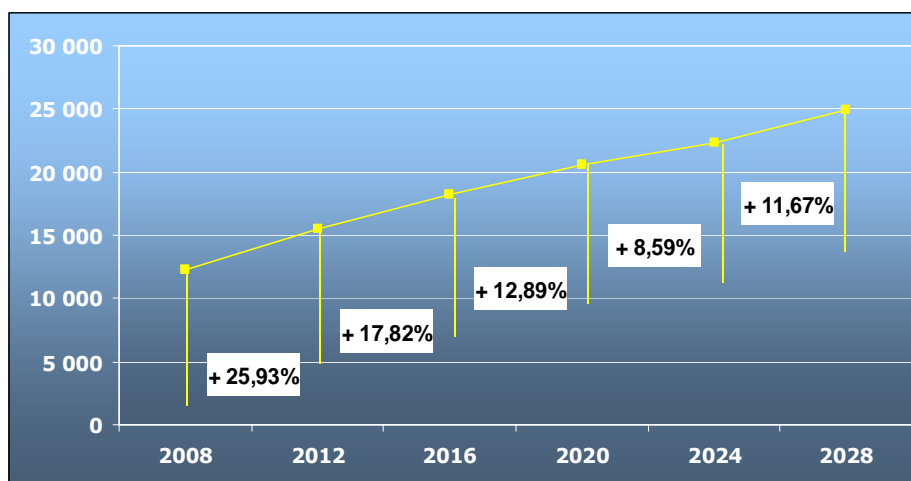
<b>Part des 75 ans et plus dans la population</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
	7%	8%	8%	9%	10%	12%

Au niveau territorial, cette proportion est d'ores et déjà atteinte dans les territoires du Chablais et de l'agglomération d'Annecy.

<b>Chablais</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 75 ans et plus</b>	8%	8%	9%	10%	12%	14%
<b>Genevois</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 75 ans et plus</b>	6%	7%	7%	8%	10%	11%
<b>Vallée de l'Arve</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 75 ans et plus</b>	6%	7%	7%	8%	9%	10%
<b>Annecy Est</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 75 ans et plus</b>	7%	7%	7%	8%	10%	11%
<b>Annecy Ouest</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 75 ans et plus</b>	6%	6%	7%	7%	9%	10%
<b>Agglomération d'Annecy</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>2024</b>	<b>2028</b>
<b>Part des 75 ans et plus</b>	8%	9%	9%	10%	12%	13%

## L'évolution de la population âgée de 85 ans et plus

En revanche, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus augmentera très fortement d'ici 2012 (+ 3 200 personnes, soit + 26 %). Après 2012, et ce jusqu'en 2024, cette croissance s'engagera vers une tendance dégressive tout en conservant un rythme de croissance très important : + 18 % de 2012 à 2016, + 13 % de 2016 à 2020, + 8 % de 2020 à 2024. Après 2024, l'entrée des générations du Baby Boom dans cette catégorie d'âge explique la reprise de la croissance à 12 %.



D'ici à 2012, le territoire d'Annecy Ouest surtout, puis celui de l'agglomération d'Annecy, seront les plus touchés par l'augmentation des plus de 85 ans, tandis que tous les autres territoires connaîtront une croissance similaire de cette catégorie de population (+ 24 % en moyenne).

Chablais					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 85 ans	22,84%	13,66%	13,46%	7,65%	14,24%
Population du territoire	1,99%	1,85%	1,81%	1,76%	1,50%

Genevois					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 85 ans	24,21%	15,39%	9,88%	9,99%	15,17%
Population du territoire	2,68%	2,62%	2,65%	2,76%	2,61%

Vallée de l'Arve					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 85 ans	24,65%	20,14%	15,39%	8,04%	10,70%
Population du territoire	3,26%	3,11%	2,95%	2,84%	2,64%

Annecy Est					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 85 ans	25,17%	21,91%	17,20%	9,64%	3,93%
Population du territoire	4,86%	4,41%	4,19%	4,11%	3,93%

Annecy Ouest					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 85 ans	34,81%	19,47%	14,18%	8,91%	12,60%
Population du territoire	6,19%	5,80%	5,54%	5,40%	5,21%

Agglomération d'Annecy					
Evolution	2008-2012	2012-2016	2016-2020	2020-2024	2024-2028
Plus de 85 ans	27,93%	18,82%	10,33%	8,32%	6,96%
Population du territoire	2,14%	1,88%	1,59%	1,36%	1,16%

## Que retenir de ces perspectives démographiques ?

① Le département de la Haute-Savoie connaîtra, comme tous les départements français, une croissance importante de sa population âgée et très âgée dans les prochaines années.

② Tous les territoires seront touchés par ce phénomène, mais tous ne connaîtront pas les mêmes évolutions :

a. les territoires du Chablais et de la Vallée de l'Arve connaîtront une augmentation importante de leur population âgée de 60 ans et plus.

b. Ceux d'Annecy Ouest et de l'agglomération d'Annecy seront les plus touchés par l'augmentation de la population très âgée, ce qui devra être pris en compte quant au dispositif de prise en charge, notamment en établissement.

③ De surcroît, le constat partagé de la valeur ajoutée du maintien à domicile dans le département, ainsi que celui des améliorations qui restent à lui apporter, amènent à ajouter un nouveau paramètre dans l'équation de l'offre et de la demande en établissement.

## Les besoins de places en établissement

### Les projections de personnes âgées dépendantes en EHPAD : méthodes et hypothèses

Les projections de personnes âgées dépendantes en EHPAD s'appuient sur des hypothèses :

① Démographiques, portant en particulier sur l'espérance de vie, qui permettent d'estimer l'évolution de la population âgée, notamment au travers de l'exploitation du modèle Omphale de l'INSEE ;

② De taux de prévalence de la dépendance selon différents critères de dépendance, en particulier l'indicateur Colvez et les groupes iso-ressources (GIR) de la grille AGGIR. Il s'agit d'appliquer des taux de prévalence à des projections de population totale par sexe et âge ;

③ De taux d'institutionnalisation en EHPAD.

#### ① Les hypothèses démographiques du modèle Omphale de l'INSEE

Pour chacun des 6 territoires, le modèle Omphale calcule des quotients de fécondité, de mortalité et de migrations nettes, dits « quotients de référence », qui servent de point de départ à la projection. Ces quotients sont ensuite projetés selon les hypothèses du scénario central de projection. Puis, année après année, les projections de populations, naissances, décès et migrations nettes, par sexe et âge, en sont déduites jusqu'à 2030 :

##### ✧ Le quotient de fécondité :

Il peut s'interpréter comme la probabilité qu'a une femme résidant dans la zone d'avoir un enfant au cours de l'année, en fonction de son âge. Les quotients de référence par âge reflètent la fécondité observée dans la zone en 2005.

##### ✧ Le quotient de décès :

Il s'interprète comme la probabilité qu'a un individu résidant dans la zone de décéder au cours de l'année, en fonction de son âge. Les quotients de référence par sexe et âge reflètent la mortalité observée dans la zone en 2005. L'INSEE a développé des hypothèses d'évolution de la mortalité en fonction des projections métropolitaines de quotients de décès par sexe et âge à l'horizon 2050, selon 3 hypothèses (centrale, haute et basse). L'hypothèse centrale (hypothèse tendancielle qui prolonge les gains de mortalité observés au cours des 30 dernières années) est celle retenue en mode standard.

Le plus souvent, les quotients de décès des différentes zones évoluent parallèlement à cette tendance car on suppose que les différences de mortalité constatées entre zones vont se maintenir.

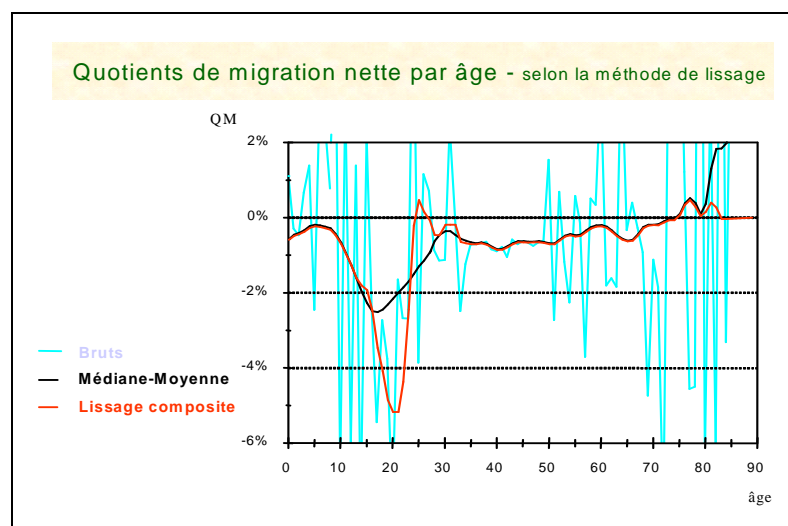
#### ✧ Le quotient de migration nette :

C'est le rapport entre les migrations nettes (entrées - sorties) survenues dans la zone au cours de l'année et la population de cette même zone. Ils sont négatifs dans le cas où le nombre d'émigrants est supérieur à celui des immigrants.

Les quotients de référence par sexe et âge sont calculés en comparant sur chaque zone la population d'une même génération à deux recensements (par exemple on rapproche la population d'âge  $i$  au RP 99 et la population d'âge  $i-9$  au RP 90, en tenant compte des décès survenus dans l'intervalle). Ils reflètent la situation moyenne de la zone au cours de la période inter-censitaire choisie (en standard : 1982-1999).

Les quotients bruts issus de ce calcul doivent être lissés de façon à maintenir un comportement migratoire cohérent d'un âge à l'autre.

Le lissage par la médiane-moyenne permet d'obtenir un profil migratoire par âge rapidement interprétable (voir graphique). C'est la méthode de lissage utilisée en mode standard.



Source : INSEE

#### ② Les hypothèses concernant l'évolution de la dépendance : y aura-t-il réduction de la période de vie passée en dépendance ?

Un indicateur synthétique couramment utilisé est l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). C'est un indicateur structurel, suivi maintenant au niveau européen. Il est calculé à partir des tables de mortalité et des taux de prévalence des incapacités. Ces incapacités ne sont pas directement identiques à celles identifiées au sens de la grille Colvez ou de la grille AGGIR, mais il est possible de déduire de l'évolution de l'EVSI des estimations pour ces différents indicateurs.

Les projections de personnes âgées dépendantes s'appuient à cet égard sur les tendances récentes observées de l'EVSI, ou plutôt de son différentiel d'évolution avec l'espérance de vie générale.

Les projections de la DREES réalisées en 2002 se sont ainsi appuyées sur :

- ✓ les tendances de l'EVSI observées entre les enquêtes Santé de 1981 et 1991 : elles indiquaient une évolution parallèle à l'espérance de vie générale, avec une petite différence entre les hommes (dont l'EVSI avait progressé d'un mois de plus que l'espérance de vie sur dix ans) et les femmes (deux mois de moins) ;
- ✓ une comparaison entre les taux de prévalence de l'enquête HID 1999 et de l'enquête Santé 1991 sur le seul indicateur commun que l'on pouvait construire à partir des deux enquêtes : l'indicateur Colvez qui concerne la dépendance physique. Cette comparaison concluait à une forte baisse des taux de prévalence après 85 ans pour les femmes et après 80 ans pour les hommes, traduisant un gain d'espérance de vie sans dépendance plus rapide que le gain d'espérance de vie générale (théorie de la compression de la morbidité).

C'est cette comparaison qui est à l'origine de l'hypothèse "optimiste" de la DREES de 2002, même si par ailleurs, la publication de la DREES soulignait les incertitudes tenant à l'évolution de la dépendance psychique, conduisant à proposer deux autres scénarios : un scénario pessimiste supposant que les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent de façon parallèle à l'espérance de vie générale, et un scénario central, moyenne des deux scénarios précédents.

Les résultats de l'enquête Santé 2003 étaient attendus pour actualiser ces évolutions. Or, le changement de la place des questions sur les incapacités dans le questionnaire a rendu délicate la comparaison entre les enquêtes sur la santé et les soins médicaux de 1991 et celle de 2003 (cf. rapport d'E. Cambois et J. M. Robine 19), même si l'enquête fournit des éléments précieux d'information sur les différences d'espérance de vie sans incapacité au sein des différentes catégories de population.

Le panel européen des ménages montre, en France sur la période 1995-2003, un faible accroissement de l'EVSI pour les hommes et une stagnation pour les femmes. Les évolutions annuelles sont au maximum de 2 %, dans un sens positif ou négatif.

Selon le rapport Cambois-Robine, les données observées dans les autres pays européens vont aussi dans le sens d'une évolution très modérée de l'EVSI, ne dépassant guère celle de l'espérance de vie générale.

*« Les évolutions constatées en dehors de l'Europe dans les années récentes ne permettent pas non plus de conclure à de telles réductions de l'incapacité sur la base d'indicateurs généraux d'incapacité sévère ou modérée. Il semblerait que l'évolution de l'incapacité (tous niveaux confondus) ait plutôt tendance à stagner ou à légèrement se modifier : résultat d'une augmentation de la part des problèmes fonctionnels et restrictions modérées aux dépens de la part des restrictions d'activité sévères (ex. : pour les soins personnels). Si toutes les tendances ne convergent pas, elles restent toutefois sur des taux d'évolution de faible ampleur » (Robine et al., 2003).*

Ces évolutions récentes semblent donc plutôt aller dans le sens d'une diminution tendancielle annuelle des taux de prévalence de 1 à 2 % par an dans les pays européens.

Cet ordre de grandeur est confirmé par un recensement des études menées aux États-Unis, indiquant pour les années 1990 et pour les personnes âgées un déclin régulier de la prévalence de l'incapacité, tous niveaux confondus, de 1,6 % à 0,9 % par an (Freedman et al., 2002).

Les tendances observées dans les enquêtes les plus récentes conduisent donc à envisager une actualisation provisoire des scénarios de projections de personnes âgées dépendantes :

- ✓ qui écarte, pour l'instant, les hypothèses les plus optimistes d'une diminution de la durée de vie en dépendance (scénarios optimistes de l'INSEE et de la DREES) ;
- ✓ qui limite à une fourchette de 1 % à 2 % la diminution annuelle des taux de prévalence.

La DREES et l'INSEE proposent donc d'utiliser deux hypothèses réactualisées :

- ✓ une hypothèse basse, qui correspond à la stabilité de la durée de vie passée en dépendance ;
- ✓ une hypothèse haute, qui postule une baisse modérée de 1 % par an des taux de prévalence de la dépendance à chaque âge, ce qui aboutit à une augmentation de la durée de vie passée en dépendance.

Le tableau ci-dessous synthétise les résultats des travaux de l'INSEE et de la DREES portant sur l'évolution des taux de prévalence par âge. Le scénario retenu dans le cadre des projections en Haute Savoie est le scénario central de l'INSEE, à savoir celui où la durée de vie en dépendance reste stable et où les taux de prévalence par âge diminuent de 1,5 % par an. Par conséquent, l'entrée en dépendance est plus tardive, en raison de l'évolution de l'espérance de vie, mais la durée de vie en dépendance reste stable.

Durée de vie en dépendance	Taux de prévalence / âge	Scénario INSEE (2004)	Scénario DREES (2002)	Actualisation proposée (estimation du nombre de personnes de GIR 1 à 4)
Diminue	↘ 2% par an	Optimiste	Optimiste	850 000 en 2020 Hypothèse écartée
Stable	↘ 1,5% par an	Central		954 000 en 2020 Hypothèse basse
Augmente	↘ 1% par an	Pessimiste	Pessimiste	1 077 000 en 2020 Hypothèse haute

Source : INSEE / DREES, Centre d'analyse stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, juin 2006.

### ③ Les hypothèses relatives au taux d'institutionnalisation en EHPAD

Le Centre d'analyse stratégique propose, dans son second rapport consacré à la prospective des équipements et services en faveur des personnes âgées dépendantes (2006), des hypothèses relatives à la prise en charge en institution :

*« On retient l'hypothèse d'une stabilisation des taux d'institutionnalisation des personnes très dépendantes sur l'ensemble de la période, tandis que les taux pour les personnes moyennement ou peu dépendantes baissent nettement au-delà de 2010. Cette baisse est obtenue essentiellement en permettant la diminution des taux d'institutionnalisation des personnes isolées. A l'horizon 2025, il reste toutefois un écart encore important entre personnes avec conjoint et personnes sans conjoint. »*

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des taux d'institutionnalisation selon le GIR où l'on remarque une incidence progressive du renforcement de la politique de maintien à domicile.

	<b>GIR 1-2</b>	<b>GIR 3-4</b>	<b>GIR 5-6</b>
2004	67%	35%	1%
2010	67%	34%	1%
2015	67%	30%	1%
2025	67%	23%	0,3%

Calculs : Centre d'analyse stratégique

Ces taux ont été retenus dans le cadre du calcul des besoins en lits EHPAD en Haute Savoie.

## La conjoncture départementale en matière d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Au 31 décembre 2007, le département de la Haute-Savoie comptait 5 261 lits d'EHPAD et de Soins de Longue Durée autorisés.

Parmi ceux-ci, 4 205 lits étaient effectivement installés.

Le département de la Haute-Savoie se caractérise par un stock de lits EHPAD non installés très important, équivalent à 1 056 lits au 31.12.2007.

Cet écart entre le nombre de lits autorisés et le nombre de lits effectivement installés explique d'une part le ressenti des acteurs sur le terrain et d'autre part une variation de plus de 13 points du taux d'équipement. En effet, au regard de la moyenne nationale (95 lits pour mille habitants de 75 ans et plus), le département conserve un rang supérieur (113,70 lits pour mille) compte tenu des créations des lits qui ont été autorisées lors du précédent schéma. En revanche, le taux d'équipement en lits effectivement installés est inférieur à la moyenne nationale (90,88 lits pour mille).

	2007	Taux d'équipement
Nombre de lits installés	4 205	90,88
Nombre de lits autorisés non installés	1 056	
Nombre total de lits autorisés	5 261	113,70

## Les projections départementales

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires de la Haute-Savoie	4685	4829	4861	4979	5115	5235	5351	5456	5598	5730	5901	6081	6289
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires d'autres départements	298	356	407	466	526	586	648	701	761	821	872	912	943
<b>Sous-total</b>	<b>4983</b>	<b>5185</b>	<b>5268</b>	<b>5445</b>	<b>5640</b>	<b>5821</b>	<b>5999</b>	<b>6157</b>	<b>6358</b>	<b>6551</b>	<b>6773</b>	<b>6993</b>	<b>7232</b>
Gir 5 et 6 (scénario 1)	484	451	406	365	321	273	228	178	163	153	143	132	120
Gir 5 et 6 (scénario 2)	481	399	300	201	107	78	54	28	0	0	0	0	0
<b>Sous-total (S1)</b>	<b>5467</b>	<b>5636</b>	<b>5673</b>	<b>5810</b>	<b>5 962</b>	<b>6095</b>	<b>6227</b>	<b>6335</b>	<b>6521</b>	<b>6703</b>	<b>6 916</b>	<b>7 125</b>	<b>7 352</b>
<b>Sous-total (S2)</b>	<b>5467</b>	<b>5585</b>	<b>5568</b>	<b>5647</b>	<b>5747</b>	<b>5900</b>	<b>6053</b>	<b>6185</b>	<b>6358</b>	<b>6551</b>	<b>6773</b>	<b>6993</b>	<b>7232</b>
<b>Taux d'occupation 98% (S1)</b>	109	113	113	116	119	122	125	127	130	134	138	143	148
<b>Taux d'occupation 98% (S2)</b>	109	112	111	113	115	118	121	124	127	131	135	140	145
<b>Total lits nécessaires (S1)</b>	<b>5577</b>	<b>5749</b>	<b>5787</b>	<b>5926</b>	<b>6081</b>	<b>6216</b>	<b>6351</b>	<b>6462</b>	<b>6652</b>	<b>6837</b>	<b>7054</b>	<b>7268</b>	<b>7499</b>
<b>Total lits nécessaires (S2)</b>	<b>5577</b>	<b>5696</b>	<b>5679</b>	<b>5760</b>	<b>5862</b>	<b>6018</b>	<b>6174</b>	<b>6308</b>	<b>6486</b>	<b>6682</b>	<b>6909</b>	<b>7133</b>	<b>7377</b>
Besoins par rapport aux lits installés (S1)	1372	1544	1582	1721	1876	2011	2146	2257	2447	2632	2849	3063	3294
Besoins par rapport aux lits autorisés (S1)	316	488	526	665	820	955	1090	1201	1391	1576	1796	2007	2238
Besoins par rapport aux lits installés (S2)	1372	1491	1474	1555	1657	1813	1969	2103	2281	2477	2704	2928	3172
Besoins par rapport aux lits autorisés (S2)	316	435	418	499	601	757	913	1047	1225	1421	1648	1872	2116

Ces résultats agrègent différents paramètres :

✓ Le nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à GIR 4) originaires du département a été obtenu par l'exploitation du modèle *Destinie* développé par l'INSEE et la DREES.

✓ Le nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à GIR 4) originaires d'autres départements résulte des proportions observées en 2008 dans les EHPAD du département. Cette proportion, égale à 12 %, a été augmentée progressivement année après année afin de prendre en compte l'attractivité du département pour les personnes âgées.

✓ Le nombre de personnes non dépendantes (GIR 5 et GIR 6) accueillie dans les EHPAD reprend également les proportions observées en 2008, soit 10 % des résidents. Selon les préconisations du Centre d'Analyse stratégique, la part des résidents en GIR 5-6 devrait diminuer dans les prochaines années.

Deux scénarii sont proposés :

- Une diminution régulière d'un point par an.
- Une réduction plus importante en raison d'une politique volontariste et incitative.

✓ Le taux d'occupation retenu est celui observé en 2008, soit 98 %.

Ainsi, au vu de l'exploitation du modèle statistique, sur la période du schéma 2008 – 2012, le département devra autoriser la création de 600 lits supplémentaires ou 820 selon le scénario retenu.

## Déclinaisons territoriales des besoins en lits

### ① Le territoire du Genevois

En apparence peu de besoins immédiats jusqu'à 2012-2013.

Toutefois, un suivi particulier devra être effectué en ce qui concerne le nombre de personnes dépendantes originaires d'autres départements.

	2007	Taux d'équipement
Nombre de lits installés	810	99,98
Nombre de lits autorisés non installés	186	
Nombre total de lits autorisés	996	122,93

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires de la Haute-Savoie	818	840	839	859	884	904	928	948	970	998	1 035	1 074	1 118
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires d'autres départements	74	84	92	103	115	127	139	142	146	150	155	161	168
<b>Sous-total</b>	<b>891</b>	<b>924</b>	<b>932</b>	<b>962</b>	<b>998</b>	<b>1 031</b>	<b>1 067</b>	<b>1 090</b>	<b>1 116</b>	<b>1 147</b>	<b>1 190</b>	<b>1 235</b>	<b>1 285</b>
Gir 5 et 6 (scénario 1)	71	65	56	48	40	31	21	11	11	11	12	12	13
Gir 5 et 6 (scénario 2)	71	55	37	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sous-total (S1)</b>	<b>963</b>	<b>988</b>	<b>988</b>	<b>1 011</b>	<b>1 038</b>	<b>1 062</b>	<b>1 088</b>	<b>1 101</b>	<b>1 127</b>	<b>1 159</b>	<b>1 202</b>	<b>1 235</b>	<b>1 298</b>
<b>Sous-total (S2)</b>	<b>963</b>	<b>979</b>	<b>969</b>	<b>982</b>	<b>998</b>	<b>1 031</b>	<b>1 067</b>	<b>1 090</b>	<b>1 116</b>	<b>1 147</b>	<b>1 190</b>	<b>1 235</b>	<b>1 285</b>
<b>Taux d'occupation 98% (S1)</b>	19	20	20	20	20	21	21	22	23	23	24	25	26
<b>Taux d'occupation 98% (S2)</b>	19	20	19	20	20	20	21	22	22	23	24	25	26
<b>Total lits nécessaires (S1)</b>	<b>982</b>	<b>1 008</b>	<b>1 007</b>	<b>1 031</b>	<b>1 059</b>	<b>1 083</b>	<b>1 110</b>	<b>1 123</b>	<b>1 150</b>	<b>1 182</b>	<b>1 226</b>	<b>1 273</b>	<b>1 324</b>
<b>Total lits nécessaires (S2)</b>	<b>982</b>	<b>999</b>	<b>988</b>	<b>1 001</b>	<b>1 018</b>	<b>1 052</b>	<b>1 088</b>	<b>1 111</b>	<b>1 138</b>	<b>1 170</b>	<b>1 214</b>	<b>1 260</b>	<b>1 311</b>
Besoins par rapport aux lits installés (S1)	172	198	197	221	249	273	300	313	340	372	416	463	514
Besoins par rapport aux lits autorisés (S1)	-14	12	11	35	63	87	114	127	154	186	230	277	328
Besoins par rapport aux lits installés (S2)	172	189	178	191	208	242	278	301	328	360	404	450	501
Besoins par rapport aux lits autorisés (S2)	-14	3	-8	5	22	56	92	115	142	174	218	264	315

## ② Le territoire du Chablais

Ce territoire présente des besoins en lits déjà existants et qui devront faire l'objet de nouvelles autorisations à court terme.

	2007	Taux d'équipement
Nombre de lits installés	797	89,90
Nombre de lits autorisés non installés	204	
Nombre total de lits autorisés	1 001	112,92

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires de la Haute-Savoie	897	921	927	949	973	995	1011	1035	1059	1085	1 123	1 156	1 198
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires d'autres départements	54	64	74	85	97	109	121	135	148	163	168	173	180
<b>Sous-total</b>	<b>951</b>	<b>986</b>	<b>1002</b>	<b>1035</b>	<b>1070</b>	<b>1 105</b>	<b>1133</b>	<b>1169</b>	<b>1 208</b>	<b>1 248</b>	<b>1 291</b>	<b>1 329</b>	<b>1 377</b>
Gir 5 et 6 (scénario 1)	76	69	60	52	43	33	23	12	12	12	13	13	14
Gir 5 et 6 (scénario 2)	76	59	40	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sous-total (S1)</b>	<b>1027</b>	<b>1055</b>	<b>1062</b>	<b>1 086</b>	<b>1 113</b>	<b>1 138</b>	<b>1 155</b>	<b>1 181</b>	<b>1 120</b>	<b>1 260</b>	<b>1 304</b>	<b>1 343</b>	<b>1 391</b>
<b>Sous-total (S2)</b>	<b>1027</b>	<b>1045</b>	<b>1042</b>	<b>1055</b>	<b>1070</b>	<b>1105</b>	<b>1133</b>	<b>1169</b>	<b>1208</b>	<b>1248</b>	<b>1291</b>	<b>1329</b>	<b>1377</b>
<b>Taux d'occupation 98% (S1)</b>	21	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	27	28
<b>Taux d'occupation 98% (S2)</b>	21	21	21	21	21	22	23	23	24	25	26	27	28
<b>Total lits nécessaires (S1)</b>	<b>1047</b>	<b>1076</b>	<b>1084</b>	<b>1108</b>	<b>1135</b>	<b>1160</b>	<b>1179</b>	<b>1205</b>	<b>1244</b>	<b>1286</b>	<b>1330</b>	<b>1369</b>	<b>1419</b>
<b>Total lits nécessaires (S2)</b>	<b>1047</b>	<b>1066</b>	<b>1063</b>	<b>1077</b>	<b>1092</b>	<b>1127</b>	<b>1155</b>	<b>1193</b>	<b>1232</b>	<b>1273</b>	<b>1317</b>	<b>1356</b>	<b>1405</b>
Besoins par rapport aux lits installés (S1)	250	279	287	311	338	363	382	408	447	489	533	572	622
Besoins par rapport aux lits autorisés (S1)	46	75	83	107	134	159	178	204	243	285	329	368	418
Besoins par rapport aux lits installés (S2)	250	269	266	280	295	330	358	396	435	476	520	559	608
Besoins par rapport aux lits autorisés (S2)	46	65	62	76	91	126	154	192	231	272	316	355	404

### ③ Le territoire de la Vallée de l'Arve

Avec le second plus faible taux d'équipement en lits autorisés, ce territoire concentre les besoins immédiats les plus importants du département en termes de créations.

2007		Taux d'équipement
Nombre de lits installés	905	90
Nombre de lits autorisés non installés	127	
Nombre total de lits autorisés	1032	102,64

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires de la Haute-Savoie	1024	1059	1069	1095	1128	1154	1177	1204	1236	1266	1 296	1 336	1 380
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires d'autres départements	51	64	75	88	101	115	129	144	161	177	194	200	207
<b>Sous-total</b>	<b>1075</b>	<b>1123</b>	<b>1144</b>	<b>1182</b>	<b>1229</b>	<b>1 270</b>	<b>1306</b>	<b>1348</b>	<b>1 396</b>	<b>1 443</b>	<b>1 491</b>	<b>1 536</b>	<b>1 587</b>
Gir 5 et 6 (scénario 1)	86	79	69	59	49	38	26	13	14	14	15	15	16
Gir 5 et 6 (scénario 2)	86	67	46	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sous-total (S1)</b>	<b>1161</b>	<b>1201</b>	<b>1212</b>	<b>1 241</b>	<b>1 278</b>	<b>1 308</b>	<b>1 332</b>	<b>1 362</b>	<b>1 410</b>	<b>1 457</b>	<b>1 506</b>	<b>1 551</b>	<b>1 603</b>
<b>Sous-total (S2)</b>	<b>1161</b>	<b>1190</b>	<b>1189</b>	<b>1206</b>	<b>1229</b>	<b>1270</b>	<b>1306</b>	<b>1348</b>	<b>1396</b>	<b>1443</b>	<b>1491</b>	<b>1536</b>	<b>1587</b>
<b>Taux d'occupation 98% (S1)</b>	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29	30	31	32
<b>Taux d'occupation 98% (S2)</b>	23	24	24	24	25	25	26	27	28	29	30	31	32
<b>Total lits nécessaires (S1)</b>	<b>1184</b>	<b>1225</b>	<b>1236</b>	<b>1266</b>	<b>1304</b>	<b>1334</b>	<b>1359</b>	<b>1389</b>	<b>1439</b>	<b>1486</b>	<b>1536</b>	<b>1582</b>	<b>1635</b>
<b>Total lits nécessaires (S2)</b>	<b>1184</b>	<b>1214</b>	<b>1214</b>	<b>1230</b>	<b>1254</b>	<b>1295</b>	<b>1332</b>	<b>1375</b>	<b>1424</b>	<b>1472</b>	<b>1521</b>	<b>1567</b>	<b>1619</b>
Besoins par rapport aux lits installés (S1)	279	320	331	361	399	429	454	484	534	581	631	677	730
Besoins par rapport aux lits autorisés (S1)	152	193	204	234	272	302	327	357	407	454	504	550	603
Besoins par rapport aux lits installés (S2)	279	309	308	325	349	390	427	470	519	567	616	662	714
Besoins par rapport aux lits autorisés (S2)	152	182	181	198	222	163	300	343	392	440	489	535	587

#### ④ Le territoire d'Annecy Est

Il s'agit du territoire disposant du plus faible taux d'équipement du département en termes de lits autorisés, et qui devra, comme la Vallée de l'Arve, concentrer les priorités en termes de création de lits.

2007		Taux d'équipement
Nombre de lits installés	407	102,06
Nombre de lits autorisés non installés	0	
Nombre total de lits autorisés	407	102,6

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires de la Haute-Savoie	412	427	431	440	454	469	481	493	508	521	540	558	579
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires d'autres départements	49	56	60	66	68	70	72	74	76	78	81	84	87
<b>Sous-total</b>	<b>461</b>	<b>483</b>	<b>491</b>	<b>506</b>	<b>522</b>	<b>539</b>	<b>553</b>	<b>567</b>	<b>584</b>	<b>599</b>	<b>621</b>	<b>642</b>	<b>655</b>
Gir 5 et 6 (scénario 1)	41	39	34	30	26	22	17	11	6	6	6	6	7
Gir 5 et 6 (scénario 2)	41	34	25	15	5	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sous-total (S1)</b>	<b>502</b>	<b>521</b>	<b>526</b>	<b>536</b>	<b>548</b>	<b>560</b>	<b>570</b>	<b>579</b>	<b>590</b>	<b>605</b>	<b>628/</b>	<b>648</b>	<b>673</b>
<b>Sous-total (S2)</b>	<b>502</b>	<b>516</b>	<b>516</b>	<b>521</b>	<b>527</b>	<b>539</b>	<b>553</b>	<b>567</b>	<b>584</b>	<b>599</b>	<b>621</b>	<b>642</b>	<b>666</b>
<b>Taux d'occupation 98% (S1)</b>	10	10	11	11	11	11	11	12	12	12	13	13	13
<b>Taux d'occupation 98% (S2)</b>	10	10	10	10	11	11	11	11	12	12	12	13	13
<b>Total lits nécessaires (S1)</b>	<b>512</b>	<b>532</b>	<b>536</b>	<b>547</b>	<b>559</b>	<b>572</b>	<b>581</b>	<b>590</b>	<b>602</b>	<b>617</b>	<b>640</b>	<b>661</b>	<b>686</b>
<b>Total lits nécessaires (S2)</b>	<b>512</b>	<b>527</b>	<b>526</b>	<b>531</b>	<b>538</b>	<b>550</b>	<b>564</b>	<b>579</b>	<b>596</b>	<b>611</b>	<b>634</b>	<b>655</b>	<b>680</b>
Besoins par rapport aux lits installés (S1)	105	125	129	140	152	165	174	183	195	210	233	254	279
Besoins par rapport aux lits autorisés (S1)	105	125	129	140	152	165	174	183	195	210	233	254	279
Besoins par rapport aux lits installés (S2)	105	120	119	124	131	143	157	172	189	204	227	248	273
Besoins par rapport aux lits autorisés (S2)	105	120	119	124	131	143	157	172	189	204	227	248	273

## ⑤ Le territoire d'Annecy Ouest

Le territoire d'Annecy Ouest présente des besoins immédiats qui ne seront pas comblés aux vues des autorisations de lits déjà actés.

2007		Taux d'équipement
Nombre de lits installés	402	90,83
Nombre de lits autorisés non installés	66	
Nombre total de lits autorisés	468	105,74

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires de la Haute-Savoie	451	471	473	49	500	514	526	526	555	572	589	609	633
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires d'autres départements	27	33	38	44	50	57	63	68	78	86	88	91	95
<b>Sous-total</b>	<b>478</b>	<b>504</b>	<b>510</b>	<b>534</b>	<b>550</b>	<b>570</b>	<b>589</b>	<b>595</b>	<b>633</b>	<b>657</b>	<b>678</b>	<b>700</b>	<b>728</b>
Gir 5 et 6 (scénario 1)	29	25	20	16	11	6	6	6	6	7	7	7	7
Gir 5 et 6 (scénario 2)	29	20	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sous-total (S1)</b>	<b>506</b>	<b>529</b>	<b>531</b>	<b>550</b>	<b>561</b>	<b>576</b>	<b>595</b>	<b>601</b>	<b>639</b>	<b>664</b>	<b>685</b>	<b>707</b>	<b>735</b>
<b>Sous-total (S2)</b>	<b>506</b>	<b>524</b>	<b>521</b>	<b>534</b>	<b>550</b>	<b>570</b>	<b>589</b>	<b>595</b>	<b>633</b>	<b>657</b>	<b>678</b>	<b>700</b>	<b>728</b>
<b>Taux d'occupation 98% (S1)</b>	10	11	11	11	11	12	12	12	13	13	14	14	15
<b>Taux d'occupation 98% (S2)</b>	10	10	10	11	11	11	12	12	13	13	14	14	15
<b>Total lits nécessaires (S1)</b>	<b>517</b>	<b>539</b>	<b>542</b>	<b>561</b>	<b>572</b>	<b>587</b>	<b>607</b>	<b>613</b>	<b>652</b>	<b>677</b>	<b>698</b>	<b>721</b>	<b>750</b>
<b>Total lits nécessaires (S2)</b>	<b>517</b>	<b>534</b>	<b>531</b>	<b>544</b>	<b>561</b>	<b>582</b>	<b>601</b>	<b>606</b>	<b>645</b>	<b>671</b>	<b>691</b>	<b>714</b>	<b>742</b>
Besoins par rapport aux lits installés (S1)	115	137	140	159	170	185	205	211	250	275	296	319	348
Besoins par rapport aux lits autorisés (S1)	49	71	74	93	104	119	139	145	184	209	230	253	282
Besoins par rapport aux lits installés (S2)	115	132	129	142	159	180	199	204	243	269	289	312	340
Besoins par rapport aux lits autorisés (S2)	49	66	63	6=76	93	114	133	138	177	203	223	246	274

## ⑥ Le territoire de l'agglomération d'Annecy

L'agglomération d'Annecy présente des besoins immédiats comblés aujourd'hui grâce aux autorisations de lits déjà actés, mais qui se révéleront insuffisantes à terme.

2007		Taux d'équipement
Nombre de lits installés	884	81,58
Nombre de lits autorisés non installés	473	
Nombre total de lits autorisés	1357	125,23

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires de la Haute-Savoie	1084	1111	1121	1146	1176	1199	1228	1250	1269	1289	1318	1349	1381
Gir 1 à 4 en EHPAD originaires d'autres départements	43	56	67	80	94	108	123	138	152	168	184	202	207
<b>Sous-total</b>	<b>1128</b>	<b>1167</b>	<b>1188</b>	<b>1227</b>	<b>1270</b>	<b>1307</b>	<b>1351</b>	<b>1388</b>	<b>1422</b>	<b>1456</b>	<b>1502</b>	<b>1551</b>	<b>1588</b>
Gir 5 et 6 (scénario 1)	180	175	166	159	152	144	135	125	114	102	90	78	64
Gir 5 et 6 (scénario 2)	180	163	143	123	102	78	54	28	0	0	0	0	0
<b>Sous-total (S1)</b>	<b>1308</b>	<b>1342</b>	<b>1355</b>	<b>1386</b>	<b>1423</b>	<b>1451</b>	<b>1486</b>	<b>1512</b>	<b>1535</b>	<b>1558</b>	<b>1592</b>	<b>1628</b>	<b>1652</b>
<b>Sous-total (S2)</b>	<b>1308</b>	<b>1330</b>	<b>1331</b>	<b>1349</b>	<b>1372</b>	<b>1385</b>	<b>1405</b>	<b>1415</b>	<b>1422</b>	<b>1456</b>	<b>1502</b>	<b>1551</b>	<b>1588</b>
<b>Taux d'occupation 98% (S1)</b>	26	27	27	28	28	29	30	30	31	31	32	33	33
<b>Taux d'occupation 98% (S2)</b>	26	27	27	27	27	28	28	28	28	29	30	31	32
<b>Total lits nécessaires (S1)</b>	<b>1334</b>	<b>1369</b>	<b>1382</b>	<b>1414</b>	<b>1451</b>	<b>1480</b>	<b>1516</b>	<b>1543</b>	<b>1566</b>	<b>1589</b>	<b>1624</b>	<b>2661</b>	<b>1685</b>
<b>Total lits nécessaires (S2)</b>	<b>1334</b>	<b>1357</b>	<b>1358</b>	<b>1376</b>	<b>1399</b>	<b>1413</b>	<b>1433</b>	<b>1444</b>	<b>1450</b>	<b>1485</b>	<b>1532</b>	<b>1582</b>	<b>1620</b>
Besoins par rapport aux lits installés (S1)	450	485	498	530	567	496	632	659	682	705	740	777	801
49	-23	12	25	57	94	123	159	186	209	232	267	304	328
Besoins par rapport aux lits installés (S2)	450	473	474	492	515	529	549	560	566	601	648	698	736
Besoins par rapport aux lits autorisés (S2)	-23	0	1	19	42	56	76	87	93	128	175	225	253

## Programmation souhaitée par l'Assemblée Départementale

L'analyse de la conjoncture départementale en matière d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et des projections établies pour la Haute-Savoie et par territoire amènent l'Assemblée Départementale à se prononcer favorablement quant à :

- **Une programmation départementale 2008-2012 basée sur une estimation de besoins de 820 places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (à faire valoir dans le cadre du PRIAC).**
  
- **Une déclinaison locale qui permette d'équilibrer les taux d'équipement par territoire.**
  
- **Une priorité donnée aux extensions de structures dont la capacité est insuffisante.**
  
- **Des projets incluant des possibilités d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dont les prix de journée restent accessibles au plus grand nombre, avec priorité à ceux pour lesquels l'habilitation à l'aide sociale est sollicitée pour la totalité de la capacité.**