

Schéma Gérontologique
Départemental
2008-2012

LIVRET 1

Evaluation du dispositif en
faveur des personnes âgées



SOMMAIRE DU LIVRET 1

Evaluation du dispositif en faveur des personnes âgées

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

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 gériatrique 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.

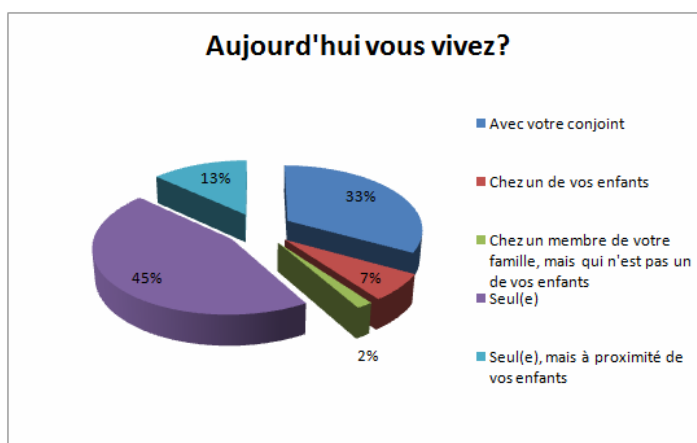
L'enquête à l'attention des personnes âgées à domicile

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.

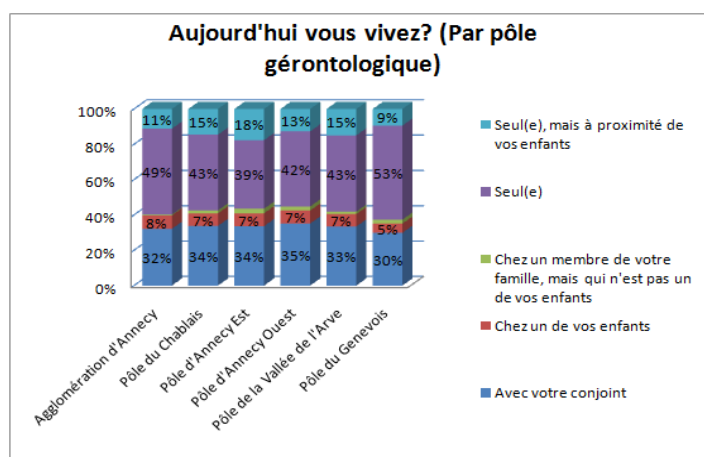
① Mode de vie des personnes âgées



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.

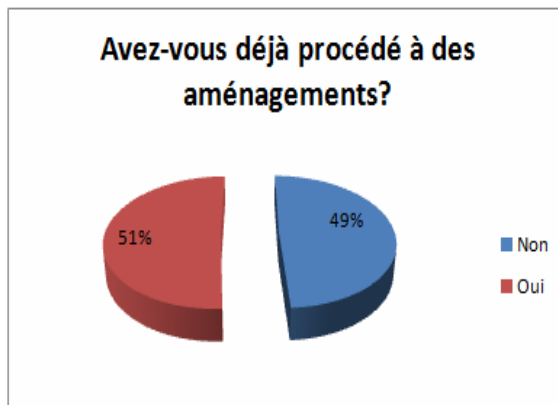


Approche territoriale : Peu de différences sont notables quant aux modes de vie. La part de personnes vivant seules est plus élevée dans le Genevois que dans le reste du département.

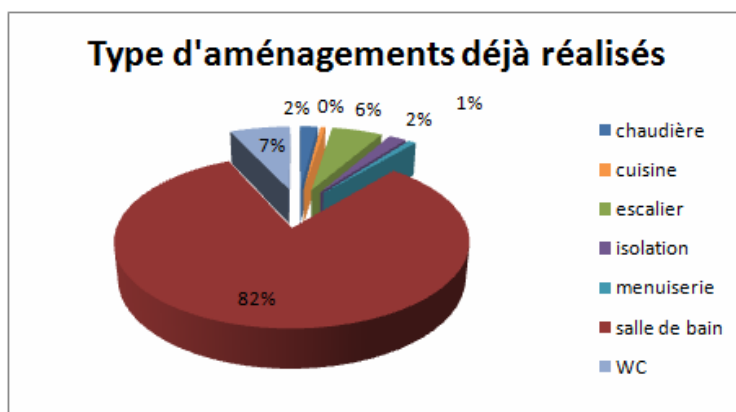
Celle des personnes qui sont seules à leur domicile mais à proximité des enfants est la plus faible du département dans ce même territoire.

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.

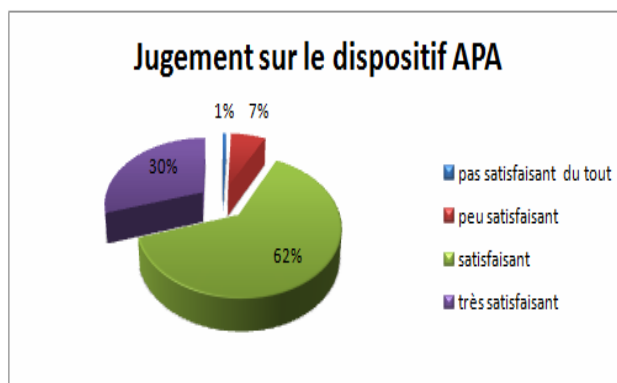
C'est principalement sur l'agglomération annécienne, donc en zone urbaine, que des aménagements ont été effectués.



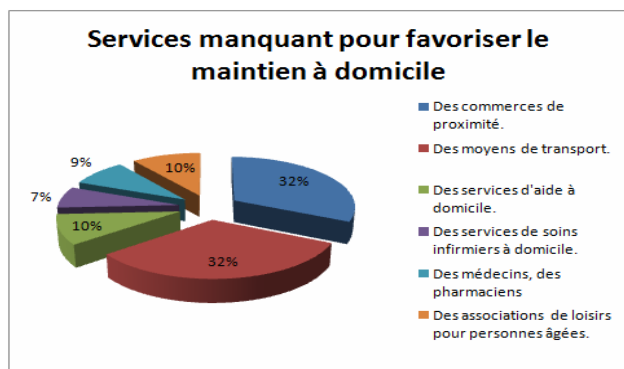
Les sanitaires constituent très majoritairement l'aménagement le plus souvent réalisé. Par ailleurs, des travaux sur les chaudières sont parfois menés, mais de manière plus marginale.



② [Le dispositif de l'APA](#)



③ La prise en charge à domicile

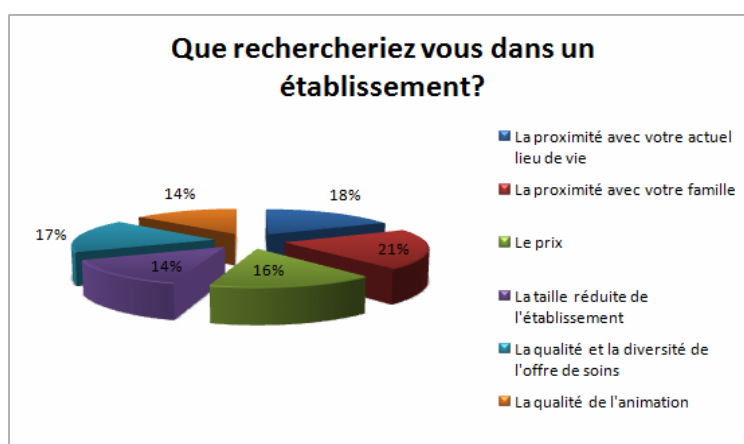


Un certain nombre de services spécifiques semblent émerger comme une demande encore non satisfaite pour demeurer à domicile.

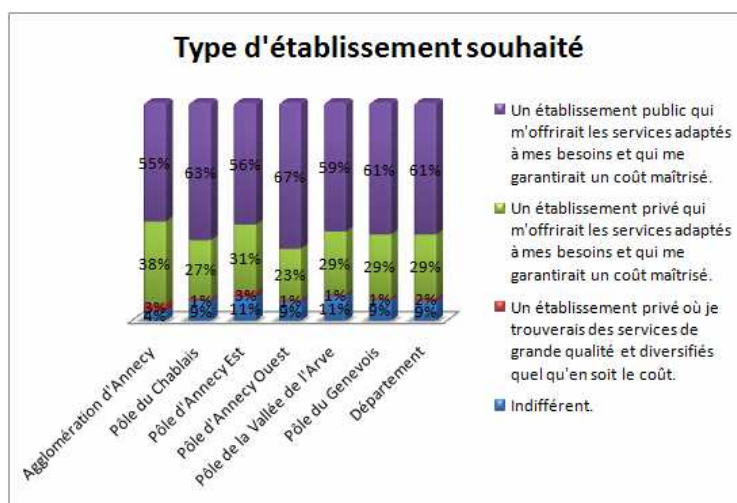
- Il s'agit principalement :
- ✓ des commerces de proximité
 - ✓ des services de transport...

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-gammes mais à un prix élevé.

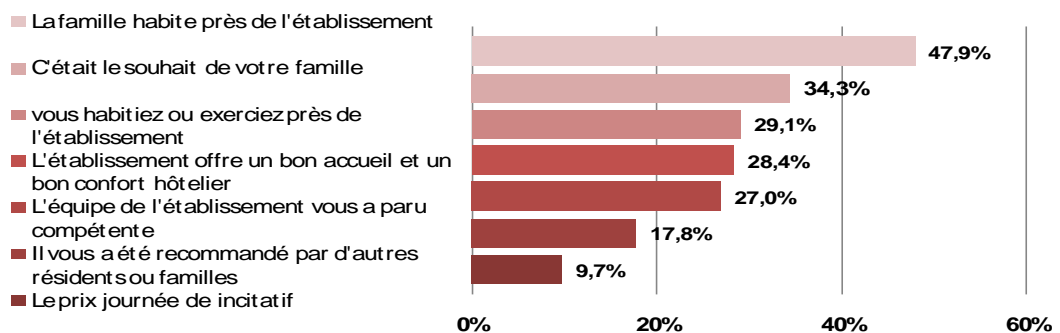


L'enquête auprès des résidents en établissements

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

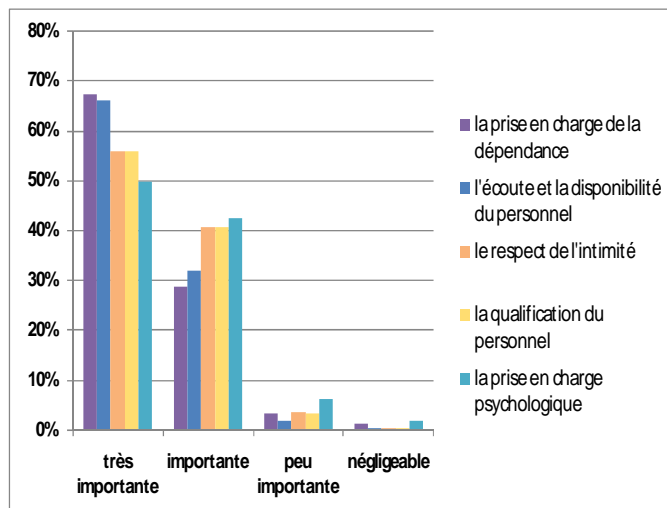
- ✓ Les principaux motifs d'entrée en établissement sont le besoin d'aide et de sécurité, ainsi que le besoin de soins.
- ✓ En pratique, la décision d'entrer en établissement, ainsi que le choix de l'établissement apparaissent comme fortement liés à la famille. L'établissement est très souvent choisi 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

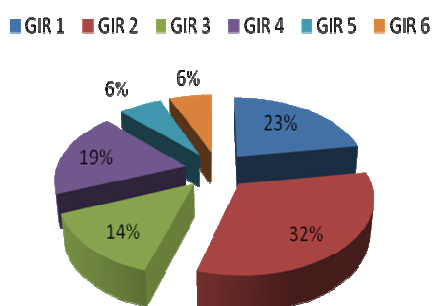
42 établissements ont répondu à cette enquête soit :

- ✓ 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).

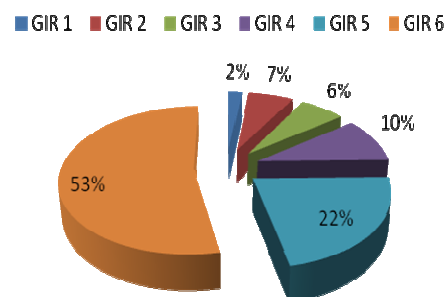
Répartition par GIR des résidents en EHPAD



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



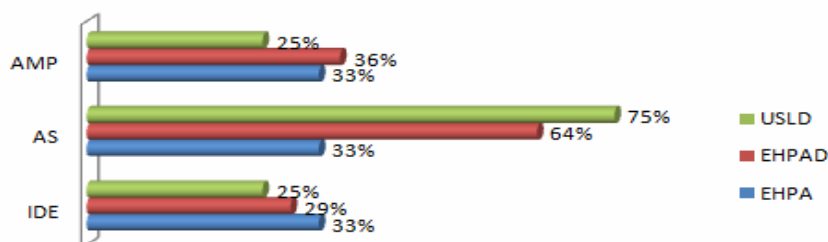
② Les établissements

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.

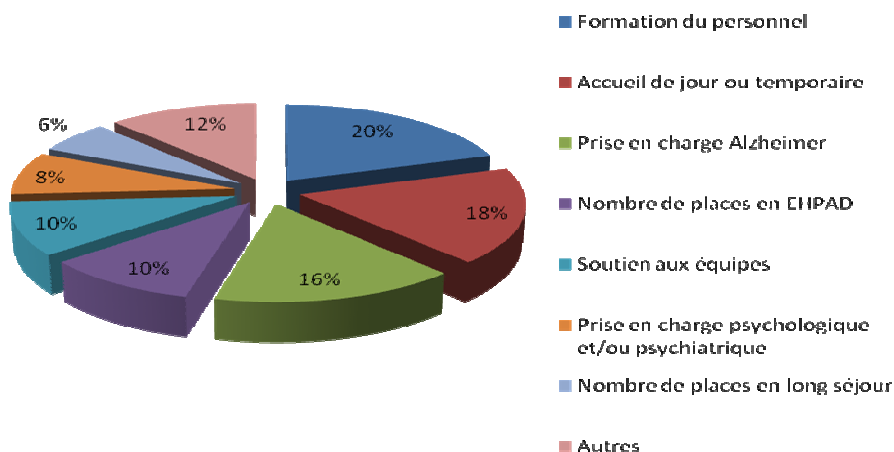
Part des établissements connaissant des difficultés de recrutement



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

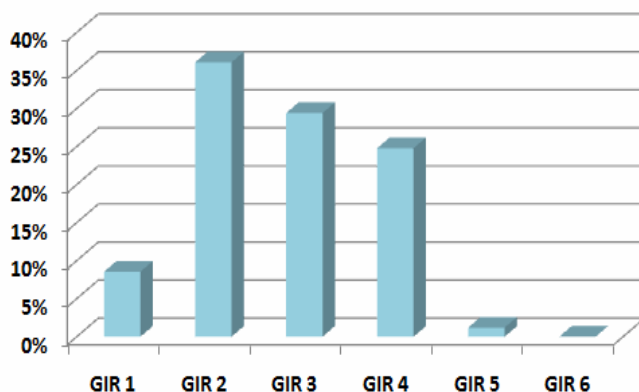


L'axe prioritaire du nouveau schéma, selon les directeurs d'EHPAD et d'EHPA réside dans la formation du personnel afin de faire face à l'augmentation des besoins et dans le développement de l'hébergement alternatif. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer arrive en troisième position devant la nécessité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

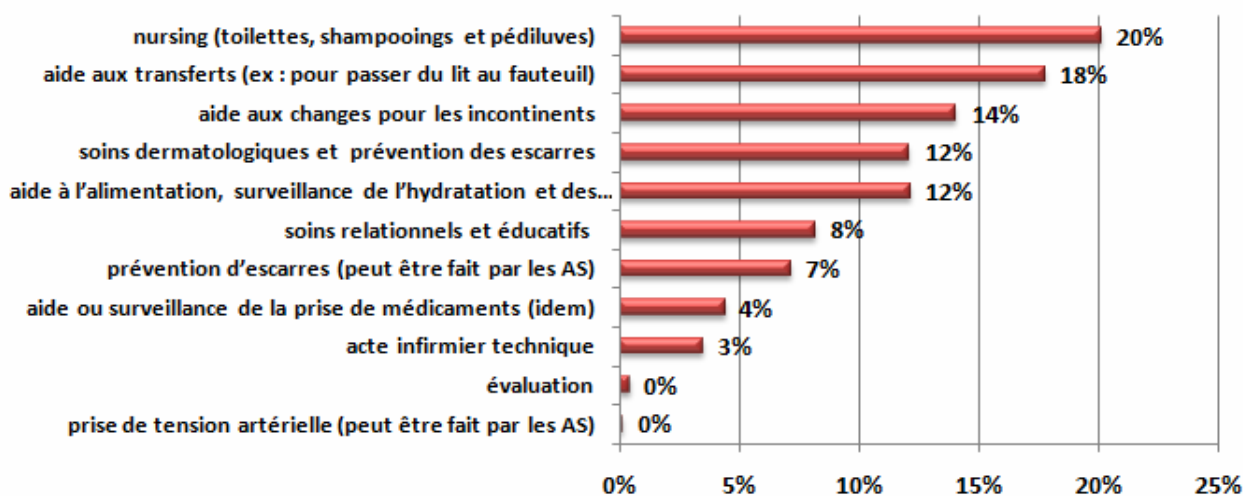


La population prise en charge par les 11 SSIAD qui ont répondu à l'enquête est très dépendante à près de 50% (ce qui souligne l'importance de ces structures dans le maintien à domicile).

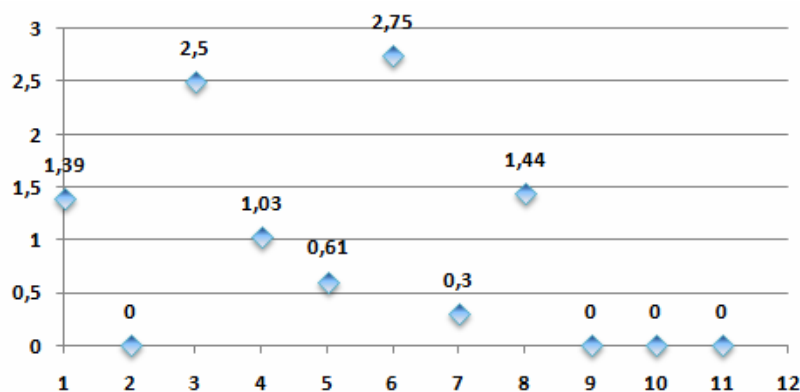
② Les interventions des SSIAD

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

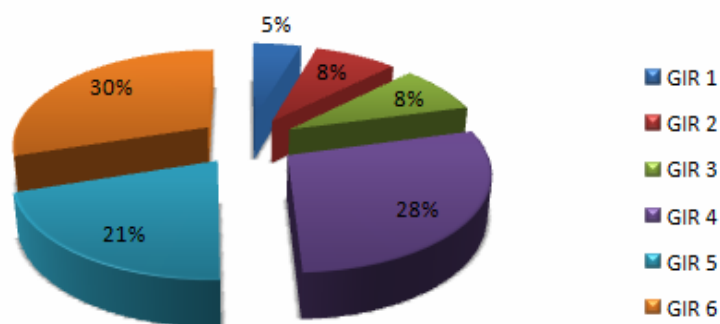
51 services ont répondu représentant un peu plus de 9 100 personnes accompagnées à domicile

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

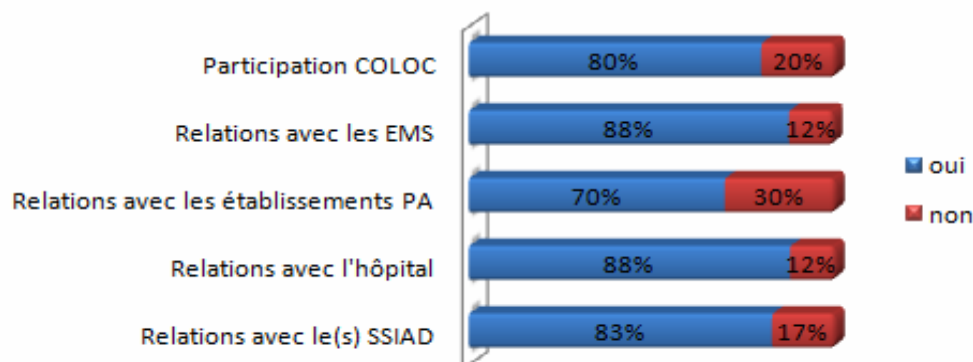


Les personnes prises en charge par les SAAD qui ont répondu à l'enquête sont peu dépendantes :

- ✓ 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.

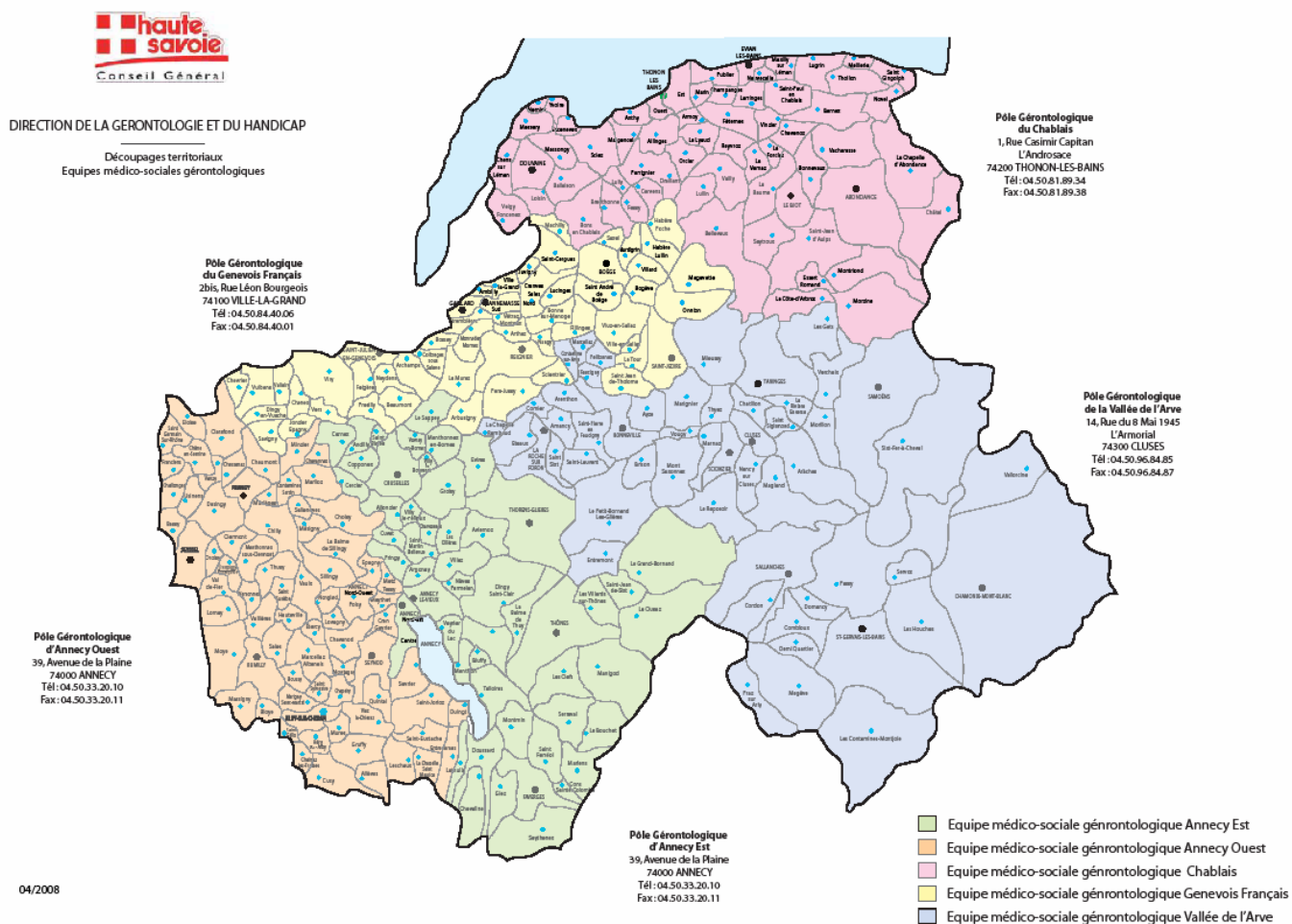
Les contacts avec les SSIAD permettent la coordination des actions des deux services. 3 services d'aides ont un projet de convention avec un SSIAD en cours.

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.

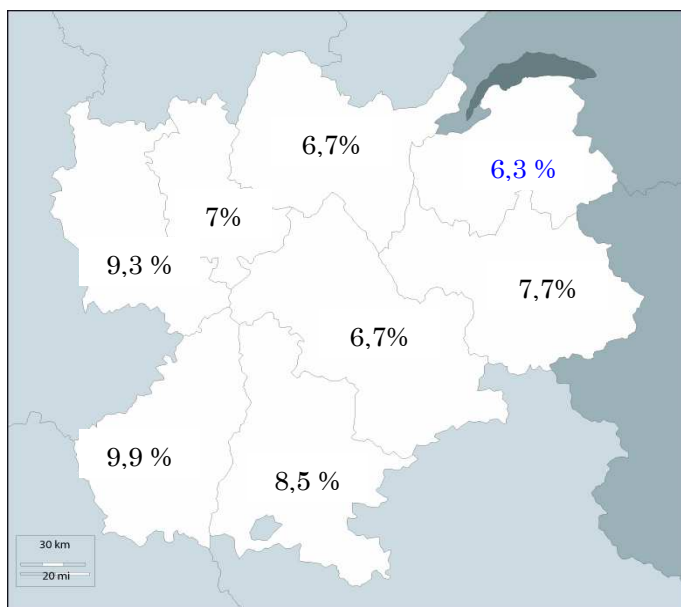
② Démographie

	Population totale		Nbre de personnes âgées			
			+ 60 ans		75 ans et +	
Haute-Savoie						
2008	708 082		138 088		47 843	
2012	739 291	+ 4,4%	159 570	+ 15,6%	53 285	+ 11,4%
Rhône-Alpes	Non disponible					
2008			960 000		490 000	
2012			1 055 000	+ 9,9%	535 000	+ 9,2%
France						
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 +	
Haute-Savoie				
2008	21 464		12 439	
2012	24 483	+ 14%	13 854	+ 11,4%
Rhône-Alpes				
2008	174 400		127 400	
2012	191 100	+ 9,6%	139 100	+ 9,2%
France				
2008	2 186 102		1 383 701	
2012	2 441 480	+ 11,7%	1 544 559	+ 11,6%

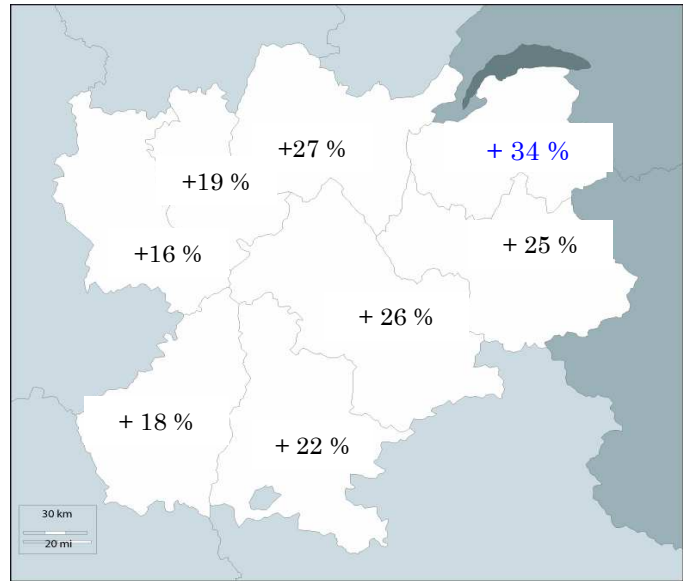
Source : Cabinet Eneis Conseil

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

2005	7 666	
2015	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
TOTAL	5 156	1 080	6 236

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
Total Rhône-Alpes	129
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)

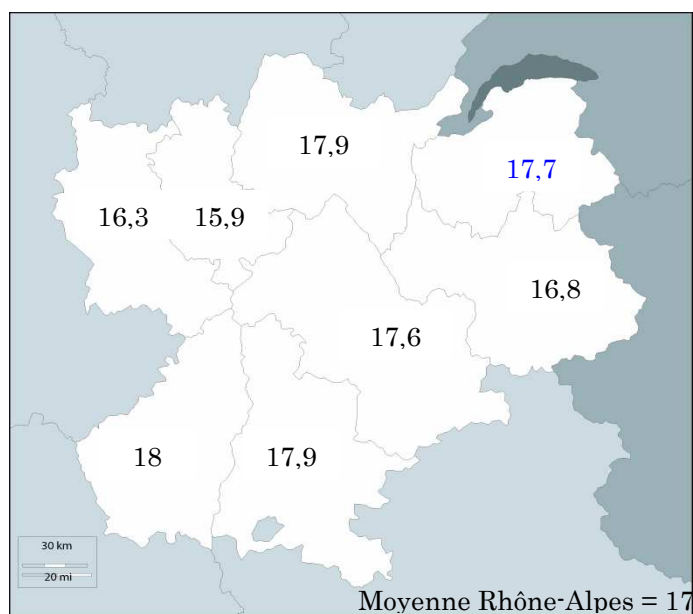
	Gestion associative	Gestion collectivités locales	Secteur commercial	TOTAL
Services agréés « Qualité » par le Préfet, et non conventionnés avec le Département	15	5	10	30
Services agréés « Qualité » par le Préfet et conventionnés avec le Département	13 ^(*)	7	-	20
TOTAL	28	12	10	50

() 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

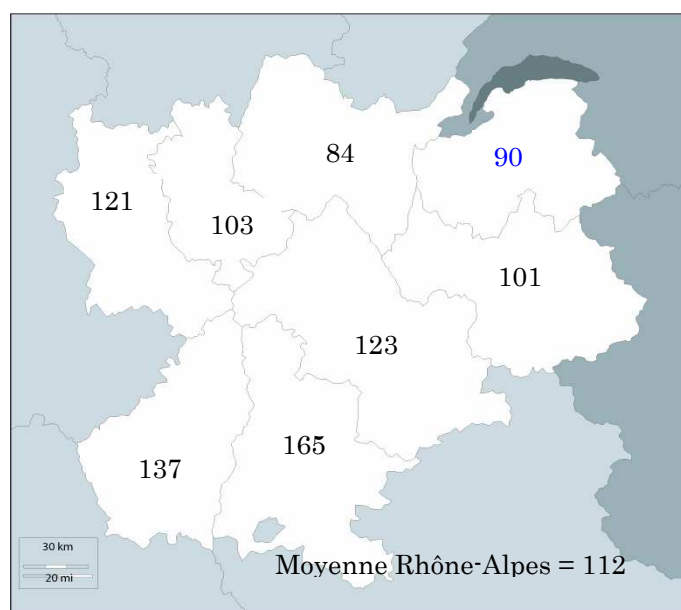
(Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, au 1^{er} janvier 2007)



Source : Statiss 2007

Infirmiers libéraux

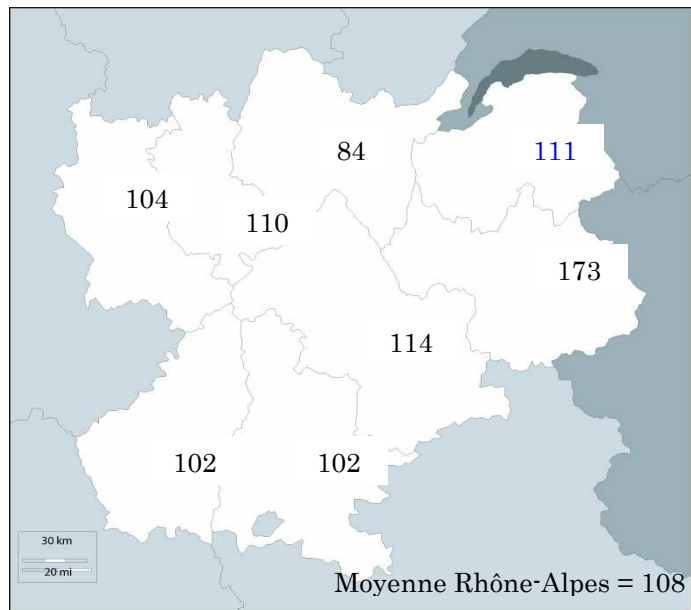
(densité pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2006)



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^{er} 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.