2019-2023

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-GARONNE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL HAUTE-GARONNE.FR

Agir pour vous !

SOMMAIRE

INTRODUCTION....3

1. Un schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées encadré par le code de l'action sociale et des familles....4

2. Un schéma élaboré dans un contexte institutionnel renouvelé avec la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)....5

3. Un schéma réalisé sur une année avec l'ensemble des acteurs à travers une mobilisation sans précédent....10

PARTIE I DIAGNOSTIC DE L'OFFRE ET DES BESOINS DES PERSONNES AGEES....12

1. Contexte démographique....13

2. Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants....15

3. Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel....19

4. Thématiques transversales....33

PARTIE II :AXES STRATEGIQUES ET ENGAGEMENTS POUR LES 5 PROCHAINES ANNEES....35

1. AXE I : Assurer l'adaptation de la société au vieillissement....37

2. AXE II : Faciliter l'accès aux droits des personnes âgées et de leurs aidants....45

3. AXE III : Accompagner les acteurs de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire pour mettre en place les transformations nécessaires....48

PARTIE III :PLAN D'ACTIONS POUR AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN HAUTE-GARONNE....53

AXE I : Assurer l'adaptation de la société au vieillissement....56

ENJEU : PREVENIR LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT EN PARTICULIER AUPRES DES SENIORS FRAGILES....58

ENJEU : LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DES PERSONNES AGEES....58

ENJEU : CONTRIBUER A ASSURER UNE OFFRE DE SOIN SUR LES TERRITOIRES POUR REPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION ET A SON VIEILLISSEMENT....60

ENJEU : PERMETTRE AUX PERSONNES AGEES DE VIVRE DANS DES LOGEMENTS ADAPTES....61

ENJEU : ACCOMPAGNER LA MOBILITE DES PERSONNES AGEES....65

ENJEU : FAVORISER L'ACCES A LA CULTURE POUR LES PERSONNES AGEES....66

ENJEU : ORGANISER LA MISE EN RELATION DES PERSONNES AGEES ET FAVORISER LES ECHANGES INTERGENERATIONNELS....68

ENJEU : FAVORISER L'INNOVATION ET LA SENSIBILISATION DANS LE DOMAINE DU VIEILLISSEMENT....69

AXE II : Faciliter l'accès aux droits des personnes âgées et de leurs aidants....71

ENJEU : ASSURER UNE PLUS GRANDE PROXIMITE ET UNE FACILITATION DANS L'ACCES AUX DROITS DES PERSONNES AGEES....71

ENJEU : MIEUX COORDONNER LES ACTEURS AUTOUR DE LA PERSONNE AGEE....74

ENJEU : DEVELOPPER ET STRUCTURER L'OFFRE D'AIDE AUX AIDANTS.....75

AXE III : Accompagner les acteurs de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire pour mettre en place les transformations nécessaires 78

ENJEU : ELABORER UNE STRATEGIE COHERENTE ET PARTAGEE EN FAVEUR DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE 78

ENJEU : PROPOSER UNE OFFRE A DOMICILE PLUS INCLUSIVE ENTRE LES SECTEURS SOCIAUX, MEDICO-SOCIAUX ET SANITAIRES 79

ENJEU : VALORISER LES METIERS DE L'AIDE A LA PERSONNE PAR LE BIAIS DE LA FORMATION ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES EMPLOYEURS.....80

ENJEU : DIVERSIFIER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PERSONNES AGEES 82

ENJEU : PROPOSER AUX PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DES REPONSES S'INSCRIVANT DANS LE DROIT COMMUN 84

GLOSSAIRE 86

ANNEXE 89

Etat des lieux de l'offre et des besoins

INTRODUCTION

1. Un schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées encadré par le code de l'action sociale et des familles

Le code de l'action sociale et des familles définit, dans son article L 116-1, l'action sociale et médico-sociale comme suit :

> *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales.*

Cette nouvelle dynamique attentive au bien-être et à l'épanouissement des personnes a été initiée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui positionne le Conseil départemental comme **chef de file de l'action sociale et médico-sociale**. A ce titre, il a en charge l'élaboration et la mise en œuvre du schéma d'organisation sociale et médico-sociale, véritable outil de référence et de pilotage des politiques publiques concernées.

Le contenu, le périmètre et les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale sont encadrés par deux articles du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le cadre d'élaboration du schéma départemental repose sur les dispositions de l'article L312-4 du code de l'action sociale et des familles :

- Il s'agit d'un document directeur de politique publique adopté par le Président du Conseil départemental, avec l'avis de l'Agence Régionale de Santé et les services de l'Etat.
- D'une **durée de 5 ans maximum**, le schéma départemental est toutefois **révisable** à tout moment pour tenir compte des évolutions (besoins, démographie, réglementation…).
- Le schéma doit apprécier la nature, le niveau et **l'évolution des besoins** sociaux et médico-sociaux de la population âgée.
- Il comprend également un bilan, des perspectives et des objectifs sur l'adaptation de l'offre de services et d'établissements.
- Enfin, il précise le **cadre de la coopération et de la coordination** entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Les récentes lois relatives à l'adaptation de la société au vieillissement et à la modernisation de notre système de santé sont venues préciser le cadre des schémas et fixer deux nouveaux objectifs à travers l'article L312-5 du code de l'action sociale et des familles :

- **Assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre.**
- **Intégrer la question de l'adaptation des logements.**

2. Un schéma élaboré dans un contexte institutionnel renouvelé avec la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

Les dispositifs en faveur de l'accompagnement des personnes âgées ont connu de profonds bouleversements ces dernières années. Les lois et les réglementations ont évolué dans le sens d'un accompagnement global et individualisé de la personne, faisant écho à un respect de son projet de vie, à une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires, au développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile.

La loi du 20 juillet 2001 instaure l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie

La perte d'autonomie se substitue à la notion de dépendance avec la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par la loi du 20 juillet 2001 : « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée de ses besoins. »

Cette allocation est définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national. Elle est destinée aux personnes ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

L'APA finance en tout ou partie les dépenses nécessaires pour rester à domicile malgré le manque d'autonomie, ou aide à payer une partie du tarif dépendance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pour être éligible à l'APA, les personnes doivent être réparties entre les quatre groupes iso ressources (GIR), en fonction du degré de perte d'autonomie, allant de 1 (moins grande autonomie) à 4 (plus grande autonomie).

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette loi modifie la perception de l'accompagnement des personnes âgées et affirme un certain nombre de principes, concourant tous à améliorer le bien-être et l'épanouissement des personnes :

- **L'évaluation continue des besoins et des attentes** de cette population confrontée à des difficultés spécifiques dans l'objectif d'aider la personne à acquérir une autonomie et à conserver la dignité malgré un état de santé fragilisé voire dégradé.
- **L'exercice des droits et des libertés** de toutes les personnes prises en charge par un établissement ou un service social et médico-social (ESSMS) ainsi que **l'information sur ses droits fondamentaux**. Cela implique la mise en place de plusieurs outils dans les ESSMS visant à garantir ces droits et à prévenir tout risque

de maltraitance : la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement de la structure, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge par exemple. L'exercice des droits implique par ailleurs la **participation directe de la personne** (ou avec l'aide du représentant légal) à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement mais également sa participation à la vie de l'établissement grâce à l'instance du Conseil de la vie sociale.

- **La qualité de l'accompagnement**, qui implique le confort matériel et la qualité des prestations, notamment concernant l'hébergement et le soin. Cette injonction se traduit également par un **bon niveau de qualification des professionnels et un taux d'encadrement suffisant** des personnels, notamment médicaux et paramédicaux. La mesure de la qualité de l'accompagnement est introduite par la loi de 2002, les ESSMS devant mettre en œuvre une **évaluation interne et externe** permettant d'apprécier leurs activités et la qualité de leurs prestations, des modes d'organisation et de fonctionnement.
- **La coordination et le partenariat comme principes d'intervention** à deux niveaux pour les établissements et services (« *le projet de service de l'établissement ou du service doit définir des objectifs en matière de coopération et de coordination* »). D'une part, la coopération doit se développer entre les établissements et services médico-sociaux. D'autre part, elle concerne le travail entre les ESSMS et les établissements de santé, affirmant l'**enjeu du décloisonnement** entre les secteurs sanitaire et médico-social, afin notamment de mieux considérer la personne dans l'ensemble de ses besoins et non selon une seule « logique d'institution ».

La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

La loi du 30 juin 2004 créée **la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)**[1]. La CNSA est un établissement public chargé de contribuer au financement d'actions favorisant notamment l'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap et joue un rôle d'expertise et d'appui technique. Dans ce cadre, elle suit notamment **les plans nationaux dédiés aux personnes âgées** : Plan Alzheimer, Plan Bien Vieillir, Plan de solidarité grand âge, etc.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

La loi du 13 août 2004 a renforcé le rôle du Conseil départemental dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale. Elle dispose que « **le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale** » en tenant compte des compétences confiées à l'État et aux autres collectivités et qu'il coordonne, en tant que chef de file, les actions menées sur son territoire.

[1] https://www.cnsa.fr/

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap rénove l'action publique en matière de handicap, la précédente loi de cette ampleur datant de 1975. Rappelons à ce titre que la loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme a inséré l'autisme dans le champ du handicap et appelé au développement des structures spécifiques.

La loi du 11 février 2005 **reconnaît** de manière claire les **troubles psychiques et cognitifs** comme pouvant relever d'une situation de handicap, et marque un certain nombre d'avancées.

Elle créée **les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)**, des groupements d'intérêt public placés sous l'autorité du Conseil départemental. Elles ont une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

D'autre part, la loi **instaure le droit à la compensation des conséquences du handicap** quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne concernée. Une nouvelle prestation est alors créée : **la prestation de compensation du handicap (PCH).** Pour les enfants porteurs de handicap, elle affirme leur **droit à suivre une scolarité dans le milieu ordinaire**, au sein de l'école de leur quartier, en fonction du projet personnalisé de scolarisation.

De plus, la loi de 2005 promeut une évaluation globale des besoins de la personne et réaffirme la nécessité pour la personne de pouvoir construire son projet de vie.

En matière d'accessibilité de l'espace public et des bâtiments, la loi met en place de nouveaux objectifs.

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009

La loi du 21 juillet 2009, dite HPST, institue un changement dans l'organisation des compétences de l'État dans les administrations déconcentrées. Les **Agences Régionales de Santé (ARS) sont créées**, remplaçant une partie des attributions des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional. Sous tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de l'Assurance maladie, elles sont de fait le **nouvel interlocuteur étatique principal du Conseil départemental depuis le 1er janvier 2010**.

Elles sont coordonnées par le Comité National de Coordination des ARS et leur relais est assuré au niveau départemental par des délégations territoriales.

La loi HPST instaure en outre **une procédure d'appel à projets**, à laquelle doivent se conformer les projets de création, transformation ou extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), notamment les projets s'inscrivant dans le cadre des orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

La loi du 26 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, dite ASV, entrée en vigueur au 1er janvier 2016, est venue réformer l'action du Conseil départemental dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées. Son ambition est de répondre aux conséquences du vieillissement de la population en :

- **Anticipant** les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie.
- **Adaptant** les politiques publiques au vieillissement.
- **Accompagnant** mieux les personnes en perte d'autonomie.

Les principales dispositions de la loi impactant l'action du Conseil départemental sont :

- **L'instauration d'une conférence des financeurs**. Cette instance de coordination institutionnelle vise à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Ses missions sont **d'établir** un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou extra-légales.
- **La création d'un Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie** (CDCA). Cette instance représentative remplace le Conseil Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH). Son objectif est d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie.
- **Le soutien aux aidants** constitue un autre des axes phares de la loi ASV. Cette dernière prévoit la reconnaissance d'un « droit au répit » pour les proches aidants et les aidants familiaux. Elle pose une définition du « proche aidant » et vise à renforcer la solvabilisation des proches aidants de bénéficiaires de l'APA en leur permettant de bénéficier de dispositifs de répit via une aide financière dédiée.
- **L'accompagnement au domicile** est également l'une des préoccupations majeures de la loi. Elle prévoit l'augmentation des plafonds de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et une diminution du reste à charge. La grille AGGIR a été complétée par une évaluation multidimensionnelle des besoins du demandeur de l'APA et de son ou ses aidants. Pour les services prestataires d'aide à domicile, un régime unique d'autorisation met fin au droit d'option entre le régime de l'agrément et celui de l'autorisation en vigueur depuis la loi Borloo de 2005, au profit de la seule autorisation par le Conseil départemental. Un nouveau cahier des charges national de l'autorisation a été publié par

décret. Par ailleurs, les accueillants familiaux devront désormais obligatoirement suivre une formation avant leur agrément et non après. La décision d'agrément fixera le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de huit en contrats d'accueil au total, sans excéder le seuil de trois contrats d'accueil permanent.

L'offre d'hébergement en faveur des personnes âgées fait également l'objet de nouvelles dispositions. La sécurisation du développement de l'offre de résidences-services passe par une volonté de mieux maîtriser et rendre plus transparentes les charges pour les résidents. Les règles relatives aux tarifs d'hébergement en EHPAD sont également clarifiées pour les établissements non habilités à l'aide sociale. Il s'agit de normaliser la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations socles couvertes par les tarifs, d'améliorer la transmission d'informations tarifaires des hébergements vers la CNSA, et de la mettre à la disposition du grand public via un portail internet.

3. Un schéma réalisé sur une année avec l'ensemble des acteurs à travers une mobilisation sans précédent

Le périmètre d'action du schéma

Ces différentes dispositions ont naturellement orienté et guidé les travaux d'élaboration du schéma départemental

Le Conseil départemental de la Haute-Garonne a souhaité inscrire les travaux d'élaboration de son nouveau schéma en faveur des personnes âgées dans le cadre d'une forte concertation avec tous les acteurs du secteur. **L'élaboration de ce schéma a ainsi mobilisé plus de 500 acteurs du territoire intervenant dans le secteur des personnes âgées, conformément à la volonté du Conseil départemental de développer le dialogue citoyen et partenarial.**

Installé officiellement le 3 juillet 2017, le **Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie** (CDCA) a aussitôt été associé aux travaux d'élaboration du schéma départemental à travers plusieurs moments-clés :

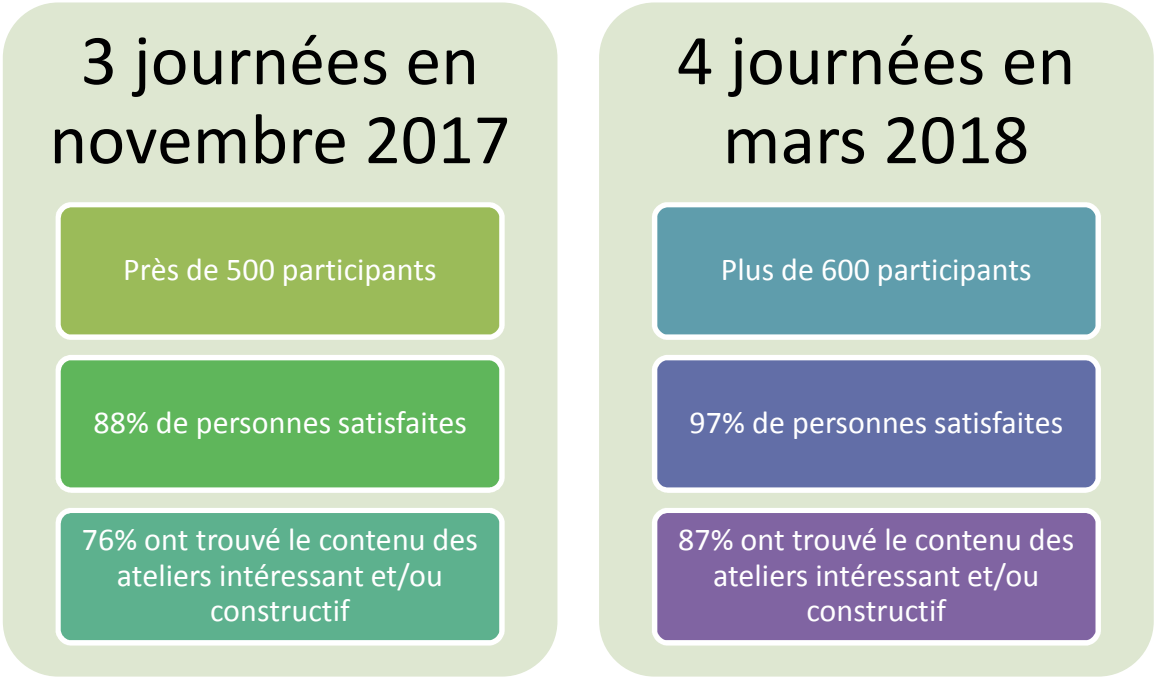
1) Au moment de l'élaboration du diagnostic :

- Avec une contribution de chaque organisation membre sur le diagnostic.
- Plusieurs présentations des éléments d'analyse afin de prendre en compte les observations des membres du CDCA.
- La participation du CDCA aux ateliers organisés lors des journées partenariales de novembre 2017.
- Une présentation du rapport de diagnostic finalisé.

2) Au moment de la définition des orientations et de la construction du projet de schéma :

- La participation du CDCA aux ateliers organisés lors des journées partenariales de mars 2018.
- Des groupes de travail portant sur les parties concernant directement les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS).
- La présentation du projet de schéma.
- Le recueil de l'avis officiel du CDCA sur le projet de schéma avant le vote par l'assemblée départementale.

Dans le cadre du **dialogue citoyen** initié par le Conseil départemental, deux sessions de journées partenariales ont été organisées en novembre 2017 puis en mars 2018 à Toulouse et à Saint-Gaudens. **Plusieurs centaines de personnes** sont venues débattre, échanger, argumenter, proposer leurs idées et faire part de leurs points de vue lors de **52 ateliers**. L'ensemble de ces contributions est venu enrichir l'état des lieux, notamment au regard des spécificités de chacun des territoires, ainsi que le contenu du plan d'actions.



Enfin, deux **journées de design de service** ont été organisées en avril 2018 avec des usagers de la Maison des Solidarités de Castanet-Tolosan. L'objectif de ces journées était de déterminer les **modalités d'un service de qualité** assurant aux personnes âgées un niveau d'accueil et un accompagnement adaptés dans l'accès aux droits et aux informations. Les usagers ont pu exprimer et proposer leurs points de vue, leurs attentes et leurs souhaits directement dans le dialogue avec les professionnels sociaux et médico-sociaux. Ceci a contribué à identifier des solutions à moyen et long terme pour améliorer l'accès aux droits des personnes âgées.

PARTIE I

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE ET DES BESOINS DES PERSONNES AGEES

Le rapport d'état des lieux complet est disponible en annexe

1. Contexte démographique

310 000 habitants âgés de plus de 60 ans en Haute-Garonne

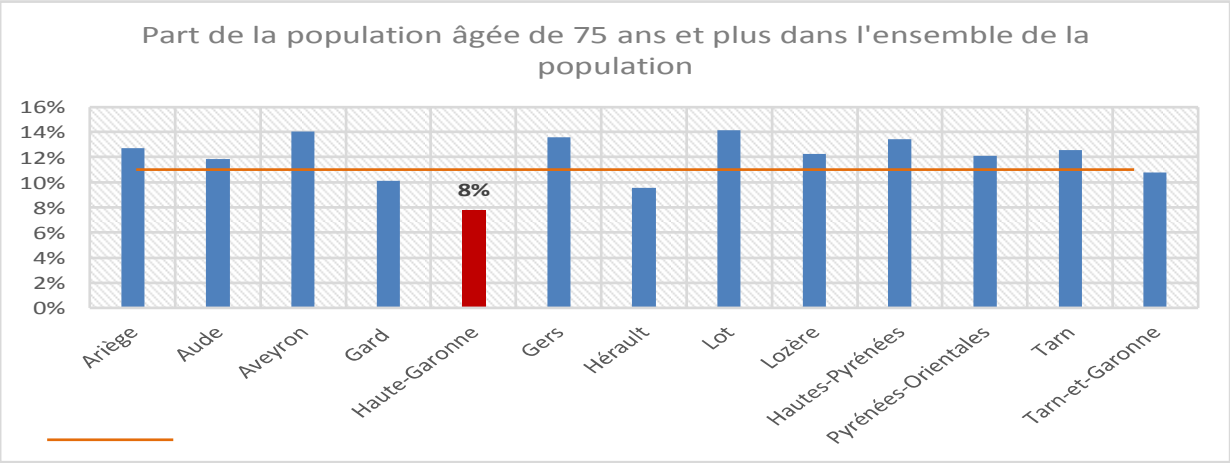
En Haute-Garonne, **une personne sur cinq est âgée de 60 ans** et plus, soit 20,8% de la population en 2015. Depuis 2009, celle-ci a connu une augmentation de **+15%** contre +12% au niveau national.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 8% de la population départementale. Ce taux est le plus faible de toute la région Occitanie (la moyenne se situant aux alentours de 11%). Au niveau infra-départemental, le **sud du département (zone Comminges-Pyrénées) connaît un vieillissement nettement plus marqué que le reste du territoire**.

La population des plus de 75 ans : une distribution territoriale hétérogène.

Direction Territoriale des Solidarités	Population de 75 ans et plus	Part des plus de 75 ans ou plus par DTS
Nord Toulousain	25 834	7.1%
Toulouse	31 899	6.8%
Lauragais	14 567	8.5%
Sud Toulousain	18 703	7.9%
Comminges-Pyrénées	11 553	14.9%
Haute - Garonne	**102 556**	**7.8%**

Source : INSEE 2017.
DTS : Direction Territoriale des Solidarités du Conseil départemental.



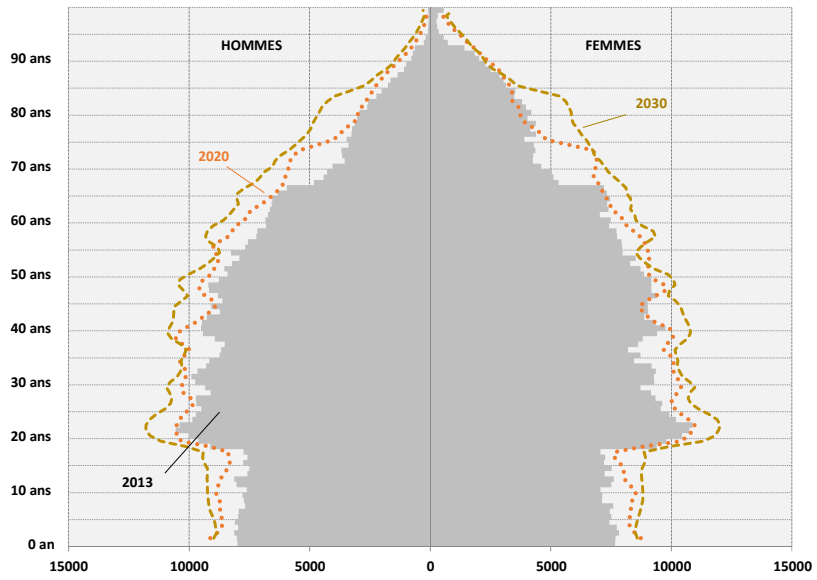
Source : INSEE 2017.

L'espérance de vie en Haute-Garonne est plus élevée qu'au niveau national (un an de plus pour les femmes et deux ans pour les hommes).

D'ici à 2030, 50 000 personnes âgées de plus de 60 ans supplémentaires

Passant de 310 000 à 366 337 personnes (selon le scénario central), la population âgée de 60 ans ou plus devrait s'accroître de 3.9% en moyenne chaque année entre 2013 et 2030, confirmant le phénomène de gérontocroissance déjà observé ces dernières années. Néanmoins, selon les classes d'âges considérées, les effectifs n'évolueraient pas de la même façon. En effet, les jeunes seniors (60-74 ans) devraient connaître une augmentation plus modérée (+1,7%/an) de leurs effectifs d'ici à 2030 alors que la population âgée de 75 ans ou plus devrait augmenter de +2,2%/an durant la même période. La différence du rythme de croissance entre les personnes âgées de 60-74 ans et 75 ans ou plus s'explique par le vieillissement successif de générations dont les effectifs initiaux varient de façon importante du fait d'une différence marquée des naissances entre les deux guerres mondiales et la période du « baby-boom ».

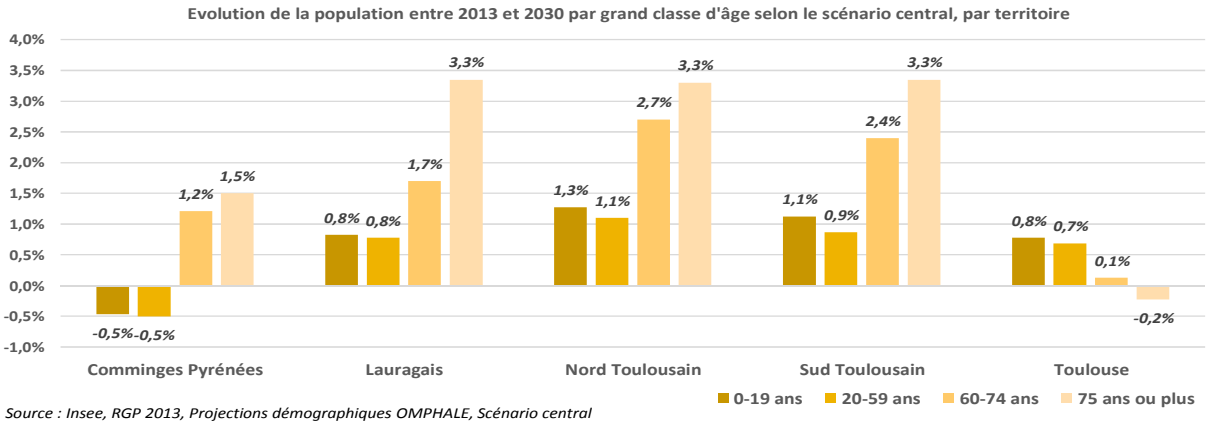
Structure par âge et sexe de la population de Haute-Garonne en 2013 et projection en 2020 et 2030 selon le scénario central



Source : Insee, RGP 2013, Projections démographiques OMPHALE , Scénario, central

En cohérence avec les prévisions à l'échelle départementale, la population âgée de 60 ans ou plus devrait s'accroître au sein de tous les territoires de la Haute-Garonne, confirmant le phénomène de gérontocroissance déjà observé ces dernières années au niveau infra-départemental. Le territoire du Nord Toulousain devrait être confronté à la plus forte progression de la population âgée.

2. Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants



Source : Insee, RGP 2013, Projections démographiques OMPHALE, Scénario central

Chiffres clés

- 36% des 75 ans ou plus vivent seuls. Après 80 ans, ils sont 45% à vivre seuls.
- Dans presque la moitié des situations, l'aidant est le conjoint de la personne aidée en situation de dépendance.
- 181 places d'accueil temporaire en EHPAD, 61 places d'accueil de jour en EHPAD et 73 places d'accueil de jour (hors EHPAD).
- En 2016 et 2017, 8 structures de halte-répit se sont ouvertes grâce au Conseil départemental. D'autres haltes-répit sont à venir au titre de l'appel à projets 2018.

La prévention des effets du vieillissement et la sensibilisation des seniors

Un travail de prévention est déjà assuré au quotidien par les équipes médico-sociales du Conseil départemental. Les travailleurs médico-sociaux des Maisons des Solidarités (MDS), mais également les coordonnateurs, assurent ces missions en particulier à travers des visites à domicile. La prévention effectuée dans le cadre des visites à domicile permet de toucher un public plus large, potentiellement non mobilisé dans le cadre des ateliers ou des actions collectives menées. Ainsi, ces actions positionnent l'échelon de proximité (la MDS) comme un acteur-clé de la prévention afin d'anticiper la perte d'autonomie et d'éviter les sollicitations trop tardives ou uniquement après aggravation de la situation.

A leurs côtés, de nombreux acteurs mettent en place des actions de prévention. A titre d'illustration, peuvent être soulignées les actions développées entre le Gérontopôle de Toulouse et le Conseil départemental, ainsi qu'avec les communes, mais aussi toutes les actions menées par les centres communaux d'action sociale, les associations, etc.

Le développement d'actions de prévention, en lien avec les partenaires du territoire et dans le cadre de la conférence des financeurs, constitue **une priorité**. Pouvant s'appuyer sur un réseau de partenaires étoffé développant des actions de sensibilisation à la perte d'autonomie (comme le diagnostic Alzheimer, le diagnostic auditif, la sensibilisation sur les chutes ou bien encore les ateliers sur la mémoire), la **stratégie de prévention** doit à présent se structurer, notamment à travers une approche territoriale, avec la conférence des financeurs et un **programme départemental** qui pourra enrichir les actions existantes (autour de la nutrition, des loisirs, du sport adapté etc.).

Les enjeux concernant la prévention de la perte d'autonomie

- **Favoriser l'acceptation** de la fragilité et de la dépendance par la personne âgée et par ses proches.
- **Développer le lien entre les équipes médico-sociales sur le territoire et les différents acteurs,** pour penser la prévention, la sensibilisation et l'évaluation comme un parcours d'information pour l'usager et d'anticipation de la perte d'autonomie.

L'aide aux aidants

Dans nombre de situations, l'aidant est le conjoint de la personne accompagnée. L'aide apportée induit généralement un investissement important des proches de la personne aidée et entraîne souvent une plus grande fatigue et du stress, voire un épuisement, ou même une mortalité prématurée.

De manière générale, il existe un consensus sur les types de besoins des aidants :

1. le besoin d'information,
2. le besoin d'un soutien psychologique pour limiter la charge mentale,
3. le besoin d'écoute,
4. le besoin de formation (sans être une professionnalisation de l'aidant),
5. le besoin de répit.

Les équipes médico-sociales des Maisons des Solidarités du Conseil départemental accordent, dans leur évaluation, une grande importance à la situation des aidants. Cela explique aussi la réactivité du Conseil départemental dans l'application de la loi ASV concernant les nouvelles possibilités relatives au besoin de répit des aidants.

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de poursuivre l'investissement dans le champ transversal de la politique d'aide aux aidants. Ainsi, l'aide aux aidants constitue l'une des priorités du Conseil départemental via la **création de haltes-répit** : elles permettent l'accueil de 12 personnes (maximum par structure) avec un taux d'un encadrant pour 4 usagers et un reste à charge maximum de 10 euros par demi-journée pour les usagers. Le Département soutient également le **développement de l'offre séquentielle** pour répondre au besoin de répit des aidants : 181 places d'hébergement temporaire en EHPAD, 61 places d'accueil de jour en EHPAD et 73 places d'accueil de jour dans des structures autonomes sont installées à ce jour. Toutefois, de fortes disparités territoriales apparaissent dans la réponse au besoin de répit des aidants : le centre-est du département représente la zone la mieux dotée en places

d'accueil de jour (4,26 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus pour une moyenne départementale de 1,7).

Les enjeux concernant les solutions de répit

- Développer l'offre d'accueil séquentiel pour offrir un temps de répit aux proches aidants grâce à la prise en charge temporaire des personnes âgées (en EHPAD, en Accueil de Jour, en MARPA…).
- **Elargir la notion de répit** à d'autres actions, dispositifs ou services.

La lutte contre l'isolement

Un nécessaire développement de dispositifs et d'actions de sensibilisation devant permettre de lutter contre l'isolement

Au cœur du Programme Départemental d'Insertion (PDI) est intégré un **volet « lien social et citoyenneté »** : il s'agit d'un pilier des politiques départementales devant permettre la lutte contre l'isolement par la mixité sociale et intergénérationnelle. Ce volet intègre des actions de financement de projets pour l'accès à la culture et aux loisirs pour tous, ou encore le financement de maisons de chômeurs (lieux présentant un intérêt important en termes de mixité intergénérationnelle notamment). Deux zones de rupture sont identifiables dans la chaîne de prévention et de lutte contre l'isolement :

- D'une part, lorsque la personne âgée n'est pas déjà accompagnée dans sa perte d'autonomie (l'anticipation doit alors se faire très en amont, dès le départ en retraite par exemple).
- D'autre part, lorsque la personne âgée est déjà inscrite dans un parcours de prise en charge à domicile mais dont l'accompagnement dans le maintien dans la vie sociale fait défaut ou pour qui des « besoins invisibles » ne peuvent être repérés (du fait d'un isolement trop important de la personne âgée).

Aujourd'hui, la lutte contre l'isolement des personnes âgées souffre essentiellement d'un manque de coordination entre acteurs.

Dans son avis n°128 dédié aux *Enjeux éthique du vieillissement*[2], le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé soulignait avec force :

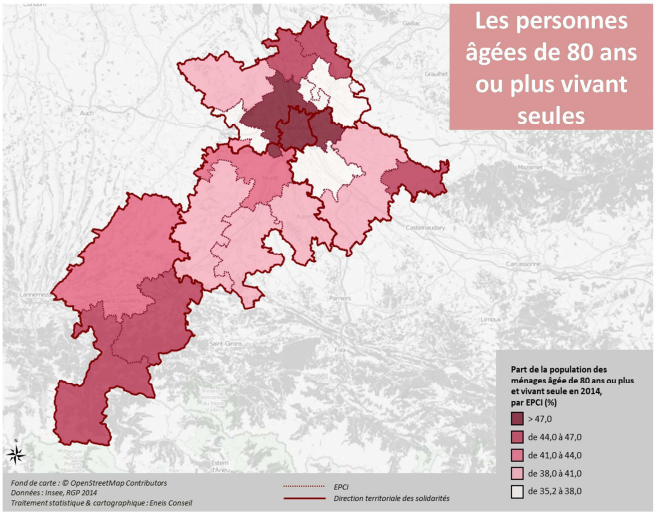
> *Une personne âgée de plus de 75 ans sur quatre vit seule. « 50% des personnes âgées de plus de 75 ans n'ont plus véritablement de réseau amical actif. 79% n'ont pas ou peu de contacts avec leurs frères et sœurs. 41% n'ont pas ou peu de contacts avec leurs enfants. 52% n'ont pas de relations avec leurs voisins. 64% n'ont pas d'activité dans un club, une association, etc.*

[2] Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, *Enjeux éthique du vieillissement. Quels sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?,* Avis n°128, 15 février 2018.

Le phénomène est particulièrement visible et s'amplifie dans les grandes villes : 33% des personnes âgées résidant dans une ville de plus de 100 000 habitants sont en situation d'isolement contre 21% des personnes âgées résidant au sein d'une commune rurale.

La France a le triste privilège d'avoir, au sein de la Communauté Européenne, le taux le plus élevé de suicide des personnes âgées de plus de 75 ans. En France, chaque année, 3000 personnes de plus de 65 ans mettent fin à leurs jours, soit près d'un tiers de l'ensemble des suicides en France, et ce dans une relative indifférence générale. Au-delà de 85 ans, le taux de suicide est le plus élevé de la population.

Le département de la Haute-Garonne n'échappe pas à ce constat. 37 000 habitantes et habitants âgés de plus 75 ans vivent seuls (soit 36% des 75 ans et plus contre 25% au niveau national). Toulouse et sa métropole, ainsi que le sud du département, apparaissent comme les territoires les plus concernés. Parmi les enjeux soulevés par la question de l'isolement des personnes âgées, apparaissent notamment l'accès aux droits et l'accessibilité aux différents services territorialisés du Département. Cet indicateur doit toutefois être nuancé selon les situations : certaines personnes âgées vivent seules sans être isolées, du fait de la proximité d'un proche ou de la famille.



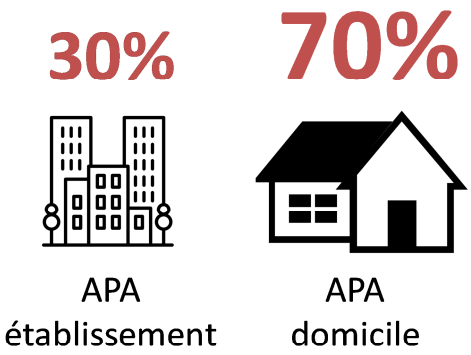
Les enjeux concernant la lutte contre l'isolement

- Prendre en compte la **mixité sociale** et les **relations intergénérationnelles** dans le développement de politique de lutte contre l'isolement.
- Assurer la **coordination entre acteurs en amont** pour anticiper l'isolement, et particulièrement avec le médecin traitant, premier maillon dans l'identification de besoins et la prévention de l'isolement.
- **Développer l'information autour des dispositifs** (auprès des familles, des professionnels et des acteurs publics locaux) pour améliorer le repérage des personnes fragiles.

3. Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

Chiffres clés

Bénéficiaires APA	Année de référence pour comparaison	Donnée actuelle	Evolution
	2011	2016	
Nombre total de bénéficiaires APA	22 899	28 232	+23,3%
Nombre de bénéficiaires APA à domicile	16 263	19 453	+19,6%
Nombre de bénéficiaires APA établissement	6 636	8 779	+32,3%
Nombre de bénéficiaires de la téléassistance	19 454	23 696	+21,8%

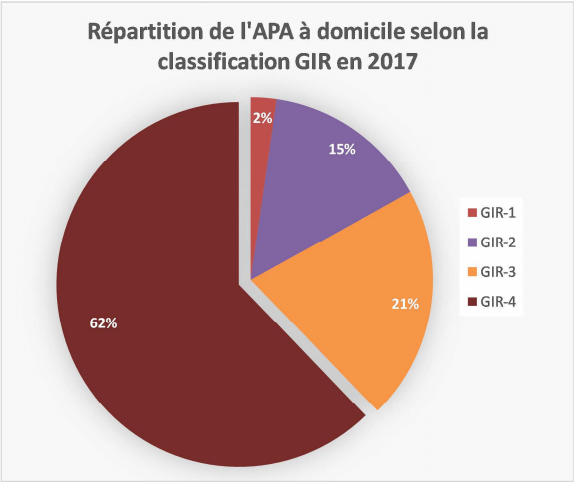


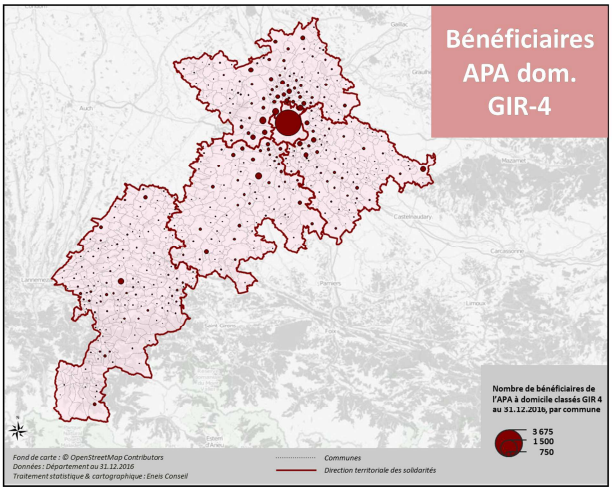
17% des bénéficiaires APA à domicile sont classés en GIR1-2

La Haute-Garonne compte environ **232 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, ce qui est proche de la moyenne régionale (qui s'élève à 245).** On dénombre 152 bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans (égal à la moyenne régionale) et 80 bénéficiaires de l'APA en établissement pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans (sous la moyenne régionale, à 91).

Le nombre de bénéficiaires de cette prestation a augmenté de manière dynamique depuis 2011, en particulier en établissement.

Près de 20 000 personnes âgées dépendantes vivent à domicile





Environ 17% des bénéficiaires de l'APA à domicile sont classés dans les catégories les plus dépendantes (GIR 1-2), soit un peu moins de 5 000 bénéficiaires en 2017. Cette répartition reste stable depuis 2012 et homogène territorialement, et est similaire à la moyenne régionale, mais inférieure à la moyenne nationale, qui s'établit aux alentours de 20% de GIR 1-2 parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile (*Source : STATISS 2016).*

L'évolution des montants moyens de l'APA à domicile entre 2015 et 2016 (pour les quatre catégories de GIR) s'explique par trois raisons. Premièrement, un impact de la loi ASV qui a permis une augmentation des plafonds APA des différents GIR. Deuxièmement, une augmentation des tarifs des services d'aide à domicile, ce qui a entraîné la réévaluation des montants APA et troisièmement, une part élevée des plans d'aide haut-garonnais atteignant le plafond maximal.

Des disparités territoriales dans la répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile

Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont nettement plus nombreux au nord du département et au cœur de Toulouse. Toutefois, les **territoires du sud restent en proportion très concernés par l'APA à domicile.**

Direction Territoriale des Solidarités	Bénéficiaires de l'APA à domicile	Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus
Nord Toulousain	5 371	207.9
Toulouse	5 822	182.5
Lauragais	2 475	169.9
Sud Toulousain	3 724	199.1
Comminges - Pyrénées	2 294	198.6
Haute - Garonne	**19 686**	**192.0**

Des délais de traitement permettant une prise en charge rapide des besoins des personnes âgées

L'instruction des dossiers est centralisée au niveau du siège départemental. Le premier tri des demandes est ainsi harmonisé sur tout le territoire (respect des conditions d'âge et domicile de secours, vérification des justificatifs etc.).

Les délais d'instruction et d'évaluation de l'APA ont été soumis à analyse pour leur amélioration et leur raccourcissement :

Le Département reste sous la barre légale des 2 mois de traitement des demandes. Pour l'APA à domicile le délai médian s'élève de 40 à 50 jours et pour l'APA en établissement le délai médian est d'environ 40 jours.

Le Département a été très réactif lors de la mise en œuvre de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement parue le 28 décembre 2015 qui a engendré de lourdes conséquences sur le fonctionnement de l'APA, notamment sur les plafonds des plans d'aide pouvant être accordés. La réforme a été mise en œuvre dans les délais impartis et sans diminuer l'impact de cette dernière. Dès mars 2016, les plafonds des plans d'aide ont été revalorisés, permettant aux nouveaux bénéficiaires d'avoir un nombre d'heures plus important lorsque leurs besoins le justifiaient ; les bénéficiaires de l'APA ayant un taux de participation inférieur

à 90 % et supérieur à 0 % ont de leur côté vu leur taux de participation diminuer. Leur reste à charge est devenu moins important.

Par ailleurs depuis la loi ASV, le besoin de répit des aidants est évalué par l'équipe médico-sociale des maisons des solidarités du Conseil départemental lors de la demande d'allocation ou dans le cadre d'une révision. Il vise à permettre à l'aidant de dégager du temps ou de se reposer. Il est intégré au plan d'aide sous la forme d'aides à la périodicité mensuelle et dans la limite du plafond de droit commun tel que défini par la loi (« maxi-GIR »).

Des dispositifs encore relativement récents ont été mis en place pour l'amélioration des contrôles et la diversification des prestations :

- **Le plan d'aide détaillé** (détail des heures attribuées selon les types d'intervention proposés dans le plan d'aide) et la révision du plan d'aide par les services en territoire. Régulièrement, le nombre d'heures est réévalué à la hausse lorsque la dépendance s'aggrave. Cela impacte alors le taux de participation du bénéficiaire, qui dépend de ses ressources et du contenu du plan d'aide (nouveauté de la loi ASV) et entraîne également un besoin d'adaptation des procédures de paiement à ces plans d'aide détaillés. Les actions étant de plus en plus individualisées et regroupant diverses prestations, la gestion des paiements s'en trouve complexifiée.
- **Le CESU** - « Chèque Solidarité 31 » déployé pour l'APA - permet de simplifier le circuit du gré-à-gré et du mandataire, notamment en supprimant le contrôle d'effectivité qui s'effectue automatiquement *a posteriori* (remboursement au Département de la valeur des chèques expirés non utilisés). Cela facilite le paiement pour l'usager de manière dématérialisée et supprime les démarches de récupération des trop-perçus, tout en allégeant les charges de travail et les coûts en termes de contrôle.

Les enjeux concernant la mise en œuvre opérationnelle des réponses aux besoins des personnes

- **Accompagner les différents acteurs** à l'utilisation de ces dispositifs innovants et à leurs avantages, pour en garantir la mobilisation : accompagner à la fois les usagers pour assurer une bonne compréhension de l'utilisation de ces outils (procédures de fonctionnement, contrôle …) mais aussi les services d'aide à domicile pour mettre ces outils au service des prestations rendues.
- **Poursuivre le déploiement de la télégestion** parmi les services prestataires : actions de sensibilisation, d'information pour des subventions d'installation…

L'offre de services d'aide et d'accompagnement à domicile

Depuis la mise en place de la loi ASV au 1er janvier 2016, l'ensemble des services pouvant intervenir auprès des personnes âgées doit être autorisé par le Département.

Par le biais de l'APA à domicile, des heures d'intervention (ménage, aide à domicile), des heures d'accueil de jour, des aides techniques (plafond de 200 € par an), des jours d'hébergement temporaire et des aides mensuelles (plafond de 100 € par mois) peuvent être financés.

Le **mode prestataire est prépondérant pour l'utilisation de l'APA** et représente 76% des heures totales à domicile. Ce mode d'utilisation doit pouvoir garantir la qualité de l'accompagnement des usagers (formation des intervenants, qualifications, remplacements, suivi etc.) qui peuvent choisir entre plusieurs services.

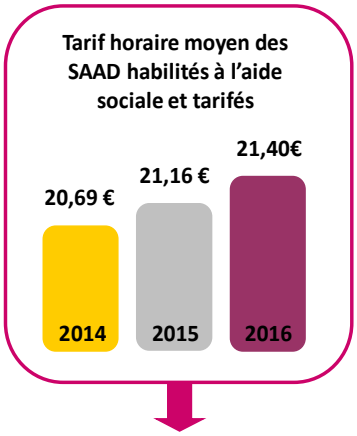
Au 1er janvier 2017, le Département compte **223 services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)**, dont **26 SAAD publics** (12 gérés par des CCAS et 14 par des EPCI) et **197 SAAD privés** (65 gérés par des associations et 132 par des entreprises). Sur l'ensemble des services prestataires, **45 sont habilités à l'aide sociale** (soit 20% des services) et sont donc tarifés par le Département.

Parmi les principales difficultés rencontrées par les SAAD, les problèmes de recrutement de personnel et de turn-over sont prépondérants (le métier d'aide à domicile souffrant d'une faible attractivité), de gestion des cas complexes ou bien encore de financement global du secteur. Une des principales problématiques concerne la territorialisation des SAAD sur le département, en particulier pour les SAAD ayant une habilitation à l'aide sociale qui peuvent être soumis à la définition de zones d'intervention précises. Le zonage s'effectue en fonction de l'évaluation des besoins, de la typologie de population, de l'offre existante sur le territoire concerné etc. mais les critères précis demeurent pour l'instant encore à définir.

Si **l'offre actuelle est conséquente sur le territoire départemental**, des **disparités** importantes peuvent néanmoins être observées avec une très forte concentration des services sur Toulouse (50% des services d'aide à domicile y sont installés), et en miroir une faiblesse de l'offre sur certains territoires (voire absence d'offre dans certaines parties du Comminges par exemple).

En 2017, le tarif départemental unique de référence APA pour les services autorisés mais non habilités est de 20,60 €.

Des situations très variées concernant les tarifs des SAAD intervenant en Haute-Garonne.



+ 1,13 % sur les tarifs moyens des SAAD habilités entre 2016 et 2017

4 SAAD ont un tarif moyen APA **supérieur à 22,50 €**

Les enjeux concernant l'offre de services d'aide et d'accompagnement à domicile

- **Définir une politique de territorialisation plus précise** des SAAD habilités à l'aide sociale, en identifiant des critères de zonage ou bien en laissant libre l'installation des services sur tout le territoire.
- **Assurer l'équité d'accès aux services** sur tout le territoire et le libre choix de l'usager pour ne pas engendrer de zones plus pourvues en services que d'autres (de manière équitable selon les besoins des territoires.

Focus : la téléassistance 31

Un dispositif d'aide à distance pour le maintien à domicile des personnes âgées

Le dispositif « téléassistance 31 », confié à un prestataire pour sa mise en œuvre opérationnelle, est un service départemental gratuit et disponible 24h/24, 7j/7. Il est proposé aux personnes qui remplissent au moins l'un des critères suivants : être bénéficiaire de l'APA, avoir plus de 70 ans, être bénéficiaire de la PCH, avoir un taux d'invalidité de 80% ou plus et être en situation particulière de fragilité (fin de vie, soins palliatifs...).

En 2017, près de **25 000** domiciles de personnes âgées sont équipés dans le département. Deux enjeux doivent cependant être mentionnés : le **maintien de l'offre de service** existante et le **développement innovant** de l'offre.

L'offre de soins à domicile pour les personnes âgées dépendantes

Des services de soins infirmiers à domicile – SSIAD – de plus en plus contraints par la prise en charge d'une forte dépendance

Avec 36 SSIAD, la Haute-Garonne est le deuxième département de la région le mieux doté en nombre de services de soins infirmiers à domicile (40 en Hérault). Mais il est celui offrant **le plus grand nombre de places en SSIAD à l'échelle régionale**. Rapporté à la population cible (75 ans et plus), le nombre de places installées se situe néanmoins **sous la moyenne régionale**, soit 20 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Haute-Garonne, contre 22 en Occitanie. **Les 36 SSIAD de la Haute-Garonne couvrent toutes les communes du département.** Il n'existe pas de zone blanche et l'accès à des professionnels libéraux est facilité sur le territoire départemental.

La diversité et le caractère étoffé de l'offre sur le territoire (professionnels libéraux, 36 SSIAD, 7 SPASAD etc.) mettent en lumière, de manière sous-jacente, **un très fort enjeu de coordination** afin d'éviter les ruptures de prises en charge et favoriser une plus grande fluidité de l'information.

Un phénomène de « glissement » est observé entre les structures (SAAD remplissant le rôle d'un SSIAD), marquant un besoin de SSIAD et de SPASAD pour assurer la répartition des tâches et apporter un meilleur accompagnement de la fin de vie. Ainsi depuis 2017, le Conseil départemental de la Haute-Garonne et l'ARS ont lancé l'expérimentation SPASAD.

La prise en charge d'une dépendance accrue affecte également l'activité des SSIAD, le remboursement des actes libéraux pouvant représenter jusqu'à 50% du budget d'un SSIAD *(source : ARS*). Conformément au mode de tarification des SSIAD défini au niveau national, celui-ci ne prend aujourd'hui pas en compte la dépendance de l'usager ni le besoin en soins.

L'adaptation du logement au vieillissement des personnes âgées

La nécessité de développer le réseau de partenaires pour connaître précisément l'offre et l'évolution des demandes

Dans le cadre du Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD), le règlement intérieur de la commission sociale d'examen du Conseil départemental a fait du **risque de vieillissement et de la diminution de la mobilité** un des critères de difficultés financières et sociales. La prise en compte de ce critère permet de répondre à l'évolution ou aux besoins de la personne âgée concernant le logement adapté. En outre, un allégement fiscal sur la part de la taxe foncière sur les propriétés bâties pour les personnes âgées propriétaires de leur logement et disposant de faibles revenus a été mis en place.

Une coordination accrue à impulser entre les différents services pouvant intervenir sur le champ du logement.

Le Conseil départemental est délégataire de la gestion des aides de l'Etat (ANAH) pour l'adaptation des logements des personnes modestes et très modestes, dans l'objectif de préserver leur autonomie. Plusieurs questions demeurent comme autant d'enjeux à prendre en compte dans la politique logement du Département : quelle est la proportion de demandes de logement social émises par des personnes âgées de plus de 60 ans ? Quels sont leur besoins spécifiques et ceux qui ne sont pas encore couverts (et comment les quantifier) ? A ce jour, la lisibilité et la quantification des demandes demeurent difficiles à apprécier.

Les enjeux concernant l'adaptation du logement des personnes âgées

- **Travailler conjointement avec les acteurs du handicap** car les problématiques d'adaptation de logements sont très proches pour les deux publics, et notamment le public spécifique des personnes handicapées vieillissantes.
- **Réaliser une analyse de l'offre et des demandes** de manière conjointe avec tous les services du département concernés par la problématique du logement.

Les solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement d'hébergement médico-social

L'accueil familial : une alternative peu mobilisée

Parmi les publics âgés et/ou les publics en situation de handicap, l'accueil familial reste un dispositif peu sollicité par les usagers, malgré une sensible évolution depuis 2010. Il existe des agréments pour 3 types de places en famille d'accueil : les places uniquement pour les personnes âgées, les places uniquement pour les personnes en situation de handicap et les places mixtes. Ces places peuvent être à titre d'accueil permanent ou temporaire. Pour les personnes âgées, le territoire haut-garonnais compte 50 places d'accueil permanent (dont 37 mixtes et 13 uniquement pour les personnes âgées) et 7 places d'accueil temporaire. Notons qu'il existe par ailleurs 20 places uniquement dédiées aux personnes en situation de handicap.

Le développement d'offres intermédiaires, alternatives au « tout domicile » ou « tout établissement » constitue un nouvel enjeu

Les **résidences autonomie** poursuivent leur développement (établissements médico-sociaux nés de la transformation des foyers logements dans le cadre de la loi ASV). L'autorisation de fonctionnement et la vérification de la qualité des prestations sont assurées par le Conseil départemental. Les personnes très dépendantes (GIR 1-2) ne peuvent constituer plus de 10% des personnes accueillies pour limiter les difficultés entraînées par la prise en charge de lourdes dépendances. Chaque résidence autonomie dispose d'un CPOM comme le prévoit la loi pour percevoir le forfait autonomie lié au financement d'actions de prévention. L'offre sur le territoire de la Haute-Garonne est de **21 résidences autonomie (dont 1 Maison d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie (MARPA)), 5 petites unités de vie (dont 2 centres d'hébergement temporaire et 2 MARPA)** développées par la Mutualité Sociale Agricole.

Les « offres intermédiaires » peuvent constituer une transition dans le cadre de l'évolution des besoins des personnes âgées, qui restent de plus en plus longtemps à domicile et rentrent de plus en plus tardivement en établissement (à 86 ans en moyenne, pour un séjour de 2 ans et demi). Ces offres accueillent aujourd'hui plus de 1 100 résidents.

Les enjeux concernant l'offre intermédiaire entre le domicile et l'établissement

- **Identifier les besoins en offres de logement et d'accueil intermédiaire** (résidence autonomie, MARPA…).
- **Définir une politique d'équipement et d'intégration des résidences autonomie** en cohérence avec l'ensemble des offres de service disponibles sur le territoire.
- Identifier le nombre et les caractéristiques des résidences séniors.

Des objectifs de couverture du territoire et d'articulation entre les partenaires

Les missions menées par les services du Conseil départemental au titre de la coordination gérontologique sont les suivantes : accueil, orientation, coordination et prévention, animation du territoire et observation de l'environnement.

9 réseaux gérontologiques (nombre en cours d'évolution) sont aujourd'hui pilotés par le Conseil départemental (3 réseaux sur Toulouse, 6 sur le reste du département, + 1 piloté par la commune de Blagnac). Il s'agit de réseaux d'animation du territoire avec les partenaires de la gérontologie pour faciliter l'interconnaissance entre acteurs, diffuser des informations, repérer des problématiques de territoire ou bien encore échanger sur celles-ci. Ces réseaux présentent néanmoins des hétérogénéités dans leur action et leur développement selon les territoires couverts.

L'articulation entre acteurs du territoire demeure ainsi encore à développer : par exemple, les procédures de repérage et de signalement (publics vulnérables, troubles constatés, perte d'autonomie observée) manquent encore d'harmonisation sur le territoire et les informations ne sont pas toujours partagées entre partenaires.

Une superposition parfois problématique des rôles entre acteurs

Les rôles restent à clarifier entre les dispositifs MAIA, les réseaux gérontologiques et les équipes médico-sociales APA, particulièrement concernant la coordination autour des situations individuelles. Ces superpositions d'acteurs peuvent entraîner un renvoi de l'usager d'acteur en acteur et une moindre efficience des moyens consacrés à la coordination pour l'usager.

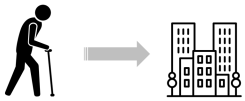
Un besoin de redéfinition des niveaux de coordination et du rôle de chaque acteur

Un besoin de formalisation des différents types de coordination s'avère nécessaire aujourd'hui, notamment autour des situations individuelles. En matière d'animation territoriale, les périmètres des interventions respectives des acteurs, notamment des équipes médico-sociales et des dispositifs MAIA, pourraient être affinés. On observe également une porosité des missions entre chaque acteur, entraînant une superposition de certaines activités et une perte de temps. Un repositionnement de chaque type d'acteur sur son cœur de mission est nécessaire, afin d'assurer une meilleure adéquation entre les missions et les compétences (capitalisation sur les compétences existantes). Par ailleurs, la notion de « cas complexe » gagnerait à être mieux définie, afin d'assurer le positionnement des dispositifs MAIA sur ces situations spécifiques. Les niveaux de « comitologies » pourraient également être interrogés au regard de l'intérêt limité de la participation de certains professionnels à certains types de réunions.

Un travail de communication sera enfin à mener pour assurer une identification des équipes médico-sociales au moins équivalente à l'identification des dispositifs MAIA (ces derniers étant particulièrement connus des partenaires et notamment des hôpitaux).

Chiffres clés

10 195 places autorisées en EHPAD (**129** établissements)



86 ans en moyenne

Niveaux moyens GMP et PMP	Haute-Garonne	Occitanie	France
GMP moyen	**746**	717	723
PMP moyen	**215**	191	208

Données CD31 et CNSA, Conseil de juillet 2016

Taux d'équipement *(nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus)*	Haute-Garonne	Occitanie	France
Places autorisées en EHPAD	**98**	106	102
Places hébergement temporaire (HT)	**1,7**	1,9	1,80
Places accueil de jour (AJ)	**1,7**	2,7	2,30

Données ARS, croisées avec les données CD31

Un taux d'équipement satisfaisant, au niveau de la médiane régionale

Sur les **10 195 places installées** en EHPAD en 2017 en Haute-Garonne (soit une augmentation de 13% en 10 ans) : 9 953 sont dédiées à de l'hébergement permanent, soit 97% des capacités (dont 910 pour des personnes atteintes de troubles neuro-évolutifs, notamment dans des unités protégées), 181 correspondent à de l'hébergement temporaire, soit 1,8% des places, et 61 correspondent à de l'accueil de jour. Avec 98,9 places autorisées pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2016, la Haute-Garonne se situe à la médiane régionale (98 places). 49 places supplémentaires en EHPAD ont été créées depuis 2015.

Une couverture des besoins variable selon les catégories de places considérées

Des **disparités** sont observées au niveau infra-départemental : le sud du département présente un taux d'équipement plus élevé que la zone nord en termes de places autorisées en EHPAD.

Direction Territoriale des Solidarités	Nombre de places autorisées en EHPAD	Taux d'équipement (nombre de places autorisées pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus)	*dont places autorisées hébergement complet*	*dont places autorisées hébergement temporaire*	*dont places autorisées accueil de jour*	*dont places autorisées d'hébergement permanent spécialisées Alzheimer*	Nombre de places autorisées en USLD
Nord Toulousain	2 556	98,9	2 457	61	38	317	0
Toulouse	2 570	80,6	2 451	69	0	213	238
Lauragais	1 641	112,7	1 617	12	12	145	61
Sud Toulousain	1 960	104,8	1 916	21	23	127	53
Comminges-Pyrénées	1 417	122,7	1 401	16	0	108	60
Haute-Garonne	**10 144**	**98,9**	**9 842**	**179**	**73**	**910**	**412**

Un fort niveau de dépendance dans les établissements haut-garonnais pouvant complexifier la prise en charge des usagers

Le GMP moyen en Haute-Garonne s'élève à 746 environ, contre 717 au niveau régional (tous statuts d'EHPAD confondus : publics, privés ou associatifs) représentant ainsi le plus fort taux de la région. En outre, **une vingtaine d'EHPAD haut-garonnais présentent un GMP supérieur à 800.**

Ce constat peut interroger les dotations pour assurer une prise en charge de qualité de la dépendance, notamment des soins. Les établissements sont de plus en plus soumis à une entrée tardive de résidents (86 ans en moyenne) pouvant présenter un fort niveau de dépendance associant souvent des troubles neuro-évolutifs ou troubles du comportement. La complexification des cas en EHPAD rend plus difficile l'accueil de divers profils et la mixité entre les résidents (nécessité d'accompagner la « cohabitation » entre les différents publics d'un même établissement).

Notons que plusieurs établissements connaissent des GMP et PMP très élevés qui se rapprochent de ceux des USLD quand, dans le même temps, les niveaux de listes d'attente de certaines USLD semblent avoir diminués. Par ailleurs, la prégnance des troubles psychiques (pas uniquement maladie d'Alzheimer) est constatée comme très élevée. Les enjeux autour de la formation mais aussi plus globalement de la disponibilité du personnel se posent. En effet, l'évolution du secteur sanitaire avec la réduction du nombre de places en USLD (424 places pour 7 USLD en 2015, contre 412 places pour 8 USLD en 2016) a impliqué la réorientation de certaines prises en charge de moyenne ou longue durée vers les EHPAD.

Le **nombre de places habilitées à l'aide sociale en EHPAD s'élève à 5 832 places** (soit 57% des places d'EHPAD) et le taux moyen d'occupation de ces places par des bénéficiaires de l'aide sociale est de 17% (taux équivalent à la moyenne nationale), soit environ 1 000 places habilitées réellement occupées par des bénéficiaires de l'aide sociale. Lors de la phase de concertation, les partenaires ont pu mentionner à plusieurs reprises l'existence de **disparités des publics selon les territoires** : hétérogénéité des profils des résidents en établissements de milieu rural (catégories socio-professionnelles, âges, niveau de revenu, niveau de dépendance etc.), à la différence des publics d'EHPAD urbains plus homogènes. Enfin dans l'agglomération toulousaine, la problématique des personnes âgées dépendantes sans domicile fixe ou ayant vécu des parcours dans la rue reste à solutionner.

Focus – l'impact de la réforme de la tarification des EHPAD

Les impacts de la réforme de la tarification 2017 concernant **l'application d'un nouveau cadre budgétaire sont triples :**

- D'une part, un changement profond quant à la manière d'appréhender le financement des EHPAD en passant d'une logique de financement basée sur les dépenses effectives (cadre budgétaire antérieur) à une logique de financement basée sur l'activité prévisionnelle de l'EHPAD, qui va permettre de définir le niveau de dépenses.
- D'autre part, la mise en place de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) modifie le rôle du financeur dans la campagne budgétaire, en

le recentrant sur la validation des grandes masses financières, de la bonne trajectoire financière de l'établissement et de la conformité avec les objectifs du CPOM, plutôt que sur un suivi « ligne par ligne » dans le cadre du dialogue de gestion annuel.

- Enfin, les EHPAD disposeront de 30 jours pour produire un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

Cette réforme entraîne des diminutions de ressources pour certains établissements (1 établissement sur 7 en Haute-Garonne). Le Conseil départemental, avant que le Gouvernement décide une suspension temporaire de cette réforme, avait fait le choix volontariste de compenser, la première année, la perte de niveau de ressources du fait de la convergence induite par ces évolutions.

Les enjeux concernant l'offre d'EHPAD

- **Accompagner les établissements** (dans la réévaluation des budgets), mais aussi **les équipes du Département** à l'utilisation de nouveaux outils d'analyse de la trajectoire financière des établissements : ratios d'analyse financière (CAF,FR, BFR, trésorerie), plan global de financement pluriannuel (PGFP).
- **Evaluer les impacts de la réforme** sur les établissements du territoire.

L'accueil séquentiel

Des taux d'équipement en accueil séquentiel sous la moyenne régionale

L'état des lieux permet de mettre en lumière les taux d'équipement suivants : 181 places en hébergement temporaire au sein des 129 EHPAD du département, soit un taux d'équipement de 1,75 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (moyenne régionale : 1,90), et 134 places d'accueil de jour (en EHPAD ou au sein de structures autonomes), soit un taux d'équipement de 1,71 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (moyenne régionale : 2,70).

Les données de comparaison évoquées ci-dessus soulignent que le Département dispose d'une **offre en accueil séquentiel plutôt limitée et inférieure à la moyenne régionale.** Hors EHPAD, 73 places sont disponibles dans des structures d'accueil de jour autonome (dont 15 places dédiées Alzheimer).

Les enjeux concernant l'accueil séquentiel pour les personnes âgées

- **Développer l'offre d'accueil séquentiel** : structures d'accueil de jour, structures itinérantes pour lever les freins liés au transport des personnes âgées sur tout le territoire.
- **Renforcer l'articulation entre les acteurs et les structures** (EHPAD, établissements sanitaires, services à domicile) pour assurer l'évolution des besoins dans les parcours des usagers, en favorisant l'anticipation plutôt que le placement d'urgence.

Personnes handicapées vieillissantes

Indicateurs Personnes handicapées vieillissantes		Année de référence pour comparaison	Donnée actuelle	Evolution
		2012	2016	
Besoins	Nombre de bénéficiaires de la PCH > 60 ans avec un droit ouvert par la CDAPH (source MDPH 31)	1 000	1 214	+21%
	Nombre de bénéficiaires AAH > 60 ans avec un droit AAH ouvert par la CDAPH (source MDPH 31)*	3 471 (année 2013)	4 780	+37%
	Nombre de bénéficiaires AAH > 60 ans bénéficiant d'un droit payé par la CAF ou la MSA (source Siperf AAH - Tous bénéficiaires (CAF ET MSA) ministère des affaires sociales)*	1 124	2 344	**+102%**

Selon le rapport Gohet[3], l'avancée en âge des personnes en situation de handicap se traduit le plus souvent par la « survenue de nouvelles déficiences provoquant de nouveaux handicaps (surdité, cécité, réduction de la mobilité, dépression…) » et / ou un « possible accroissement des déficiences antérieures ». De plus, le vieillissement prend des formes diverses qui dépendent de la nature de la déficience, mais également de l'accompagnement des soins dont la personne a bénéficié au titre du handicap au cours de sa vie. Le vieillissement peut être précoce :

- pour certaines situations de handicap (liées à la trisomie 21, prévalence notamment de la maladie d'Alzheimer, certaines déficiences mentales particulièrement importantes) ;
- dans les affections dites « surajoutées » (sensorielles, organiques) ;
- ou encore dans les phénomènes d'usure articulaire précoce spécifiques aux handicaps moteurs.

Par ailleurs, la diversité des situations que vivent les personnes handicapées vieillissantes invite à différencier la notion d'âge et le phénomène de vieillissement : certaines personnes deviennent rapidement dépendantes, tandis que d'autres conservent à l'inverse leur autonomie au moment du passage à la retraite et ont besoin de stimulation et d'activités.

Les changements de situation peuvent être source de rupture, du fait de la cessation d'activité professionnelle, du changement de lieu de vie, ou encore du besoin de médicalisation. Certaines personnes qui ne peuvent plus rester à domicile (perte d'autonomie, vieillissement des aidants) doivent trouver une solution d'hébergement rapidement. A l'inverse, certains travailleurs d'ESAT qui prennent leur retraite se retrouvent en situation de devoir changer leur cadre habituel d'hébergement.

En outre, des changements de situation ou d'état de santé parfois soudains peuvent demander des réponses d'urgence (hospitalisation, etc.) qu'il est difficile d'anticiper par manque de visibilité sur la situation des personnes, surtout lorsqu'elles résident à domicile.

[3] *L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion*, Rapport du groupe de travail animé par Patrick Gohet, Inspection Générale des Affaires Sociales, octobre 2013.

Lorsque les personnes avançant en âge vivent au domicile de leurs parents, la question de « l'après » (en cas de disparition du/des parents) fait supporter un poids psychologique chez les parents qui s'accentue au fur et à mesure des années. Cette inquiétude pourrait être atténuée avec une information et un accompagnement anticipés des parents sur les parcours possibles (autres modalités d'accompagnement à domicile ou transition vers un mode d'accompagnement en établissement par exemple).

Il est à noter que l'accueil familial peut également être une alternative entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement.

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes nécessite un changement de paradigme profond : **il est à présent indispensable de passer d'une logique de tranches d'âge à une logique de parcours.** Cela est particulièrement vrai pour les sorties d'ESAT.

Les enjeux concernant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

- **Un manque de communication et d'information** des personnes en situation de handicap et de leurs proches **pour la préparation au vieillissement**.
- Des **difficultés des services à domicile** pour assurer la fluidité des parcours.
- Un manque de **coordination avec le secteur médical** qui peut empêcher la **prévention de l'avancée en âge ou de l'évolution des handicaps**.
- *In fine*, un **phénomène de systématisation des orientations** qui limite le caractère adapté des solutions proposées.

4. Thématiques transversales

Culture

Une offre riche et accessible à tous qui nécessite la rédaction d'une feuille de route précise

De nombreuses actions sont menées chaque année par le Conseil départemental dans l'objectif de rendre la culture accessible à tous : festival « Jazz sur son 31 », festival « 31 notes d'été » etc. Dans ce cadre, des adaptations sont prévues pour les publics en difficulté comme l'accessibilité des lieux, la mise en place de dispositifs sonores particuliers pour les malentendants et la gratuité de nombreux événements. La volonté de lutter contre la perte d'autonomie est intégrée à tout âge dans les actions culturelles du Département et associe les partenaires dans des ateliers, des conférences, des concerts autour de la notion de prévention.

Les enjeux en matière de culture

- **Développer la transversalité et les échanges entre les services culturels et sociaux** pour effectuer un diagnostic des besoins des publics, une mise en commun des informations et une identification de priorités partagées au sein d'une feuille de route « Culture ».
- **Développer des actions partenariales avec les établissements** pour personnes âgées du département, pour permettre la participation des personnes âgées les plus dépendantes aux actions culturelles.

Transports

Des dispositifs de gratuité qui répondent aux besoins mais des problématiques d'accessibilité selon les territoires

Avec la loi NOTRe, la compétence des transports a été transférée à la Région, qui l'a déléguée au Département de la Haute-Garonne notamment en ce qui concerne le transport inter-urbain. Au titre de ses compétences sociales, **le Conseil départemental de la Haute-Garonne a fait le choix d'assurer la gratuité des transports aux personnes âgées non imposables, à raison d'un aller-retour par mois (ou 24 voyages maximum par an) sur tous les réseaux du département, et résidant dans une commune / Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) / Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) / ayant conventionné avec le Département.**

Le transport à la demande des personnes âgées est réalisé par les intercommunalités qui peuvent mettre en œuvre des politiques différentes et posent ainsi la question de l'équité de traitement entre territoires. Certains territoires sont confrontés à des difficultés importantes en matière de mobilité notamment dans le sud du département et cela malgré les offres proposées par le réseau Arc-en-Ciel du Département.

Les enjeux de mobilité

- **Maintenir le niveau de service public** offert aux usagers et équilibrer l'offre sur tout le territoire (problématiques des zones non desservies).
- **Mettre à niveau les infrastructures** pour répondre aux difficultés de mobilité des publics dépendants (subventions aux communes pour la mise en accessibilité de la voirie, adaptation des autocars…).
- **Participer à la cohérence des politiques** menées en matière de transport sur tout le territoire (pour harmoniser les dispositifs mis en place par les intercommunalités, notamment le transport à la demande).

La silver économie ou l'«économie de la longévité»

La silver économie ou l'« économie de la longévité » désigne les biens et services qui peuvent être conçus pour couvrir les besoins liés à l'avancée en âge de l'ensemble de la population. Elle peut être un **outil de développement social et économique** dans les territoires. L**'ambition prioritaire** en la matière est **«l'autonomie de la personne âgée chez elle et en interaction avec son environnement».** Elle doit être mise en œuvre en cohérence avec les enjeux de l'adaptation des logements et de leur sécurisation, de la lutte contre l'isolement, de l'aide aux aidants et enfin du développement de services et de structures coordonnées facilitant le « parcours de vie » et l'autonomie de la personne âgée chez elle.

Il s'agit pour le Conseil départemental, en lien avec ses partenaires institutionnels et privés, de mieux identifier et faire connaître les besoins des personnes âgées d'une part, et d'accompagner et encourager les expérimentations et initiatives innovantes d'autre part (via son pouvoir d'autorisation, la mise en réseau d'acteurs, des soutiens financiers…), tout en continuant de soutenir et de s'appuyer sur les acteurs de l'économie sociale et solidaire.

PARTIE II

AXES STRATEGIQUES ET ENGAGEMENTS POUR LES 5 PROCHAINES ANNEES

Une architecture basée sur la notion de transformation au service des parcours de vie des personnes

Le schéma 2019-2023 en faveur des personnes âgées est structuré autour de 3 axes :

- Axe I : assurer l'adaptation de la société au vieillissement
- Axe II : faciliter l'accès aux droits des personnes âgées et de leurs aidants
- Axe III : accompagner les acteurs de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire pour mettre en place les transformations nécessaires

En tant que citoyens, il est important que les personnes âgées puissent prendre une place pleine et entière dans la vie de la cité. L'inclusion sociale de ces personnes doit leur permettre l'exercice d'une citoyenneté active. L'inclusion sociale et l'adaptation de la société consistent ainsi à leur permettre de bénéficier de l'ensemble des dispositifs de droit commun sans discrimination. Cette inclusion doit pouvoir être effective à tous les âges de la vie, quel que soit le niveau de la perte d'autonomie et le territoire de vie de la personne. A ce titre, le schéma mettra en œuvre plusieurs actions pour accompagner l'adaptation de la société au vieillissement, contribuer aux changements des représentations sur le grand âge, lutter contre l'isolement de nos aînés, favoriser leur accès à la culture et aux mobilités, leur permettre de vivre dans un logement adapté et bénéficier d'offre de soins de proximité.

Les personnes âgées rencontrent des difficultés spécifiques et peuvent nécessiter un accompagnement pour accéder aux dispositifs et services les concernant. Malgré l'existence de lieux d'information de premier niveau, les usagers peuvent rencontrer des difficultés pour obtenir une information à proximité de leur domicile, et ne parviennent pas toujours à circuler avec aisance entre les différents dispositifs d'information du fait de leur multiplicité. Par ailleurs, l'isolement et parfois l'épuisement des proches aidants de personnes âgées demeurent un constat largement partagé, alors qu'il s'agit de personnes jouant un rôle essentiel pour l'accompagnement à domicile. Les aidants sont parfois eux-mêmes vieillissants et peuvent être confrontés à des difficultés économiques. Le renforcement de l'accompagnement de ces personnes est donc essentiel pour pallier ces difficultés. Il importe donc de recentrer les politiques publiques autour de l'usager et de son entourage. Plusieurs leviers seront mobilisés à travers le schéma 2019-2023 pour assurer une plus grande proximité et faciliter l'accès aux droits des personnes âgées, mieux coordonner les acteurs autour de la personne âgée et développer et structurer l'offre d'aide aux aidants.

Proposer aux personnes âgées un accompagnement de qualité, répondant plus précisément à leurs besoins, leurs souhaits et à leur projet de vie, telle est la volonté fondamentale qui anime le schéma 2019-2023. Cette volonté se traduit par une évolution nécessaire de l'offre de services et d'hébergement, en veillant à sa répartition territoriale et à son adaptation à l'évolution des attentes et des profils des personnes. Il s'agit également de s'assurer, par l'adaptation de l'offre, que les personnes puissent bénéficier d'un parcours de vie fluide et sans rupture. En réponse au nombre croissant de personnes âgées vivant à domicile, il s'agit, en premier lieu, d'améliorer l'accompagnement à domicile des personnes par une restructuration du secteur de l'aide à domicile. Les évolutions réglementaires récentes, dans le cadre de la loi ASV, représentent une opportunité pour renforcer et moderniser le secteur et pour accompagner les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) dans l'amélioration du service rendu aux usagers. En deuxième lieu, l'adaptation aux besoins d'accompagnement des personnes rend nécessaire la transformation de l'offre médico-

sociale proposée sur le département, à travers le développement de services plus inclusifs et mieux coordonnés, une offre davantage diversifiée et qui soit adaptée à toutes les situations, notamment au vieillissement des personnes en situation de handicap.

1. AXE I : Assurer l'adaptation de la société au vieillissement

Enjeu : prévenir les effets du vieillissement en particulier auprès des seniors fragiles

Pourquoi cet enjeu ?

Plus que le vieillissement ou l'espérance de vie, **l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité est la variable déterminante des défis sociaux et financiers auxquels notre société devra faire face en matière de perte d'autonomie**. Il est possible d'agir favorablement en ce sens par une politique déterminée en matière de prévention. Déjà en 2009, des travaux de l'OCDE[4] sur le vieillissement en bonne santé évaluaient que la progression des dépenses publiques serait inférieure d'un demi-point de PIB si la moitié des gains d'espérance de vie prenait la forme de gains d'espérance de vie en bonne santé. Au-delà des aspects financiers, c'est la qualité de vie de la population qui est l'objectif principal.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit une définition générale de la politique de prévention en France : *« la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé »*, définition dans laquelle la prévention de la perte d'autonomie s'inscrit.

Pour ce qui concerne plus particulièrement **la perte d'autonomie liée à l'avancée en âge**, la littérature scientifique identifie les principaux risques de perte d'autonomie, et par conséquent les **trois cibles qui doivent être privilégiées si l'on veut réduire le pourcentage de personnes de plus de 60 ans considérées comme « dépendantes »** :

- **Prévenir les maladies liées à l'âge** (risque cardiovasculaire, de cancer, respiratoire, nutritionnel, risques sensoriels…). Généralement, les facteurs de risque de ces pathologies se constituent sur toute une vie : sédentarité, surpoids, mauvaise alimentation, tabagisme, etc.… ;
- **Lutter contre l'inactivité** (physique et intellectuelle), qui est un facteur de risque en soi (indépendamment de la survenue d'une maladie liée à l'inactivité) ;
- **Dépister les situations de fragilité** des personnes âgées, qui induisent un risque accru de dépendance.

De plus, **les inégalités sociales se retrouvent non seulement dans l'espérance de vie mais aussi dans l'espérance de vie sans incapacité**. Ces inégalités ne sont pas seulement liées aux conditions de travail, mais à un ensemble de causalités plus vastes : revenus et éducation, conditions de vie et de logement, situation familiale, habitudes alimentaires, tabagisme, sédentarité, absence de dépistage et de suivi médical, renonciation aux soins

[4] *OCDE Working paper n°42 – Policies for healthy ageing : an overview – février 2009*

pour motifs financiers… Or, il apparaît que **les stratégies de prévention et de dépistage en santé ont tendance à toucher prioritairement les catégories sociales « qui en ont le moins besoin »**. Selon le Conseil d'analyse stratégique, on arrive au résultat paradoxal qu'« *une promotion accrue des pratiques de prévention risque d'accroître les inégalités en matière de santé en ce qu'elle bénéficierait au premier chef aux populations déjà sensibilisées aux bonnes pratiques sanitaires* ». Ce risque est encore plus important en matière de prévention de la perte d'autonomie, dans la mesure où l'on n'attend pas une prise en charge sanitaire (comme pour le dépistage précoce d'une tumeur), mais un changement de comportement individuel ou d'environnement. Gagner globalement des années d'espérance de vie en bonne santé, c'est s'efforcer en priorité d'atteindre les catégories sociales les moins accessibles aux messages de prévention, surtout dans la mesure où l'essentiel est lié à un changement de comportement individuel (activité physique, alimentation, lutte contre le tabagisme…), d'autant plus difficile avec l'avancée en âge. Cibler la politique de prévention de la perte d'autonomie sur certaines catégories sociales, pour ce qui est du risque de « fragilité », serait une nécessité.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 créée **la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie des personnes âgées (CFPPA).** Instance départementale, présidée par le président du Conseil départemental et vice-présidée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), elle a pour objectif de favoriser la synergie de tous les financements consacrés à la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune déclinée dans un programme coordonné. A l'échelle du département, il s'agit dès lors de structurer cette politique publique de la prévention de la perte d'autonomie.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Le Conseil départemental de la Haute-Garonne conduit depuis plusieurs années une politique volontariste à travers des actions innovantes en faveur des personnes âgées à domicile (mise en place de la téléassistance, créations de haltes-répit …).
Le rapport national d'évaluation de la CNSA relatif à la première année de mise en œuvre de la CFPPA (2016) a mis en lumière la grande qualité du travail mené en Haute-Garonne concernant la mise en place rapide des instances, la mobilisation des crédits alloués et la précision dans le suivi des actions et la formalisation du bilan annuel.

Dans la continuité de son engagement et en considération des thématiques couramment présentées comme déterminantes dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, le Département souhaite porter un concept innovant à destination des personnes âgées à domicile : un bus restaurant itinérant, intégrant plusieurs dimensions (nutrition, lien social et accès aux droits).

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°1 : structurer la politique publique départementale de prévention de la perte d'autonomie
- Action n°2 : mise en place d'un bus restaurant itinérant de type food-truck

Enjeu : lutter contre l'isolement des personnes âgées

Pourquoi cet enjeu ?

L'isolement social est un enjeu majeur des politiques de prévention de la perte d'autonomie et d'inclusion des personnes âgées : pouvant conduire à des accompagnements tardifs ou mal adaptés, au non-recours à des droits ou des soins, il constitue un **risque important de dégradation de la santé physique et mentale** d'une personne âgée.

Pour l'année 2014, sur le territoire de la Haute-Garonne, la proportion de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules s'élève à 45%, mettant en évidence un risque accru d'isolement social pour ces personnes. Néanmoins, la notion **d'isolement** peut recouvrir des situations diverses, objectives ou subjectives tant la notion d'isolement peut être ressentie de façon différente par les personnes. Aussi, le fait de vivre seul ne signifie bien sûr pas nécessairement être isolé ou ne pas entretenir de relations sociales.

En revanche, certaines situations ont été identifiées comme favorisant l'isolement des seniors. Ainsi, les **moments de « rupture »** peuvent provoquer un repli sur soi, tels que le **passage à la retraite, la baisse des ressources, la perte du conjoint ou d'amis, la dégradation de la santé ou la perte d'autonomie.**

L'isolement touche toutes les catégories sociales mais il **peut être renforcé par les situations de précarité ou celles liées aux accidents de la vie (veuvage par exemple)**. Les problématiques des personnes âgées très précaires, isolées et en rupture avec la société (avec ou sans domicile fixe) s'accompagnent notamment d'un taux de mortalité élevé et en hausse. Enfin, un besoin apparaît pour un public identifié sur Toulouse dont le niveau de dépendance ne serait pas nécessairement élevé mais dont l'autonomie sociale et la gestion du quotidien serait compromise pour la plupart d'entre eux.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Pour répondre à cet enjeu d'isolement, les équipes médico-sociales jouent au quotidien un rôle essentiel sur tous les territoires. Leur mobilisation se traduit fréquemment par des visites à domicile qui permettent la proximité incontournable avec les personnes âgées. De plus, le Conseil départemental de la Haute-Garonne a mis en place, depuis 1987, un service «Téléassistance 31» gratuit destiné à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap par l'écoute et le traitement, 7 jours sur 7 et 24 h sur 24, de tous les appels émis à partir de l'équipement mis à disposition. Il compte plus de 24 200 bénéficiaires et son taux annuel moyen de croissance nette de 2,5 %. Dans la perspective du renouvellement prochain du marché public et compte tenu de la place croissante de la gérontotechnologie (systèmes techniques et solutions d'aide à la personne âgée, à son aidant dans la réalisation de la vie quotidienne), une évolution du dispositif actuel de téléassistance proposé par le Département se pose dans le double objectif d'adapter les services rendus au plus près des besoins et de moderniser les technologies utilisées pour leur mise en œuvre.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°3 : développer un nouveau modèle de téléassistance pour les personnes âgées à domicile
- Action n°4 : créer une offre d'accueil expérimentale en établissement pour les personnes âgées fragiles ou dépendantes en grande précarité

Enjeu : contribuer à assurer une offre de soins sur les territoires pour répondre aux besoins de la population et à son vieillissement

Pourquoi cet enjeu ?

L'accès aux soins médicaux, notamment de premier recours, relevant des compétences de l'ARS et de l'Assurance maladie, est déterminant pour favoriser la prévention de la perte d'autonomie et répondre aux besoins de santé liés au vieillissement. Or, le département de la Haute-Garonne connaît une démographie médicale sous tension, avec un risque de développement de déserts médicaux en milieu urbain comme en milieu rural face à une densité médicale en baisse et des départs à la retraite non remplacés. Les populations âgées sont les premières touchées et des préoccupations fortes demeurent sur les moyens mis en œuvre pour répondre à leurs besoins de santé.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Le Département a fait le choix, malgré toutes les contraintes sur ses moyens, de conserver un haut niveau de médecins et d'infirmières dans ses équipes médico-sociales sur les territoires, à la différence de la plupart des autres départements. Cette proximité n'est toutefois pas en rapport avec les besoins de la population de médecins généralistes, qui ne relèvent pas des compétences du Département. Par ailleurs, le Conseil départemental, en tant qu'employeur, est également lui-même en difficulté de recrutement de médecins.
Par ailleurs, le Département s'est déjà associé à des initiatives du territoire visant à lutter contre la désertification médicale. Il a, par exemple, participé au « forum des internes en médecine générale » organisé par l'association des internes en médecine générale, avec l'appui de l'ARS (face à la difficulté de recrutement des médecins et au phénomène de désertification médicale, ce forum permet de sensibiliser les étudiants à ces problématiques et de diffuser auprès des futurs médecins de l'information sur la Haute-Garonne).

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°5 : agir sur la désertification médicale

Enjeu : permettre aux personnes âgées de vivre dans des logements adaptés

Pourquoi cet enjeu ?

L'adaptation du logement aux spécificités liées à l'âge est un enjeu majeur pour permettre aux seniors d'évoluer dans leur cadre de vie et de retarder l'entrée en établissement.

L'envie de vivre aussi longtemps que possible chez soi nécessite d'anticiper l'adaptation de son logement et peut passer par le **choix d'un logement adapté à l'évolution de ses facultés**, notamment en termes de mobilité. L'un des principaux risques encourus par les personnes en perte d'autonomie à leur domicile est le risque de chute, dont les séquelles peuvent créer des traumatismes graves tant sur le plan physique que psychologique.

Or, en Haute-Garonne, le **parc social de logements adaptés reste mal identifié et les personnes âgées souhaitant bénéficier de ce type de logement ne sont pas toujours connues des différents acteurs**.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

La poursuite des engagements du Conseil départemental en tant que délégataire (hors Toulouse Métropole, Muretain Agglo et SICOVAL) de la gestion des aides à la pierre de l'Etat et de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), le Département a développé depuis 2015 un dispositif opérationnel local d'amélioration de l'habitat privé notamment dédié à l'adaptation des logements pour le maintien à domicile des personnes âgées. Il permet de délivrer gratuitement aux personnes âgées ayant peu de ressources des conseils, une aide technique pour mettre au point le projet de travaux, une aide administrative pour constituer les dossiers de demande d'aide financière. En parallèle, de manière volontariste, le Conseil départemental accompagne sur fonds propres, sous certaines conditions, les travaux d'adaptation des logements privés pour le maintien à domicile des personnes âgées bénéficiaires de l'APA sur tout le territoire départemental.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°6 : mettre en place un dispositif d'articulation entre la demande et l'offre de logements adaptés et adaptables
- Action n°7 : adapter les logements privés à l'évolution de l'autonomie des personnes âgées

Enjeu : accompagner la mobilité des personnes âgées

Pourquoi cet enjeu ?

Assurer l'adaptation de la société au vieillissement suppose de prendre en compte l'ensemble des dimensions de la vie d'une personne, notamment en matière de vie sociale : qu'il s'agisse de sport, de culture ou de lien social, la **mobilité est au cœur de la préservation de l'autonomie des personnes âgées**. De plus, la mobilité est un enjeu d'accès aux droits, nécessaire pour permettre l'accès des personnes âgées aux différents acteurs pouvant intervenir dans leur parcours.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Le Département de la Haute-Garonne a fait le choix de faciliter la mobilité des personnes âgées en proposant en partenariat notamment avec les communes, les transporteurs et la Région Occitanie, de poursuivre le dispositif de gratuité des transports publics pour les personnes âgées de 65 ans et plus mené jusqu'alors par le SITPA (dissolution décidée en 2016 par arrêté du Préfet de la Haute-Garonne).

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°8 : pérenniser les aides sociales du Département en faveur des transports des personnes âgées

Enjeu : favoriser l'accès à la culture pour les personnes âgées

Pourquoi cet enjeu ?

Favoriser l'accès à la culture pour les personnes âgées contribue à la fois à l'inclusion sociale et à la prévention de la perte d'autonomie : il s'agit, comme pour le logement ou la mobilité, de prendre en compte l'ensemble des aspects de la vie d'une personne. L'accès à la culture de publics potentiellement fragilisés nécessite de lever les différents freins que pourraient rencontrer ces personnes, notamment en matière d'accessibilité et de mobilité.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Le Département mobilise l'offre culturelle existante sur son territoire en l'adaptant en faveur des publics dits « empêchés », comme par exemple au travers d'un bibliobus comptant 43 points de desserte sur 40 communes de la Haute-Garonne.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°9 : faire de la médiathèque un diffuseur culturel pour les personnes dites «empêchées» dans l'accès à la culture

Enjeu : organiser la mise en relation des personnes âgées et favoriser les échanges intergénérationnels

Pourquoi cet enjeu ?

La solidarité intergénérationnelle est fondamentale pour le **maintien de la cohésion sociale**. Les échanges entre générations permettent un **enrichissement mutuel et réciproque** tout en participant au changement de regard sur l'avancée en âge, comme sur la « jeunesse » et la perception que les plus âgés de la société peuvent en avoir. Ainsi, c'est en permettant à chacun de mieux se connaître qu'on lutte le plus efficacement contre les représentations et les stéréotypes.

Il s'agit tout à la fois **d'encourager la solidarité et l'entraide entre les âges, la transmission des savoirs et du savoir-faire et de lutter contre l'isolement**.

Renforcer la mixité des générations peut passer par la création de **lieux ou d'habitats communs**. Cela peut notamment consister dans le développement de **l'habitat intergénérationnel**, qui peut prendre différentes formes, allant de la colocation à d'autres projets innovants de partages de lieux de vie.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action °10 : encourager la mise en relation, et notamment la cohabitation entre personnes âgées et jeunes en recherche de logement

Enjeu : favoriser l'innovation et la sensibilisation dans le domaine du vieillissement

Pourquoi cet enjeu ?

L'avancée en âge de la population française pose de nouveaux défis à notre société. Si certains besoins d'hier demeurent, les attentes des personnes âgées et de leurs proches ont évolué dans le temps, en cohérence avec les changements de notre société. Les conceptions et réponses d'hier ne sont donc pas toujours en lien avec les enjeux d'aujourd'hui. A ce titre, l'ensemble des acteurs parties prenantes, qu'ils soient publics ou privés, doit pouvoir mieux identifier les « nouveaux » besoins et imaginer des réponses plus adaptées à la « réalité » des personnes, en s'appuyant notamment sur les possibilités offertes par le numérique.

Le Conseil départemental poursuivra sa politique volontariste en faveur du développement des territoires, par exemple dans le domaine du tourisme, en intégrant le potentiel

économique lié au vieillissement de la population. Il assurera ou incitera à l'élaboration de réponses nouvelles adaptées.

L'innovation en matière de vieillissement constitue un enjeu fondamental. Elle passera notamment par l'écoute des personnes âgées et de leurs besoins, ce qui implique de faire évoluer le regard de la société sur la question du vieillissement comme de donner aux plus âgés d'entre nous un pouvoir de dire et d'agir.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°11 : faciliter le développement de nouveaux services et soutenir l'économie de la longévité
- Action n°12 : sensibiliser à la singularité du grand âge

2. AXE II : Faciliter l'accès aux droits des personnes âgées et de leurs aidants

Enjeu : assurer une plus grande proximité et une facilitation dans l'accès aux droits des personnes âgées

Pourquoi cet enjeu ?

L'accès aux droits est un enjeu premier**, préalable à tout accompagnement d'une personne âgée** dans son parcours de vie. Face à la diversité des dispositifs et des acteurs existants, l'information parfois peu lisible pour l'usager, la réponse apportée doit être la plus simple possible et en proximité. Aussi, il importe que soient mieux pensés le maillage et les moyens permettant d'apporter **une réponse** aux personnes âgées prenant en compte l'ensemble des besoins exprimés.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Les services du Conseil départemental mettent tout en œuvre au quotidien pour assurer une réponse complète (instruction administrative, évaluation par les équipes médico-sociales et mise en paiement de la prestation) aux demandes d'APA dans un délai inférieur à 2 mois tant pour une première demande qu'en cas de révision du plan d'aide. Ainsi, les plans d'aides proposés répondent aux besoins des personnes âgées, en lien avec leurs évolutions et leur contexte de vie.

Les services du Conseil départemental vont prolonger la nécessaire démarche d'amélioration continue avec la poursuite de la modernisation des dispositifs comme cela a été le cas avec la mise en place des « Chèque Solidarité 31 » et plus particulièrement leur version dématérialisée « e-cesu » (simplification des démarches de contrôle d'effectivité obligatoire sur les prestations financières).

Le Département est engagé dans une démarche de nouvelle territorialisation des services des solidarités. Dans ce cadre, les politiques relatives aux personnes âgées sont bien identifiées comme des politiques essentielles au niveau de chaque maison des solidarités du Conseil départemental.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°13 : organiser une réponse plus adaptée aux personnes âgées au plus près des territoires
- Action n°14 : agir en faveur de l'inclusion numérique

Enjeu : mieux coordonner les acteurs autour de la personne âgée

Pourquoi cet enjeu ?

Une grande diversité d'acteurs intervient autour de la personne âgée : afin de pouvoir offrir à chacun un parcours de vie, voire de fin de vie et de santé adapté à ses besoins et ses aspirations, il est nécessaire de parvenir à coordonner les différents accompagnements de la personne. Or, face à un manque d'interconnaissances entre certains acteurs et des pratiques professionnelles souvent différentes entre les secteurs sociaux, médico-sociaux ou encore sanitaires, il apparaît nécessaire de poursuivre les efforts conduits en matière de coordination et de penser de **nouvelles solutions afin de faciliter les synergies.**

La poursuite des engagements du Conseil départemental

A la suite de la reprise des missions relevant de l'action gérontologique des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), le Département a positionné par délibération les maisons des solidarités (MDS) comme « guichet unique » de la coordination gérontologique. La coordination sur le territoire et le développement des réseaux gérontologiques se poursuivront afin de monter des projets nouveaux et de lancer des réseaux sur d'autres territoires en articulation avec les MAIA.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°15 : trouver un modèle d'organisation entre tous les acteurs

Enjeu : développer et structurer l'offre d'aide aux aidants

Pourquoi cet enjeu ?

Ces dernières années, le périmètre élargi de l'entourage a été reconnu à travers la **notion de « proche aidant» d'une personne âgée** dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 (Article L. 113-1-3 du CASF). Elle **reconnaît l'action du proche aidant en lui donnant une définition et en lui reconnaissant des droits**. Une personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie peut ainsi être considérée comme un proche aidant. En France, **plus de 8 millions de personnes** âgées de seize ans ou plus **constituent ainsi des « proches aidants »**. Environ la moitié d'entre eux a une activité professionnelle, représentant donc plus de 10% des personnes en activité en France.

En matière d'accompagnement des aidants, l'article L. 113-2 du CASF confie au **Conseil départemental** un **rôle de chef de file** : celui-ci « définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants mentionnés à l'article L. 113-1-3. Il

coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-5, les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants […] en s'appuyant notamment sur la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 233-1 et sur le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie mentionné à l'article L. 149-1 ».
Le **développement de l'action sociale** des acteurs publics (État, CNSA, collectivités territoriales, caisses de retraite, organismes de sécurité sociale…) ainsi que la mise en place de plans nationaux de santé publique ciblant ou priorisant certains publics (plan maladies neurodégénératives, plan autisme…) ont **favorisé l'augmentation du nombre d'acteurs intervenant dans le champ des aidants**. Des acteurs privés (mutuelles, compagnies d'assurance ou de prévoyance …) ont aussi développé des actions d'aide aux aidants avec la volonté de compléter l'offre soutenue par les politiques publiques, mais également d'élargir l'offre proposée aux adhérents et aux assurés. Ainsi, de nombreux acteurs, publics comme privés, interviennent auprès des aidants.
Le répit, le soutien psychologique, et l'information adaptée constituent les **3 principaux types de besoins des aidants**. **La diversité des besoins des aidants et des acteurs y apportant une réponse** rend nécessaire une **meilleure structuration de l'information auprès des aidants** et des intermédiaires qui les côtoient dans leur quotidien (services d'aide à domicile, professionnels médicaux et paramédicaux …).

De plus, concilier vie active, vie familiale, vie sociale et aide à une personne âgée dépendante ou à une personne handicapée est un équilibre difficile à tenir. Pour illustration, certains aidants consacrent près de 5 heures par jour à leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer. Pour autant, peu de dispositions ont été prises à ce jour à l'échelle nationale pour faciliter la **conciliation de la vie professionnelle et de l'accompagnement d'un proche en difficulté de vie**. Le plus souvent, les aménagements facilitant cette conciliation sont convenus au cas par cas entre le salarié en situation d'aidant et l'employeur. Ainsi, certaines entreprises se saisissent peu à peu de la question et expérimentent différents dispositifs à destination de leurs salariés en situation d'aidant.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Le Conseil départemental a fait le choix, au-delà de ses compétences, de financer le développement de haltes-répit. Ce dispositif lancé sous forme expérimentale a pour finalité de proposer aux aidants naturels une solution pour marquer une pause dans un accompagnement rapproché à domicile, via l'organisation d'un accueil ponctuel de l'aidé par une équipe adaptée, dans un lieu chaleureux et sécurisé.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°16 : développer l'information au service des aidants sur le territoire départemental
- Action n°17 : expérimenter un dispositif pour accompagner des personnes qui doivent concilier vie professionnelle et rôle d'aidant familial
- Action n°18 : poursuivre le déploiement des haltes-répit

3. AXE III : Accompagner les acteurs de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire pour mettre en place les transformations nécessaires

Enjeu : élaborer une stratégie cohérente et partagée en faveur des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Pourquoi cet enjeu ?

La **politique de soutien à domicile constitue un pilier de l'action publique en direction des personnes en perte d'autonomie** afin de leur assurer la possibilité de vivre à domicile le plus longtemps possible, dans les meilleures conditions, et en cohérence **avec leur projet de vie.**

Si l'offre de services d'aide à domicile (SAAD) est importante en nombre à l'échelle départementale, elle demeure orientée sur la métropole toulousaine, ne permettant pas une couverture territoriale suffisante sur tous les territoires de la Haute-Garonne.

Les récentes évolutions du secteur de l'aide à domicile et le basculement dans le régime de l'autorisation de l'ensemble des services d'aide à domicile anciennement agréés est une opportunité pour le Département de structurer le secteur pour améliorer le niveau de réponse aux besoins. Mieux accompagner à domicile implique d'agir sur le secteur de l'aide à domicile, en s'appuyant sur les évolutions nationales en cours mais aussi en cherchant à favoriser l'aide aux aidants, par la facilitation de l'accès aux dispositifs existants et par l'enrichissement de l'offre de services. Une stratégie en faveur des SAAD, devant assurer une couverture territoriale optimale et de qualité, s'inscrit en complémentarité avec les politiques de prévention et de lutte contre l'isolement mises en œuvre (axe I).

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Le Conseil départemental déploie le dispositif « Télégestion Solidarité 31 », système permettant de garantir le suivi et la qualité de la prestation du SAAD dans le cadre de l'APA. Il permet à ces services de moderniser leurs procédures de facturation, de paye par la dématérialisation de la chaîne d'enregistrement des heures effectuées à domicile en s'équipant en matériels de télégestion ; il participe également au renforcement de la qualité des prestations par une plus grande réactivité des services et à la valorisation du métier de l'aide à domicile par le biais notamment de la téléphonie mobile. Ce dispositif est mis en œuvre dans le cadre d'une convention de soutien financier avec la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA).

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°19 : garantir une couverture territoriale optimale et de qualité

Enjeu : proposer une offre à domicile plus inclusive entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Pourquoi cet enjeu ?

L'accompagnement à domicile doit prendre en compte toutes les dimensions de la vie de la personne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, pour lui permettre de vivre le plus longtemps possible comme elle le décide. Le soutien de la personne et la recherche de son épanouissement, quel que soit son âge, englobent ainsi toutes les mesures d'accompagnement nécessaires pour pouvoir rester chez soi dans un environnement sécurisé : aides humaines et notamment soins, aides techniques (aménagements, lit médicalisé, déambulateur…), aides financières, accompagnement à la fin de vie si nécessaire.

Lorsque la perte d'autonomie de la personne apparaît, son accompagnement par des services professionnalisés permet de **faire face aux différents besoins d'aide au quotidien et de soins** (SAAD, SSIAD, SPASAD, HAD, ESA, ESMS APA...). Or, la **coordination autour des situations individuelles des personnes âgées souffre d'une trop grande complexité face à la multiplicité des acteurs** : interventions cloisonnées et non coordonnées, partage d'information parfois lacunaire nécessitant pour la personne âgée et son entourage de répéter des informations déjà transmises à d'autres, représentations inexactes sur les métiers et la capacité de chaque service intervenant, etc.

Aussi, **le parcours de la personne âgée et de son entourage demeure encore difficile** alors que de nombreux services ont été créés depuis des années pour les accompagner. Une coordination plus efficace de l'ensemble des services intervenant auprès des personnes âgées permettra de faciliter et de simplifier leur parcours et leur accompagnement.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

En lien avec l'ARS, le Conseil départemental s'est engagé dans une démarche de meilleure intégration des services intervenant auprès des personnes âgées notamment, à travers l'expérimentation des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). Ces derniers permettent en effet le rapprochement du soin et de l'aide dans une logique de parcours et d'accompagnement global de la personne.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°20 : structurer la coordination des acteurs (SAAD / SSIAD / SPASAD / équipes Alzheimer / équipes APA/MAIA/PTA) autour des situations individuelles

Enjeu : valoriser les métiers de l'aide à la personne par le biais de la formation et de l'accompagnement des employeurs

Pourquoi cet enjeu ?

A l'instar du manque de reconnaissance des métiers médico-sociaux mis en évidence par la récente crise des EHPAD, **les métiers du domicile souffrent d'un défaut de visibilité et de valorisation au sein de la société**. D'importantes **problématiques de recrutement** se posent pour les services d'aide à domicile : en effet, ces professions, peu valorisées, cumulent des niveaux de rémunération peu élevés, des contraintes en termes de déplacements pouvant créer un certain isolement et de potentielles situations professionnelles complexes face aux difficultés inhérentes à l'accompagnement de publics fragiles. Soumis à des risques psycho-sociaux importants, ces métiers nécessitent aussi, au regard de la complexité de certaines prises en charge, **un niveau de formation adéquat** afin de garantir la qualité de l'accompagnement à domicile. Cette **exigence de qualification accentue encore davantage les difficultés de recrutement** que rencontrent les services.

Afin de garantir à la fois **la qualité des accompagnements des personnes âgées** mais aussi la **qualité de travail des intervenants**, il est nécessaire d'agir à la fois en faveur du **recrutement, de la formation et de la valorisation des métiers de l'aide à domicile**.

La **coopération entre acteurs est nécessaire à ce sujet afin d'assurer une offre à domicile de qualité couvrant l'ensemble du territoire** : une structuration sous forme de plateforme de services peut permettre de répondre à ces différents enjeux.

La poursuite des engagements du Conseil départemental

Le Conseil départemental soutient l'association de la plateforme des métiers en Comminges dont l'objectif est la mutualisation des moyens de services d'aide à domicile adhérents du territoire pour renforcer la formation des intervenants à domicile mais aussi engager des travaux collectifs pour répondre aux problématiques du secteur.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°21 : encourager la valorisation des métiers de l'aide à la personne et contribuer au recrutement, à la formation et à la fidélisation de ces personnels

Enjeu : diversifier l'offre d'accompagnement pour les personnes âgées

Pourquoi cet enjeu ?

Le souhait des personnes âgées est souvent de **vivre le plus longtemps possible au sein de leur domicile**. Toutefois, vient un temps où le domicile n'est plus adapté (retour

d'hospitalisation, augmentation du niveau de dépendance de la personne par exemple) et des évolutions doivent être proposées : résidences autonomie, résidences services, familles d'accueil, EHPAD…
Aujourd'hui, **ces offres de services dites « classiques »** (notamment EHPAD) ne sont plus toujours adaptées à l'évolution des besoins des personnes et à leur souhait de privilégier l'accompagnement à domicile. A l'autre bout de la chaîne, on constate que les unités de soins de longue durée (USLD) se vident progressivement car les personnes sont orientées vers les EHPAD, modifiant ainsi leur offre de service comme leur image.
Face à cette **dichotomie encore très présente entre domicile et établissement**, qui ne correspond pas toujours aux aspirations des personnes âgées, des **solutions intermédiaires** doivent être pensées, au service d'un **parcours résidentiel** et dans le respect des choix de vie et des besoins de chacun. De **nouvelles offres de services sont alors à construire en mobilisant l'ensemble des ressources médico-sociales du territoire**.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°22 : organiser une offre d'accompagnement plus diversifiée entre le domicile et l'établissement

Enjeu : proposer aux personnes handicapées vieillissantes des réponses s'inscrivant dans le droit commun

Pourquoi cet enjeu ?

D'après le rapport de B. Azéma, et N. Martinez (2003), « une **personne handicapée vieillissante** est une personne **qui a entamé ou connu sa situation de handicap** (quelle qu'en soit la nature ou la cause) **avant que de connaître par surcroît les effets du vieillissement**. La **situation de handicap a donc précédé le vieillissement.** ». Faisant état de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, ce rapport met en évidence les spécificités de l'avancée en âge pour ce public. Cette dernière se traduit en effet souvent soit par la survenue de nouvelles déficiences provoquant une intensification des besoins (surdité, cécité, réduction de la mobilité…) ou un possible accroissement de déficiences antérieures. Certaines personnes en situation de handicap peuvent présenter des **signes de vieillissement dès l'âge de 40 ans ou à l'inverse**, connaître une avancée en âge **similaire à la population générale**.

Aussi, les personnes handicapées vieillissantes se trouvent à **la croisée de deux champs d'action publique historiquement distincts**, construits sur des accompagnements différents. Les personnes en situation de handicap et leur famille sont ainsi régulièrement confrontées aux politiques publiques portées par une multiplicité d'acteurs et parfois construites en silos, ce qui ne favorise pas le décloisonnement institutionnel.

Dès lors, les personnes handicapées vieillissantes connaissent des **risques accrus de rupture de parcours**. Il s'agit donc d'organiser **l'accompagnement des transitions** tant pour les personnes que pour leurs proches et de faire preuve d'adaptation et d'inventivité dans les réponses à apporter. Cet accompagnement s'inscrit, de plus, dans la démarche « Une Réponse Accompagnée pour Tous » impulsant de nouvelles façons de travailler entre acteurs institutionnels et professionnels de terrain, au service du parcours de la personne.

Quelles réponses nouvelles ?

- Action n°23 : informer et sensibiliser au vieillissement des personnes en situation de handicap
- Action n°24 : identifier les solutions d'hébergement répondant au mieux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes

PARTIE III

PLAN D'ACTIONS POUR AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN HAUTE-GARONNE

Une construction du plan d'actions en plusieurs étapes

• Des thématiques et propositions d'actions **découlant du diagnostic** réalisé entre septembre 2017 et janvier 2018.

• **24 groupes de travail** animés les 12-13-14-16 mars 2018 lors des journées partenariales sur Toulouse et Saint-Gaudens, ayant permis de compléter et de décliner les propositions d'actions pour le futur schéma.

• Un travail de **synthèse** et de **structuration** des pistes proposées par les partenaires effectué par les services de la Délégation Autonomie.

• Des **réunions techniques** de consolidation et d'approfondissement des actions avec l'**ARS** et les services des **directions du Conseil départemental parties prenantes.**

• La **rédaction** des présentes fiches-actions **par les services** chefs de file (Délégation Autonomie et autres services du Conseil départemental).

L'architecture du plan d'actions

3 axes structurants

16 engagements > niveau stratégique

24 actions concrètes et réalistes > niveau opérationnel

Une architecture basée sur la notion de transformation au service des parcours de vie des personnes

Axe I : Assurer l'adaptation de la société (adaptation des politiques publiques et mobilisation de toutes les parties prenantes)

8 engagements

12 actions

Axe II : Faciliter l'accès aux droits des personnes âgées et de leurs aidants

3 engagements

6 actions

Axe III : Accompagner les acteurs de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire pour mettre en place les transformations nécessaires

5 engagements

6 actions

1. Des actions qui ne relèvent pas exclusivement de la compétence du Département

- *Les projets présentés sont des actions sur lesquelles le Conseil départemental s'engage.*
- *L'implication des partenaires est attendue sur l'ensemble des actions d'une manière générale et plus particulièrement sur celles qui les concernent directement.*

2. Des actions opérationnelles et suffisamment précises dans leur intitulé

- *Pouvoir justifier de la mise en œuvre du plan d'actions.*
- *Assurer son évaluation dans 5 ans.*

AXE I : Assurer l'adaptation de la société au vieillissement

ENJEU : PREVENIR LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT EN PARTICULIER AUPRES DES SENIORS FRAGILES

Action n°1 : structurer la politique publique départementale de prévention de la perte d'autonomie

Contexte

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 a créé la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), destinée à soutenir des actions de prévention en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus.
Les programmations 2016 et 2017 ont permis une mobilisation optimale, reconnue au plan national, des crédits alloués par la CNSA. En s'appuyant sur cette réussite, l'articulation des acteurs parties prenantes peut être encore plus développée.

Objectifs

Structurer la politique publique départementale de prévention de la perte d'autonomie sur la base de priorités d'intervention (thématiques, territoires…).
Promouvoir la prévention dès le passage à la retraite.
Développer en partenariat des actions de prévention, d'éducation sanitaire et de suivi médical régulier.

Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	Membres de la conférence des financeurs	
Modalités de mise en œuvre	**Qui ?**	**Quand ?**
Définir les priorités d'intervention en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, en cohérence avec les autres actions de prévention déjà engagées par le CD (par exemple partenariat avec le Gérontopôle). Revoir le programme coordonné de financement de la CFPPA en considération des priorités arrêtées. Poursuivre et conforter les travaux de la CFPPA.	Conseil départemental avec les membres de la conférence des financeurs	2018 2019-2023

Points de vigilance

Incertitude sur le niveau de mobilisation des acteurs concernés.
Complexité dans la mise en place d'un « parcours de prévention » : articulation entre l'identification du public cible, de(s) thème(s) de prévention, de(s) territoire(s) d'intervention, de l'émergence du ou des projets répondant à l'ensemble de ces critères à des coûts compatibles avec les financements mobilisables.

Indicateurs d'évaluation et de suivi

Age moyen d'entrée dans l'APA des personnes accompagnées.
Budget et nombre d'actions réalisées / personnes concernées / territoires couverts chaque année.

Action n°2 : mise en place d'un bus restaurant itinérant de type food-truck		
Contexte		
Si le Conseil départemental de la Haute-Garonne conduit depuis des années une politique volontariste à travers des actions innovantes en faveur des personnes âgées à domicile, il demeure nécessaire d'identifier notamment de nouvelles actions de lutte contre l'isolement. Offrir un service qui va à la rencontre des personnes est une modalité nouvelle permettant d'assurer la proximité sur les territoires.		
Objectifs		
A travers la création d'un bus restaurant itinérant, offrir un lieu de convivialité permettant, d'une part, de rompre l'isolement social et d'être, d'autre part, le support à des actions de sensibilisation à la prévention de la perte d'autonomie (nutrition en priorité) et à l'accès aux droits.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	Membres de la conférence des financeurs CCAS Collectivités locales Partenaires des secteurs social et médico-social	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Etude de faisabilité du projet de bus restaurant itinérant de type food-truck.	Conseil départemental	2019
Arbitrages et, dans l'hypothèse de la conduite du projet, démarrage de la mise en œuvre opérationnelle.		2019-2020
Lancement du projet.		Dernier trimestre 2020
Points de vigilance		
Niveau de complexité du projet compte tenu de l'ensemble des dimensions à prendre en compte. Coût du projet.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Mise en fonctionnement de bus restaurant itinérant de type food-truck. Nombre de personnes utilisatrices et d'intercommunalités couvertes par l'action.		

ENJEU : LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DES PERSONNES AGEES

<table>
<tr><th colspan="3">Action n°3 : développer un nouveau modèle de téléassistance pour les personnes âgées à domicile</th></tr>
<tr><td colspan="3">Contexte</td></tr>
<tr><td colspan="3">Le Conseil départemental de la Haute-Garonne a mis en place, depuis 1987, un service «Téléassistance 31» destiné à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap par l'écoute et le traitement, 7 jours sur 7 et 24 h sur 24, de tous les appels émis à partir de l'équipement mis à disposition.
Le dispositif bénéficie à plus de 24 000 personnes, avec un taux annuel moyen de croissance du nombre de bénéficiaires de 2,5 %.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Objectifs</td></tr>
<tr><td colspan="3">Selon les besoins que le Conseil départemental choisira de couvrir, grâce aux gérontotechnologies, pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap, apporter une offre complémentaire encore plus adaptée aux personnes par un dispositif extra-légal renouvelé de la téléassistance.</td></tr>
<tr><td>Pilote</td><td colspan="2">Partenaires participant à l'action</td></tr>
<tr><td>Conseil départemental</td><td colspan="2">Prestataires de services</td></tr>
<tr><td>Modalités de mise en œuvre</td><td>Qui ?</td><td>Quand ?</td></tr>
<tr><td>Etude des principales gérontotechnologies participant, en complément de la « solution de base » de téléassistance, au maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.</td><td rowspan="3">Conseil départemental</td><td>Fin 2018</td></tr>
<tr><td>Détermination du futur dispositif extra-légal départemental de téléassistance rénové.</td><td></td></tr>
<tr><td>Lancement d'un marché public.</td><td>1er semestre 2019</td></tr>
<tr><td colspan="3">Points de vigilance</td></tr>
<tr><td colspan="3">Qualité des réponses à l'appel d'offres.
Vigilance quant à la pérennisation non acquise d'innovations technologiques récemment intervenues sur le marché.
Acceptation et appropriation de ces technologies par les personnes auxquelles elles sont destinées.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Indicateurs d'évaluation et de suivi</td></tr>
<tr><td colspan="3">Nombre d'utilisateurs du nouveau système de téléassistance.
Etude qualitative, retour d'expérience auprès des personnes âgées accompagnées à l'horizon 2023.</td></tr>
</table>

Action n°4 : créer une offre d'accueil expérimentale en établissement pour les personnes âgées fragiles ou dépendantes en grande précarité		
Contexte		
Les problématiques des personnes âgées très précaires, isolées et en rupture avec la société (avec ou sans domicile fixe) ne trouvent pas nécessairement, concernant le vieillissement de ces personnes, de solution dans le droit commun existant. L'autonomie sociale de ce public cible (âgé de 60 à 70 ans) est compromise pour la plupart d'entre eux.		
Objectifs		
Construire une offre d'accompagnement pour ces personnes par la mise en place d'un dispositif expérimental.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental ARS	ESMS, porteur de projets.	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Définition du projet.	Conseil départemental ARS	2019
Mise en œuvre et ouverture de la structure retenue.	ESMS, porteur de projets	2020-2022
Points de vigilance		
Difficulté à identifier la catégorie juridique d'établissement susceptible de répondre parfaitement aux besoins de cette population (EHPAD, résidence autonomie, établissement expérimental). Accompagnement spécifique de cette population (personnel spécifique éducateur, assistante sociale…) pouvant entrainer un coût supplémentaire.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Ouverture effective de la structure. Nombre de personnes accompagnées.		

ENJEU : CONTRIBUER A ASSURER UNE OFFRE DE SOIN SUR LES TERRITOIRES POUR REPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION ET A SON VIEILLISSEMENT

<table>
<tr><th colspan="3">Action n°5 : agir sur la désertification médicale</th></tr>
<tr><td colspan="3">Contexte</td></tr>
<tr><td colspan="3">Le département de la Haute-Garonne voit les déserts médicaux s'étendre sur son territoire (densité médicale en baisse), en milieu urbain comme en milieu rural (départs à la retraite non remplacés). Les populations âgées sont parmi les premières touchées.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Objectifs</td></tr>
<tr><td colspan="3">Lutter contre les déserts médicaux.
Développer l'intérêt pour les médecins d'exercer dans le département.</td></tr>
<tr><td>Pilote</td><td colspan="2">Partenaires participant à l'action</td></tr>
<tr><td>Conseil départemental</td><td colspan="2">ARS
EPCI
Collectivités locales</td></tr>
<tr><td>Modalités de mise en œuvre</td><td>Qui ?</td><td>Quand ?</td></tr>
<tr><td>Développer les aides du Conseil départemental en faveur des maisons de santé.
Développer l'attractivité auprès des jeunes médecins par une implication dans le « forum des internes en médecine générale ».</td><td>Conseil départemental</td><td>2019-2023</td></tr>
<tr><td colspan="3">Points de vigilance</td></tr>
<tr><td colspan="3">Mobilisation des professionnels de santé et des partenaires.
Maîtrise du coût des projets.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Indicateurs d'évaluation et de suivi</td></tr>
<tr><td colspan="3">Budget des aides du Conseil départemental.
Nombre de jeunes médecins installés dans les zones en voie de désertification médicale entre 2019 et 2023.</td></tr>
</table>

ENJEU : PERMETTRE AUX PERSONNES AGEES DE VIVRE DANS DES LOGEMENTS ADAPTES

Action n°6 : mettre en place un dispositif d'articulation entre la demande et l'offre de logements adaptés et adaptables

Contexte

Le logement constitue un levier essentiel dans l'objectif d'une société inclusive. Il doit être un outil de la vie à domicile, en cohérence avec le projet de vie des personnes en perte d'autonomie ou de handicap.

L'accès à un logement adapté répond au besoin fondamental de vivre de manière autonome et de ne pas subir une institutionnalisation faute de solution alternative.

La loi du 11-02-2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées visant leur insertion sociale dans tous les domaines de la vie fixe notamment une obligation aux EPCI de recensement des logements adaptés ou adaptables.

La Loi ELAN, actuellement en cours de discussion au Parlement, posera de nouvelles règles concernant les obligations légales en matière de logements adaptés et adaptables.

En Haute-Garonne, le parc de logements adaptés dans le parc public reste mal identifié. D'un autre côté, les besoins spécifiques en matière de logement des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap ne sont pas toujours connus des différents acteurs.

Objectifs

Anticiper et faciliter le maintien à domicile et/ou favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap en rapprochant l'offre de logements adaptés ou adaptables à la demande et aux besoins identifiés.

Rendre lisible cette offre et améliorer la traçabilité des logements.

Accompagner, le cas échéant, le bénéficiaire en mobilisant les dispositifs d'accompagnement social pour la réalisation de son projet de vie.

Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	USH, association ATLAS, bailleurs sociaux, intercommunalités.	
Modalités de mise en œuvre	**Qui ?**	**Quand ?**
Evolution de l'outil ATLAS avec : • La création d'une base « logement adapté ou adaptable » permettant de mieux faire correspondre offre et besoin de logement. • Une meilleure qualification de la demande afin de	Ensemble des partenaires	2018-2020

mieux identifier les besoins par la précision du volet handicap / perte d'autonomie sur la demande de logement social (imprimé Cerfa).		

Points de vigilance
Définition de critères communs pour recenser le logement dit « adapté » et « adaptable ». Nécessité pour la réussite et la cohérence de ce projet de rassembler toutes les parties prenantes (notamment les intercommunalités ayant la compétence en matière de recensement de l'offre et les bailleurs sociaux).

Indicateurs d'évaluation et de suivi
Nombre de bailleurs sociaux mobilisés. Mise en place d'une méthode et d'un outil de recensement partagés et uniques : nombre de logements recensés. Nombre de personnes bénéficiaires d'un nouveau logement grâce à ce dispositif.

Action n°7 : adapter les logements privés à l'évolution de l'autonomie des personnes âgées		
Contexte		
Le Plan Départemental de l'Habitat (PDH) et le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) que le Département copilote avec l'Etat portent l'ambition de résoudre les problèmes de mal logement des publics fragiles, notamment l'habitat inadapté aux besoins des personnes âgées et dépendantes. La révision concomitante de ces schémas est en cours en 2018 – 2019 pour aboutir à la définition d'une stratégie Habitat 2024 et d'un nouveau plan départemental d'action sur l'habitat. Une subvention aux travaux d'adaptation des logements privés pour le maintien à domicile des personnes âgées bénéficiaires de l'APA a été mise en place à cet effet sur tout le territoire départemental. De plus, le Conseil départemental est délégataire de la gestion des aides à la pierre de l'Etat et de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), hors Toulouse Métropole, Muretain Agglo et SICOVAL. Sur ce territoire, le Département a développé depuis 2015 un dispositif opérationnel local d'amélioration de l'habitat privé dédié à la lutte contre la précarité énergétique et à l'adaptation des logements pour le maintien à domicile des personnes âgées et/ou handicapées.		
Objectifs		
Apporter gratuitement aux personnes âgées ayant peu de ressources des conseils, une aide technique pour mettre au point le projet de travaux, une aide administrative pour constituer les dossiers de demande d'aide financière. Apporter une subvention départementale complémentaire aux aides existantes (ANAH, PCH, Caisses de retraite …) de manière à compléter les plans de financement des personnes les plus en difficulté.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	Opérateurs agréés ANAH, autres financeurs.	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?

Mettre en œuvre les dispositifs inscrits dans les conventions du Programme d'Intérêt Général (PIG) départemental et de l'OPAH du Pays du Comminges pour la période 2018 – 2020. Maintenir une subvention départementale complémentaire pour les bénéficiaires de l'APA très modestes effectuant des travaux pour permettre leur maintien à domicile. Analyser l'effet levier des subventions départementales complémentaires pour les adapter le cas échéant dans le cadre de la révision des schémas habitat – Stratégie habitat 2024.	Conseil départemental Opérateurs agréés ANAH	2018 - 2020
Points de vigilance		
Les dotations de l'ANAH pour les projets de travaux liés à l'autonomie ne sont pas toujours à la hauteur des besoins et peuvent être un frein aux réalisations.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Nombre de logements réhabilités.		

ENJEU : ACCOMPAGNER LA MOBILITE DES PERSONNES AGEES

Action n°8 : pérenniser les aides sociales du Département en faveur des transports des personnes âgées		
Contexte		
Suite à l'avis favorable de la Commission Départementale de Coopération Intercommunale du 20 septembre 2016, Monsieur le Préfet de la Haute-Garonne a décidé par arrêté du 24 novembre 2016 de dissoudre le Syndicat Intercommunal de Transport des Personnes Agées (SITPA). Les missions assurées par le SITPA se sont achevées le 31 août 2017. Le Département a proposé, en partenariat avec les communes, les transporteurs et la Région Occitanie, d'assurer le dispositif de gratuité des transports publics pour les personnes âgées de 65 ans et plus mené jusqu'alors par le SITPA. Un nouveau dispositif a ainsi été mis en place, permettant l'octroi de bons gratuits valables sur les différents réseaux de transport, dans la limite de 24 trajets par personne et par an dans le département. Il est ouvert à toutes les communes du département souhaitant y participer.		
Objectifs		
Faciliter les déplacements des personnes âgées de plus de 65 ans les plus démunies, pour tout motif : démarches administratives, accès aux soins médicaux, … Maintenir les liens sociaux et la vie sociale, en particulier dans les zones rurales. Pérenniser le dispositif et assurer sa montée en charge en partenariat avec les acteurs volontaires.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	Communes EPCI Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) Transporteurs	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Montée en charge du dispositif mis en œuvre.	Conseil départemental	2018 -2023
Points de vigilance		
Maîtrise des coûts de l'action.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Nombre de communes / EPCI / CIAS adhérents. Nombre de personnes bénéficiaires et de trajets générés.		

ENJEU : FAVORISER L'ACCES A LA CULTURE POUR LES PERSONNES AGEES

Action n°9 : faire de la médiathèque un diffuseur culturel pour les personnes dites « empêchées » dans l'accès à la culture		
Contexte		
Dans le cadre du schéma départemental de la lecture publique, la médiathèque départementale a pour objectif de développer une action spécifique pour les publics empêchés et donc dans une approche universelle qui peut également être un atout pour des personnes âgées qui seraient également dans ce cas. Un bibliobus du CD31 assure aujourd'hui 43 points de desserte sur 40 communes. Toutefois tant les contenus proposés que l'accessibilité de bibliobus ne sont pas toujours adaptés aux personnes dites « empêchées ». Pour y remédier, la médiathèque départementale porte un projet de médiabus qui répondrait à ces besoins.		
Objectifs		
• Inciter à la diversification de l'offre d'accès à la culture par une mise en accessibilité des contenus proposés aux personnes âgées (gros caractères, FALC, livres audio, braille…) via une mise à disposition de contenus accessibles à ces différents publics (livres, CD, DVD, offre numérique) notamment par le biais de malles thématiques. • Disposer d'un réseau de bibliothécaires formés à l'accueil des publics âgés via la formation de ces professionnels. • Renforcer le maillage territorial d'accès à la culture via la couverture de « zones blanches » par le médiabus.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Médiathèque départementale	Bibliothèques municipales volontaires Structures hébergement pour personnes âgées Conseil départemental	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
<u>Etat des lieux (actions 1, 2 et 3) :</u> Recenser les structures concernées (EHPAD, établissements médicalisés et non médicalisés, services d'aide à domicile…). Travail avec les partenaires. Etude de l'existant et des besoins repérés afin d'affiner les pistes de travail (étude cartographique, listings…). Appel à candidatures des bibliothèques (action 2).	Médiathèque départementale Bibliothèques municipales Structures hébergement pour personnes âgées	2019
<u>Etape 1 :</u> Action 1 - Les malles : Détermination des contenus à insérer dans les malles en		

fonction des publics cibles. Acquisition des documents et constitution des malles. Concernant les dons d'ouvrages : Déterminer des critères pour cibler les structures prioritaires et pertinentes pour les dons suite aux «opérations de désherbage», Appel à volontariat, mise en place d'une procédure de dons. Action 2 : Formation des bibliothécaires municipaux, Déploiement du dispositif par échelonnement. Action 3 : en fonction du déploiement des actions 1 et 2 Etablir les zones blanches non couvertes par un accès à la culture (non couvertes ni par action 1 ni action 2), Etudier les circuits existants du médiabus et les zones blanches pour complétude du maillage territorial, Identifier les besoins des zones blanches en matière de contenus documentaires en fonction des publics de la zone, Acquisition de documents adaptés ou/et mise à disposition de documents existants via le médiabus.	Médiathèque départementale Bibliothèques municipales Structures hébergement pour personnes âgées	2020 2020
<u>Etape 2 :</u> Action 1 : Diffusion des malles (outils : documents, sélections bibliographiques, malles documentaires, matériels etc.), Evaluation et ajustements si nécessaire. Action 2 : Continuité du déploiement du dispositif en faveur des bibliothèques, Evaluation et ajustements si nécessaire. Action 3 : Déploiement du dispositif de médiabus, Evaluation et ajustements si nécessaire.	Médiathèque départementale Bibliothèques municipales Structures hébergement pour personnes âgées	2021
Points de vigilance		
Volontariat des bibliothèques municipales.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Nombre de malles utilisées. Nombre de structures et nombre de personnes bénéficiaires des contenus. Nombre de personnes formées à l'inclusion culturelle des personnes âgées. Maillage territorial des actions mises en œuvre, nombre d'EPCI couverts.		

ENJEU : ORGANISER LA MISE EN RELATION DES PERSONNES AGEES ET FAVORISER LES ECHANGES INTERGENERATIONNELS

Action n°10 : encourager la mise en relation, et notamment la cohabitation entre personnes âgées et jeunes en recherche de logement		
Contexte		
Les personnes âgées souhaitent rester à leur domicile le plus longtemps possible. Elles se retrouvent parfois dans des situations dans lesquelles leur réseau relationnel devient quasi inexistant. Par ailleurs, elles peuvent aussi, en plus d'être confrontées à des situations de solitude, rencontrer des difficultés financières dans des logements devenus trop grands. Dans le même temps, certains jeunes notamment étudiants, peuvent rencontrer des difficultés pour trouver un logement et/ou s'engager dans des projets solidaires.		
Objectifs		
Faire émerger des actions et projets associatifs de mise en relation des personnes âgées avec un public jeune (étudiants, apprentis, jeunes travailleurs…). Permettre aux personnes âgées isolées de vivre chez elles plus longtemps, d'améliorer leur bien être en maintenant du lien social et participer à la prévention de la perte d'autonomie. Inciter les porteurs de projets à développer le logement intergénérationnel et solidaire, notamment pour les actions en faveur du logement des jeunes et des étudiants et celles permettant de rompre l'isolement et la solitude des personnes âgées.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	Associations	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Etude des projets portant sur la mise en relation entre personnes âgées et sur le logement intergénérationnel visant à rapprocher les jeunes et les personnes âgées.	Conseil départemental	2019
Points de vigilance		
Adhésion parfois limitée des personnes âgées à ce type d'initiative.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Nombre de personnes âgées et d'étudiants mis en relation pour une solution de logement.		

ENJEU : FAVORISER L'INNOVATION ET LA SENSIBILISATION DANS LE DOMAINE DU VIEILLISSEMENT

Action n°11 : faciliter le développement de nouveaux services et soutenir l'économie de la longévité		
Contexte		
Face au vieillissement de la population, de nouveaux besoins émergent appelant des réponses innovantes. Dans ce cadre, l' « innovation sociale » constitue un enjeu important, le vieillissement de la population étant d'ailleurs clairement identifié comme un des axes de développement de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS). Acteurs privés et acteurs publics doivent trouver des nouvelles façons de travailler ensemble, dans l'intérêt des personnes âgées et de leur entourage.		
Objectifs		
Animer et s'associer à l'écosystème public – privé partie prenante dans l'économie de la longévité et favoriser les échanges entre les différents acteurs parties prenantes. Soutenir la recherche et le développement de produits et de services. Aider au déploiement de solutions et encourager les initiatives.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	Collectivités locales, Acteurs de l'ESS, Entreprises.	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Living Lab : • 2018 / 2019 : participation à la mise en place d'une structure de type living lab. • - 2018 / 2021 : suivi et exécution de la convention de partenariat, et orientation possible de projets axés « prévention » vers la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.	Structure ad'hoc	2019-2021
Mobilisation et diversification de la pépinière d'entreprises Theogone en cohérence avec les pépinières du Sicoval : montée en accompagnement progressive de nouvelles entreprises orientées vers l'économie de la longévité.	Conseil départemental	2019-2023
Points de vigilance		
Risques sur les marges de manœuvre laissées au Département concernant l'innovation.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Suivi des objectifs et indicateurs fixés par la convention de partenariat avec le living lab. Nombre d'entreprises positionnées sur l'économie de la longévité accompagnées au sein de Theogone.		

Action n°12 : sensibiliser à la singularité du grand âge		
Contexte		
De façon générale, le regard porté sur les personnes âgées dans les sociétés occidentales conjugue, de façon quasi-contradictoire, une vision positive et négative. Les stéréotypes négatifs sur les personnes âgées peuvent avoir plusieurs répercussions (discrimination, ségrégation, mépris, mais aussi repli social des personnes âgées, dépression, voire suicide). Ces stéréotypes véhiculés par la société n'encouragent pas les personnes à anticiper et s'adapter à leur avancée en âge.		
Objectifs		
Changer le regard de la société sur les aînés : initier des changements dans les représentations et promouvoir une vision plus positive du vieillissement.		
Pilote		
Conseil départemental		
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Interroger et mesurer la perception et les représentations sociales du vieillissement et du grand âge via des enquêtes et des rencontres de dialogue citoyen.	Conseil départemental	2022
Construire des actions de sensibilisation à la singularité du grand âge / de la vieillesse (campagne de sensibilisation, mise en situation / expérimentation de la vieillesse).	Conseil départemental	2022
Points de vigilance		
Mobilisation des citoyens.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Nombre de participants aux différentes actions.		

AXE II : Faciliter l'accès aux droits des personnes âgées et de leurs aidants

ENJEU : ASSURER UNE PLUS GRANDE PROXIMITE ET UNE FACILITATION DANS L'ACCES AUX DROITS DES PERSONNES AGEES

Action n°13 : organiser une réponse plus adaptée aux personnes âgées au plus près des territoires		
Contexte		
Le Conseil départemental est engagé dans une démarche de nouvelle territorialisation des services des solidarités. Dans ce cadre, les politiques relatives à l'autonomie sont bien identifiées comme des politiques essentielles au niveau territorial qui doivent tenir compte des attentes fortes de proximité et d'un contexte national de pénurie de médecins. Le projet de territorialisation en cours de l'action sociale et médico-sociale se traduit par la création de 5 Directions Territoriales des Solidarités (DTS) et de 30 Maisons des Solidarités (MDS).		
Objectifs		
Une organisation plus lisible, en interne, comme vis-à-vis des partenaires. Un rééquilibrage de la relation entre le niveau central et le niveau territorial. Rénover les modes d'intervention sociale et médico-sociale.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	MDPH Réseaux gérontologiques MAIA CAF CPAM	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Définition des rôles et répartition des agents sur les territoires dans la nouvelle organisation territoriale (membres de l'équipe médico-sociale, détermination du rôle du responsable autonomie, rôle des autres agents dans les politiques Autonomie…).	Conseil départemental	2019
Détermination de l'organisation de l'accueil des personnes âgées en maison des solidarités du Conseil départemental.	Conseil départemental	2021
Points de vigilance		
Donner forme à la volonté partagée d'amélioration du service rendu. Accompagnement au changement au sein des équipes.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Définition des rôles des acteurs en charge des politiques Autonomie. Mise en place d'un responsable autonomie dans les DTS.		

Action n°14 : agir en faveur de l'inclusion numérique

Contexte

L'administration française du XXIème siècle est engagée dans un processus de numérisation de l'accès à ses services, afin de favoriser la proximité et la dématérialisation des données.

Si les premières mesures ont concerné la mise en ligne d'informations sur les différents droits et les démarches à effectuer, l'administration déploie maintenant des plateformes de services accessibles de manière autonome par la personne. Le corollaire de cette démarche est la transmission dématérialisée de divers documents alors même que certains n'ont aucun équipement personnel permettant l'accès à internet ou ont besoin d'un accompagnement spécifique.

Objectifs

Assurer l'inclusion dans le processus de transition numérique, par exemple dans le cadre de la mise en place d'un portail « usagers » et d'un site internet « accès aux droits » simplifiés pour consulter et déposer des données en ligne.

Garantir l'accès au numérique pour lutter contre la fracture sociale et culturelle :

- Pallier l'inégalité dans l'accès à l'outil informatique en permettant aux personnes d'acquérir les compétences techniques de base.
- Mettre à la disposition des personnes les équipements informatiques, pour une consultation et dépôt de demandes en ligne, sur les différents lieux d'accueil du public : maisons des solidarités, hôtel du département, centre administratif de Saint-Gaudens.
- Sur les différents sites d'accueil du public du Conseil départemental, « faire avec et non à la place de l'usager » en assurant des permanences d'appui à l'outil informatique pour les personnes qui rencontrent des difficultés spécifiques : accès à l'écrit, compétences socioculturelles, prise en main de l'ordinateur, utilisation du scanner, création d'adresse de messagerie…

Pilote

Conseil départemental

Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Concernant le volet déploiement sur les territoires et ateliers « outils informatiques » : Repérage des acteurs de terrain en capacité d'intervenir sur différents plans : formations, ateliers, accompagnement… ; Définition de la lettre de cadrage. Convention avec les acteurs et partenaires. Mise en place de réseaux d'accompagnement de proximité	Conseil départemental	2020

sur les territoires.		
Concernant le volet interne au Conseil départemental : Définition d'un cahier des charges (technique et fonctionnel) pour les accueils informatiques déployés sur les sites du CD. Aménagement et équipement des locaux. Mise en place des permanences sur les sites. Evaluation de l'action.	Conseil départemental	2020
Points de vigilance		
Risque de sollicitation très forte de la part des usagers, se rajoutant aux augmentations d'activité déjà constatées.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Mise en place de réseaux de partenaires. Nombre de personnes demandant une aide numérique en MDS.		

Action n°15 : trouver un modèle d'organisation entre tous les acteurs		
Contexte		
Les missions et compétences des réseaux gérontologiques et des MAIA peuvent se recouper voire se superposer, ce qui mobilise fortement les partenaires. Cette situation traduit un manque d'efficience et induit un besoin fort d'articulation. La territorialisation de l'action sociale impulsée par le Conseil départemental fait des politiques en matière d'autonomie une des compétences à enjeu pour les maisons des solidarités et les directions territoriales.		
Objectifs		
Garantir une meilleure coordination au niveau local des acteurs parties prenantes des politiques en faveur des personnes âgées dépendantes. Prendre en compte l'historique et les spécificités de chaque territoire et de ses acteurs pour mettre en place une organisation la plus efficace possible, adaptée aux ressources des territoires et aux besoins identifiés.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	ARS MAIA	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Phase 1 : état des lieux et mise à plat du rôle/articulation des MAIA et des réseaux gérontologiques et de leur articulation. Phase 2 : réunions de travail afin de définir un schéma d'organisation, à décliner par directions territoriales des solidarités. Phase 3 : mise en œuvre et ajustements. Phase 4 : évaluation et pilotage.	Conseil départemental MAIA ARS	2019-2021
Points de vigilance		
Implication des parties prenantes.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Nombre de rencontres à l'issue des nouvelles organisations à l'échelle des territoires. Retour d'expérience et évaluation du modèle de coordination par les acteurs / structures bénéficiaires.		

ENJEU : DEVELOPPER ET STRUCTURER L'OFFRE D'AIDE AUX AIDANTS

Action n°16 : développer l'information au service des aidants sur le territoire départemental		
Contexte		
La notion de « proche aidant » bénéficie d'une définition encadrée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement depuis 2016. Les trois principaux types de besoins des aidants sont : le soutien psychologique, le répit, l'information. La diversité des besoins des aidants et des acteurs y apportant une réponse nécessite une meilleure structuration de l'information auprès des aidants et des intermédiaires qui les côtoient dans leur quotidien (services d'aide à domicile, professionnels médicaux et paramédicaux …).		
Objectifs		
Répertorier, structurer et organiser l'information relative à l'offre existante sur le territoire en matière d'aide aux aidants. Structurer de la part du Conseil départemental, en tant qu'employeur, une organisation permettant aux agents concernés de mieux concilier leur vie d'aidants avec leur vie professionnelle.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	CCAS Collectivités locales Services d'aides à domicile Professionnels libéraux médicaux et paramédicaux Partenaires du champ social et médico-social	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Recenser l'information disponible actuellement pour les aidants.	Conseil départemental	2020
Structurer et organiser le traitement et la diffusion de ces informations à travers un outil dédié.	Conseil départemental	2022
Expérimenter un dispositif pour accompagner les agents qui doivent concilier vie professionnelle et rôle d'aidant.	Conseil départemental	2020
Points de vigilance		
Niveau de mobilisation des acteurs concernés (transmission de la donnée dans les premières phases de l'action, appropriation de l'outil en phase finale).		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Mise en place de l'outil de diffusion d'information.		

Action n°17 : expérimenter un dispositif pour accompagner des personnes qui doivent concilier vie professionnelle et rôle d'aidant familial		
Contexte		
Concilier vie active, vie familiale, vie sociale et aide à une personne âgée dépendante est un équilibre difficile à tenir. Pour autant, peu de dispositions ont été prises à ce jour à l'échelle nationale pour faciliter la conciliation de la vie professionnelle et de l'accompagnement d'un proche en difficulté de vie.		
Objectifs		
Elaborer et expérimenter au sein du Conseil départemental un dispositif visant à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et rôle d'aidant d'une personne âgée dépendante.		
Pilote		
Conseil départemental		
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Elaborer le dispositif expérimental d'accompagnement des aidants familiaux exerçant une activité professionnelle au Conseil départemental.	Conseil départemental	2020
Mettre en place l'expérimentation.		2021
Organiser le suivi puis le bilan de l'expérimentation.		2022
Points de vigilance		
Incertitude sur le niveau de mobilisation des aidants familiaux exerçant une activité professionnelle au sein de la collectivité. Tenir compte de la diversité des situations individuelles qui ne trouvent pas toutes nécessairement de réponses correspondant à leur besoin.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Mise en place de l'expérimentation. Nombre de personnes accompagnées au sein du Conseil départemental.		

Action n°18 : poursuivre le déploiement des haltes-répit

Contexte

La halte-répit a pour finalité de proposer aux aidants naturels une solution pour marquer une pause dans l'accompagnement rapproché à domicile. Cet objectif est atteint grâce à la mise en œuvre d'un accueil ponctuel de l'aidé par une équipe adaptée dans un lieu chaleureux et sécurisé.

8 haltes-répit ont été, à la mi-2018, autorisées en Haute-Garonne :

- Une halte-répit sur la commune de Rieux-Volvestre ;
- Une halte-répit itinérante sur les communes de Cornebarrieu et Blagnac ;
- Une halte-répit sur la commune de l'Union ;
- Une halte-répit sur la commune de Mondonville ;
- Une halte-répit itinérante sur les communes de Nailloux et d'Ayguevives ;
- Une halte-répit sur la commune de Toulouse (quartier de Basso Cambo) ;
- Une halte-répit sur la commune d'Escalquens.

Un nouvel appel à projets a été lancé.

Objectifs

Poursuivre l'expérimentation du dispositif des haltes-répit en vue de pérenniser et de conforter cette offre si les résultats sont concluants.

Pilote	Partenaires participant à l'action
Conseil départemental	Gestionnaires de haltes-répit associations et porteurs de projet.

Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Poursuite de la création annuelle de haltes-répit (procédure d'appels à projets).	Conseil départemental	2019-2023
Evaluation du dispositif expérimental.		2020
Pérennisation du dispositif des haltes-répit.		2021

Points de vigilance

Le cadre juridique adapté pour pérenniser les structures si l'expérimentation est concluante.
Faible nombre de projets pour les territoires les moins attractifs.

Indicateurs d'évaluation et de suivi

Nombre de séances en haltes-répit chaque année / nombre d'heures de répit générées.
Nombre de haltes-répit.

AXE III : Accompagner les acteurs de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire pour mettre en place les transformations nécessaires

ENJEU : ELABORER UNE STRATEGIE COHERENTE ET PARTAGEE EN FAVEUR DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Action n°19 : garantir une couverture territoriale optimale et de qualité		
Contexte		
D'un côté, l'offre de SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) est très importante et concentrée sur la métropole toulousaine. De l'autre côté, la couverture territoriale n'est pas garantie sur tous les territoires en zone rurale. 2 zones sont notamment identifiées : Le Fousseret (canton de Cazères) et Boulogne Sur Gesse (canton de Saint-Gaudens).		
Objectifs		
Organiser un niveau de réponse en SAAD cohérent au regard de la demande. Assurer la conformité au cahier des charges national en termes de qualité d'intervention. Partager avec les professionnels du secteur des objectifs de maillage territorial et de qualité de service.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	SAAD	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Mettre en place un moratoire de 2 ans concernant les nouvelles autorisations hormis sur les zones identifiées comme déficitaires.	Conseil départemental	2019-2020
Elaborer un diagnostic partagé de l'offre et des besoins avec les SAAD	Conseil départemental	2019-2020
Définir un cahier des charges de l'aide à domicile prenant en compte les problématiques territoriales et de qualité de services rendus.	Conseil départemental	2020-2021
Lancer des appels à projet par territoire.	Conseil départemental	2022
Points de vigilance		
Accompagnement au changement des acteurs du secteur, voire des bénéficiaires des services. Eventuelle réforme nationale de l'aide à domicile.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Elaboration du diagnostic partagé. Définition d'un cahier des charges départemental partagé avec les acteurs du secteur. Maillage effectif du territoire en matière de couverture et de densité de services.		

ENJEU : PROPOSER UNE OFFRE A DOMICILE PLUS INCLUSIVE ENTRE LES SECTEURS SOCIAUX, MEDICO-SOCIAUX ET SANITAIRES

<table>
<tr><th colspan="3">Action n°20 : structurer la coordination des acteurs (SAAD / SSIAD / SPASAD / équipes Alzheimer / équipes APA/MAIA/PTA*) autour des situations individuelles</th></tr>
<tr><td colspan="3">Contexte</td></tr>
<tr><td colspan="3">La coordination autour des situations individuelles des personnes âgées souffre d'une trop grande complexité et de la multiplicité des acteurs : interventions cloisonnées, partage d'informations parfois lacunaire nécessitant à la personne âgée et à son entourage de répéter des informations déjà transmises à d'autres intervenants, représentation sur les métiers et capacité de chaque service intervenant, etc.
Le parcours de la personne âgée et de son entourage demeure encore difficile alors que de nombreux services ont été créés depuis des années pour les accompagner.
Une coordination plus efficace de l'ensemble des services intervenant auprès des personnes âgées permettra de faciliter et simplifier leur parcours dans la dépendance.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Objectifs</td></tr>
<tr><td colspan="3">Fluidifier les parcours et les démarches des personnes par la mise en réseau et la structuration de la coordination entre services.</td></tr>
<tr><td>Pilote</td><td colspan="2">Partenaires participant à l'action</td></tr>
<tr><td>Conseil départemental</td><td colspan="2">ARS</td></tr>
<tr><td>Modalités de mise en œuvre</td><td>Qui ?</td><td>Quand ?</td></tr>
<tr><td>Repérage des acteurs de terrain, par territoires (bassin de vie) et élaboration d'un ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources).</td><td rowspan="4">Conseil départemental
ARS
ESMS</td><td>2019</td></tr>
<tr><td>Elaboration des conventions et des outils et co-construction d'un kit de formation.</td><td>2020</td></tr>
<tr><td>Actualisation des projets de service.</td><td>2021</td></tr>
<tr><td>Plans d'accompagnement transverses pour chaque personne suivie.</td><td>2022</td></tr>
<tr><td colspan="3">Points de vigilance</td></tr>
<tr><td colspan="3">Eviter le non-respect du secret médical et du secret social (respect partagé au sein de l'équipe de soin), et assurer la protection des données d'une manière générale.
Besoin d'une mobilisation de tous les partenaires.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Indicateurs d'évaluation et de suivi</td></tr>
<tr><td colspan="3">Mise en place du Kit.
Nombre de projets de service actualisés. Nombre de conventions.
Nombre de suivis de situation individuelle partagée entre services concernés.</td></tr>
</table>

*SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

ENJEU : VALORISER LES METIERS DE L'AIDE A LA PERSONNE PAR LE BIAIS DE LA FORMATION ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES EMPLOYEURS

Action n°21 : encourager la valorisation des métiers de l'aide à la personne et contribuer au recrutement, à la formation et à la fidélisation de ces personnels

Contexte

Au 1er janvier 2017, le Département compte 45 services tarifés intervenant auprès des personnes âgées.

Parmi les principales difficultés rencontrées par ces services, le recrutement de personnel et le turn-over élevé demeurent les plus souvent cités (le métier d'aide à domicile souffrant d'une faible attractivité).

Par effet de ricochet, ces difficultés impactent directement les personnes âgées bénéficiaires de ces services, dont la continuité et la qualité des accompagnements peuvent parfois en souffrir.

Le secteur des EHPAD connait les mêmes difficultés de recrutement pour leur personnel du fait des conditions de travail contraignantes, avec un besoin très fort de valorisation du métier.

Objectifs

Aider et accompagner les SAAD du territoire dans le recrutement des aides à domicile afin de palier le défaut d'embauche dans ce secteur.

Accompagner les EHPAD dans la valorisation de l'emploi des personnels des EHPAD et la fidélisation de ces personnels : favoriser la continuité et la qualité des accompagnements en limitant les turn-over de personnels.

Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	SAAD EHPAD Conseil régional Porteurs de projet	
Modalités de mise en œuvre	**Qui ?**	**Quand ?**
Réaliser un état des lieux des initiatives financées et/ou accompagnées par le Conseil départemental sur le territoire et repérer les secteurs géographiques prioritaires.	Conseil départemental	2019
Initier un travail de réflexion entre le Conseil départemental et le Conseil régional concernant la professionnalisation des aides à domicile et des personnels des EHPAD et la promotion des conditions d'exercice.	Conseil départemental Conseil régional SAAD EHPAD	2020
Lancer une expérimentation avec 10 SAAD sur le secteur géographique prioritaire.	Conseil départemental SAAD Porteurs de projet	2021

Etendre le projet en cas de bilan positif de l'expérimentation en engageant une réflexion sur les parcours professionnels des personnels de l'aide à domicile.	Conseil départemental SAAD Porteurs de projet	2023
Points de vigilance		
Adhésion des SAAD au projet. Niveau d'attractivité des métiers de l'aide à domicile et des personnels des EHPAD.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Utilisation de la plateforme. Evolution du niveau de turn-over au sein des SAAD et des EHPAD partenaires.		

ENJEU : DIVERSIFIER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PERSONNES AGEES

Action n°22 : organiser une offre d'accompagnement plus diversifiée entre le domicile et l'établissement		
Contexte		
Le souhait des personnes âgées est de vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Toutefois, lorsque le domicile n'est plus adapté (retour d'hospitalisation ou augmentation du niveau de dépendance de la personne par exemple), plusieurs possibilités apparaissent pour la personne âgée : résidences autonomie, résidences services, familles d'accueil, EHPAD. Aujourd'hui, les offres de services dîtes « classiques » (résidences autonomie, EHPAD) ne sont plus parfaitement adaptées à l'évolution des besoins des personnes et à leur souhait de bénéficier de prestations d'accompagnement à domicile. A l'autre bout de la chaîne, on constate que les unités de soins de longue durée (USLD) se vident progressivement car les personnes sont orientées vers les EHPAD, modifiant ainsi leur offre de service et aussi leur image. De nouvelles offres de services sont alors à construire en mobilisant l'ensemble des ressources médico-sociales d'un territoire.		
Objectifs		
Diversifier les offres d'accompagnement pour les personnes âgées, du domicile à la structure d'hébergement médico-sociale, tout en continuant d'accompagner les établissements dans l'amélioration de la qualité des services rendus aux résidents.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	ARS Etablissements et services médico-sociaux Communes et intercommunalités	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Mettre en place un dispositif d'accueil de jour itinérant : • Appel à projet. • Ouverture du dispositif d'accueil de jour itinérant.	Conseil départemental ARS	2019
Réfléchir au modèle de l'EHPAD de demain comme plateforme de services : • Services de soins aux résidents et à la population (télémédecine, SSIAD, lien avec l'hôpital et la médecine de ville…). • Services de vie sociale (restauration, animation, événement… ouverture des PASA, pour faciliter les entrées des nouveaux résidents). • Services d'aide aux aidants (répit, accueil de jour, hébergement temporaire, accueil de nuit, accueil d'urgence).	Conseil départemental ARS EHPAD	2020
Définir une stratégie de programmation territoriale pour les	Conseil	2019

résidences autonomie et les EHPAD.	départemental Résidences autonomie ARS	
Enrichir l'offre en accueil familial avec des possibilités d'hébergement temporaire.	Conseil départemental	2019
Points de vigilance		
Besoin d'une visibilité des crédits sanitaires pour accompagner l'augmentation des besoins des personnes très dépendantes. Volonté des acteurs de construire des offres de services intégrés.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Mise en place du dispositif d'accueil de jour itinérant. Nombre de conventions signées. Nombre de places nouvelles en résidences autonomie.		

ENJEU : PROPOSER AUX PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DES REPONSES S'INSCRIVANT DANS LE DROIT COMMUN

<table>
<tr><th colspan="3">Action n°23 : informer et sensibiliser au vieillissement des personnes en situation de handicap</th></tr>
<tr><td colspan="3">Contexte</td></tr>
<tr><td colspan="3">Les personnes en situation de handicap connaissent aujourd'hui un allongement conséquent de leur durée de vie, pouvant conduire dans le temps à ajouter au handicap la limitation d'autonomie liée au vieillissement.

Mieux prévenir l'avancée en âge (signes de vieillissement, vieillissement des parents…) devrait permettre d'améliorer le parcours de vie des personnes handicapées et éviter des situations de rupture.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Objectifs</td></tr>
<tr><td colspan="3">Apporter à leur famille et, aux aidants des informations sur la prévention du vieillissement des personnes en situation de handicap.</td></tr>
<tr><td>Pilote</td><td colspan="2">Partenaires participant à l'action</td></tr>
<tr><td>Conseil départemental</td><td colspan="2">MDPH</td></tr>
<tr><td>Modalités de mise en œuvre</td><td>Qui ?</td><td>Quand ?</td></tr>
<tr><td>Etablir les messages à mettre en valeur et cibler en priorité les personnes sortant d'ESAT et les personnes vieillissantes vivant à domicile et avec une orientation en ESMS non effective.</td><td>Conseil départemental
MDPH</td><td>2021</td></tr>
<tr><td>Construire les outils et les supports de communication (site internet, affichage, magazine 31, vidéos, témoignages).</td><td>Conseil départemental</td><td>2022</td></tr>
<tr><td colspan="3">Points de vigilance</td></tr>
<tr><td colspan="3">Appropriation de la question du vieillissement qui peut être encore plus difficile pour les personnes en situation de handicap et leur entourage.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Indicateurs d'évaluation et de suivi</td></tr>
<tr><td colspan="3">Mise en place d'une campagne de sensibilisation.
Nombre de supports de communication adaptés.</td></tr>
</table>

Action n°24 : identifier les solutions d'hébergement répondant au mieux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes		
Contexte		
Le vieillissement des personnes en situation de handicap, qu'elles vivent à domicile, dans un établissement médico-social relevant du secteur du handicap, ou en EHPAD, interroge nécessairement les solutions d'accompagnement existantes. Par ailleurs, les sections temps libéré ont tendance à perdre leur attractivité auprès des personnes potentiellement concernées (travailleurs en ESAT). La mise en œuvre des CPOM est une opportunité permettant d'adapter l'offre de service pour diversifier les solutions à proposer aux personnes.		
Objectifs		
Adapter l'accompagnement à l'âge et au vieillissement des personnes en situation de handicap. Eviter les ruptures de parcours (sortie du domicile ou d'établissement PH).		
Pilote	Partenaires participants à l'action	
Conseil départemental	Gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux ARS MDPH	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Phase diagnostic (enquête quantitative).	Conseil départemental MDPH	2020
Détermination de la réponse aux besoins (groupes de travail thématiques).	Conseil départemental ARS	2021
Transformation, adaptation de l'offre.	Conseil départemental ARS	2022
Points de vigilance		
Accompagnement à la conduite du changement. Evolution des projets d'établissement, des plans de formation, des métiers.		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
Nombre de solutions d'accompagnement dédiées au vieillissement des personnes handicapées.		

GLOSSAIRE

ANAH : agence nationale de l'habitat

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : agence régionale de santé

ASV : loi d'adaptation de la société au vieillissement

CCAS : centre communal d'action sociale

CDCA : conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

CESU : chèque emploi service universel

CLIC : centre local d'information et de coordination

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

ESMS : établissements et services médico-sociaux

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FV : foyer de vie

GIR : groupe iso-ressources

GMP : GIR moyen pondéré

HAD : hospitalisation à domicile

HT : hébergement temporaire

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ d'autonomie

MARPA : maison d'accueil rural pour les personnes âgées

MAS : maison d'accueil spécialisée

MDS : maison des solidarités

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

PASA : pôle d'activité et de soins adaptés

PMP : pathos moyen pondéré

PTA : plateforme territoriale d'appui

SAAD : service d’aide et d’accompagnement à domicile

SITPA : syndicat intercommunal de transport des personnes âgées

SPASAD : service polyvalent d’aides et de soins à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

UHR : unité d’hébergement renforcée

USLD : unité de soins longue durée

ELABORATION DU SCHEMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES 2019-2023

Etat des lieux de l'offre et des besoins

Juin 2018

Annexe 1

Document réalisé par le cabinet Eneis

Sommaire

1. Rappel méthodologique	**p. 3**
2. Diagnostic de la population âgée et état des lieux de l'offre	**p. 6**
2.1 Evolutions globales	p. 7
2.2 Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants	p. 16
2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel	p. 31
2.4 L'accueil en établissement médico-social	p. 68
2.5 Thématiques transversales	p. 88
3. Glossaire	**p. 93**

Sommaire

1. Rappel méthodologique

2. Diagnostic de la population âgée et état des lieux de l'offre

2.1 Evolutions globales	p. 7
2.2 Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants	p. 16
2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel	p. 31
2.4 L'accueil en établissement médico-social	p. 68
2.5 Thématiques transversales	p. 88

3. Glossaire

Calendrier de la démarche

Septembre 2017 - Janvier 2018

Février - Avril 2018

Mai-Octobre 2018

Phase 1 : Lancement et état des lieux partagé

- **Etape 1** : Lancement et partage des 1er constats
- **Etape 2** : Partage et complétude de l'état des lieux
  → Réunions territoriales x 3
  → Réunions MDS x 3
- **Etape 3** : Finalisation et élaboration de la synthèse de diagnostic

Phase 2 : Construction concertée du schéma

- **Etape 1** : Présentation de l'état des lieux
- **Etape 2** : Concertation territoriale
  →Réunions territoriales x 4
  →Journées de design de service sur l'accueil en MDS
- **Etape 3 :** Priorisation et déclinaison des projets

Phase 3 : Finalisation, recueil des avis et vote

- **Etape 1** : Rédaction du schéma 2019-2023
- **Etape 2** : Recueil des avis et vote

Les entretiens réalisés

70 entretiens dans le cadre du diagnostic :

Les membres de la Délégation Autonomie du CD31

Ensemble des directeurs et chefs de service de la délégation, rencontrés individuellement au Conseil Départemental

La Directrice et les deux Directrices adjointes de la MDPH, rencontrées individuellement à la MDPH

Les Directions partenaires du CD31

Direction de la Coordination et du Développement Social (habitat, logement, insertion),
Direction Rayonnement Culturel et Sportif,
Direction des Transports,
Directions Territoriales,
Direction des Arts Vivants et Visuels

Partenaires extérieurs

RSI
MSA
CARSAT
ARS
Pôle Emploi
Gérontopôle
DIRECCTE
DDCS
Mutualité Française

Sommaire

1. Rappel méthodologique

2. Diagnostic de la population âgée et état des lieux de l'offre

2.1 Evolutions globales	p. 7
2.2 Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants	p. 16
2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel	p. 31
2.4 L'accueil en établissement médico-social	p. 68
2.5 Thématiques transversales	p. 88

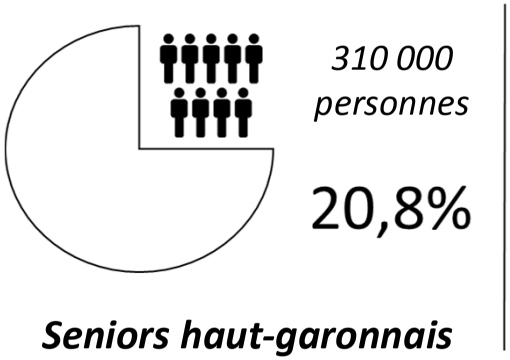
3. Glossaire

2.1 Evolutions globales

Contexte sociodémographique

La population sénior en Haute-Garonne: une augmentation marquée

- **1 Haut-garonnais sur 5 âgé de 60 ans et plus** (20,8% en 2015).
- Au cours des dernières années, on constate une **augmentation plus marquée en Haute-Garonne qu'au niveau national du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans** (+15% entre 2009 et 2015 contre +12% en France métropolitaine).

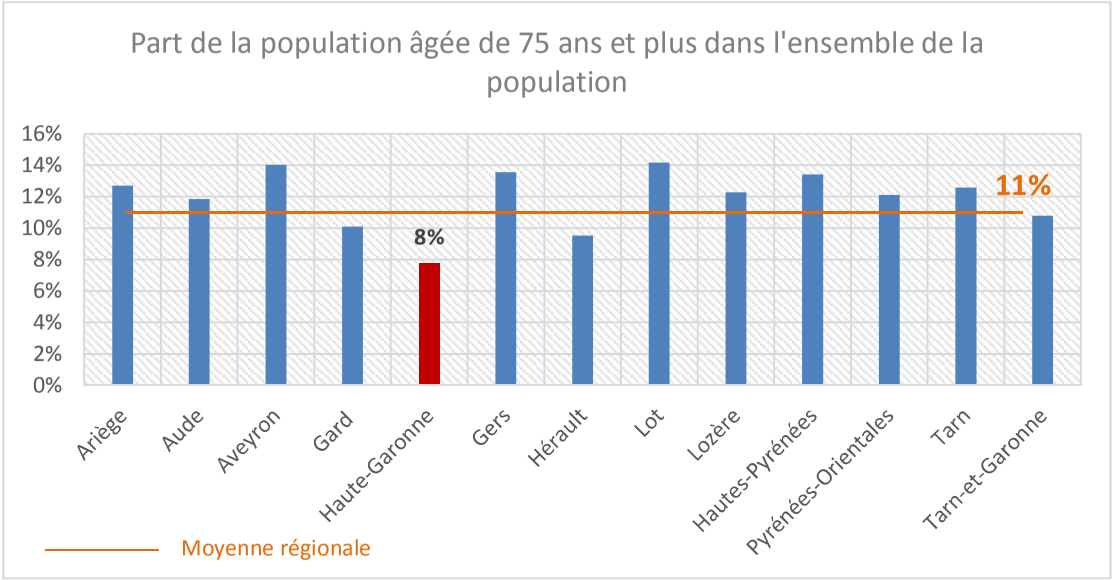


Contexte sociodémographique

La population des plus de 75 ans: une distribution territoriale hétérogène

Direction Territoriale des Solidarités	Population de 75 ans ou plus	Part des plus de 75 ans ou plus par DTS
Nord Toulousain	25 834	7,1%
Toulouse	31 899	6,8%
Lauragais	14 567	8,5%
Sud Toulousain	18 703	7,9%
Comminges-Pyrénées	11 553	14,9%
Haute-Garonne	**102 556**	**7,8%**

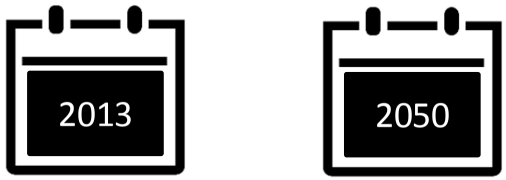
- La part de la population âgée de 75 ans est d'environ 8% en Haute-Garonne.
- Ce taux est le plus faible de toute la région Occitanie (la moyenne se situant aux alentours de 11%).
- Au niveau infra-départemental, le **sud du département (zone Comminges-Pyrénées) connait un vieillissement nettement plus important**.



Contexte sociodémographique

La population sénior : une croissance de plus de 100 000 personnes sur les 15 prochaines années

- En prospective, **la part et le nombre de séniors** dans la population continuera **d'augmenter** mais de manière moins importante qu'aux niveaux régional et national.



% 65 ans et +

15% → 21%

	2017	2030
60 – 74 ans	**13%** *173 000 habitants*	**15%** *225 000 habitants*
75 ans et +	**7,8%** *103 000 habitants*	**10%** *154 000 habitants*
85 ans et +	**2,6%** *34 000 habitants*	**3%** *46 000 habitants*

Ces chiffres ont été traités par le cabinet ENEIS sur la base de données INSEE – Pour plus de détails sur les projections, voir l'étude prospective en annexe

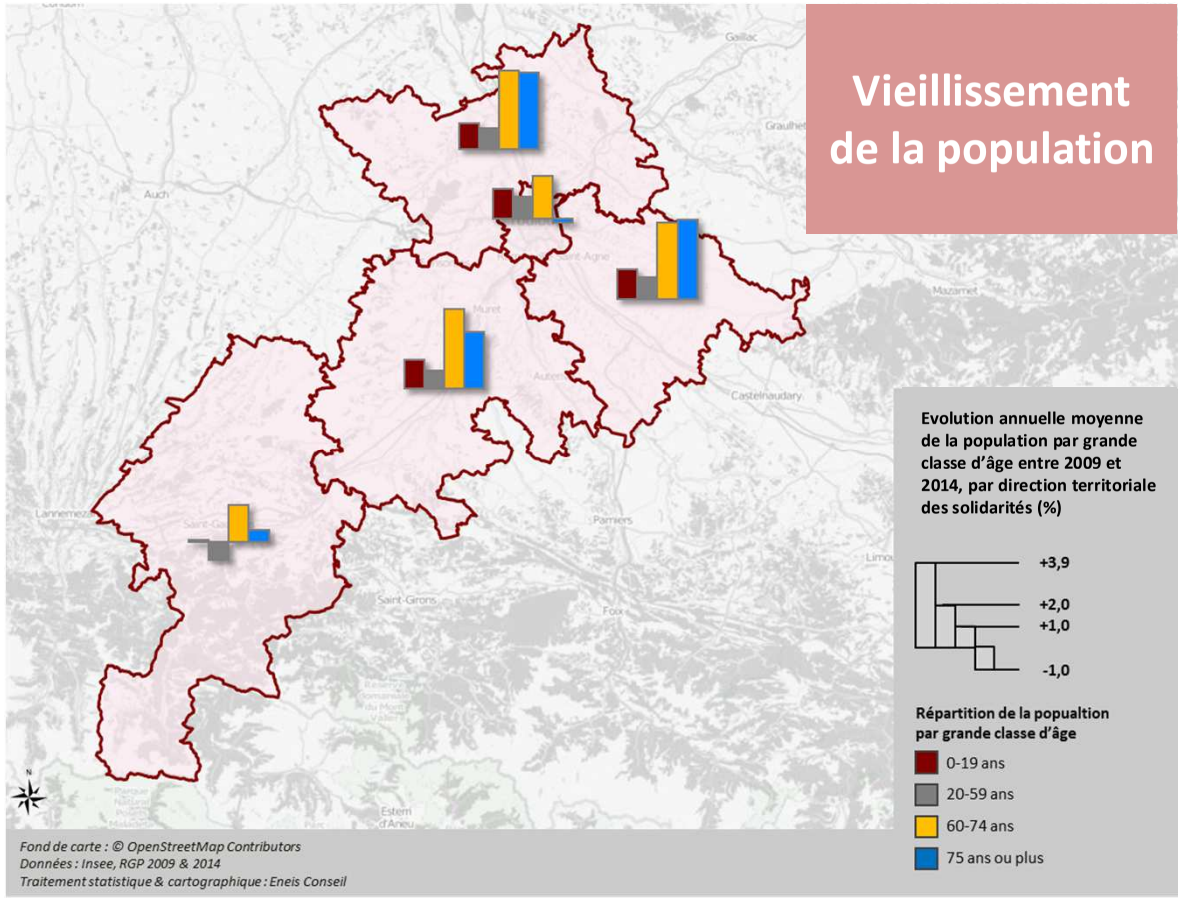
Contexte sociodémographique

Territoires de la Haute-Garonne: tous les territoires connaissent un vieillissement mais le nombre de moins de 20 ans reste important

- L'évolution de la population des plus de 60 ans est positive sur tous les territoires des Directions Territoriales de Solidarités (DTS) entre 2009 et 2014.

- L'évolution plus importante des plus de 60 ans en rapport aux moins de 60 ans, dans chaque DTS, démontre le vieillissement de la population haut-garonnaise (*N.B.* c'est au niveau de Toulouse et de la métropole que l'écart est le moins significatif).

- Le département compte 318 000 habitant(e)s de moins de 20 ans en 2014, contre 204 000 personnes âgées de plus de 65 ans. Malgré un vieillissement marqué, l'indice de vieillissement* reste donc favorable aux moins de 20 ans puisqu'il se situe autour de 64,2 en 2014 (*données INSEE*).



** L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans (plus l'indice est faible, plus il est favorable aux jeunes)*

Contexte sociodémographique

L'espérance de vie en Haute-Garonne: plus élevée que la moyenne nationale

- Les habitants de la Haute-Garonne ont une **espérance de vie à la naissance plus élevée** que la moyenne métropolitaine (un an de plus pour les femmes et deux ans pour les hommes).

- La proportion de personnes âgées de **80 ans ou plus vivant seules est élevée et en augmentation (45%**, soit 25 000 personnes).

		Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie à 65 ans
	Hommes	**81.0**	**24.1**
	Femmes	**86.1**	**28.0**
	Hommes	79.0	22.9
	Femmes	85.1	27.4

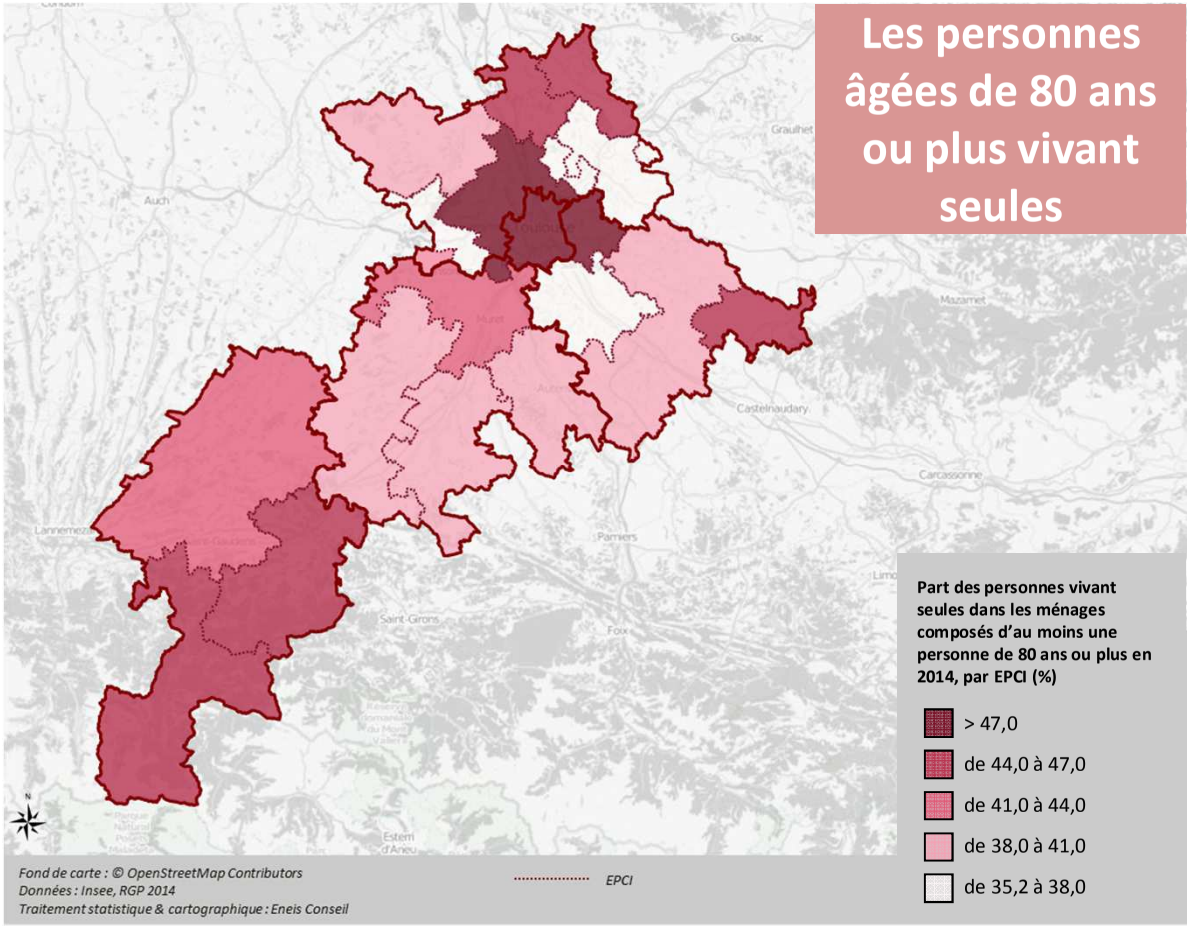
Contexte sociodémographique

Un isolement des plus de 80 ans plus marqué sur certains territoires

- Toulouse et sa métropole, ainsi que le sud du département, apparaissent comme les territoires les plus concernés par l'isolement des personnes âgées de 80 ans ou plus.

- Parmi les enjeux soulevés par la question de l'isolement des personnes âgées, notons notamment l'accès aux droits, l'accessibilité aux différents services du département etc.

- Un indicateur à nuancer : certaines personnes âgées vivent seules sans être isolées, du fait de la proximité d'un proche ou de la famille.



- D'après l'étude de l'association « Les Petits Frères des Pauvres » (réalisée par l'Institut CSA), les séniors de la région Occitanie font partie des séniors les moins isolés du cercle familial en comparaison avec les autres régions.

- Néanmoins, ce sont les **séniors les plus isolés du cercle amical**, avec un taux de 33% de plus de 60 ans isolés.

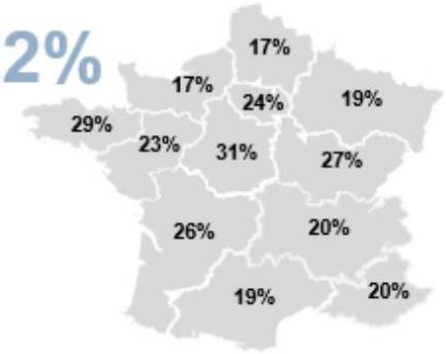
Les isolés du cercle familial

22%

Femmes : **19%**
Hommes : 27%

60-74 ans : **22%**
75-84 ans : **24%**
85 ans et plus : **19%**

Ile-de-France **24%**
Province **22** %



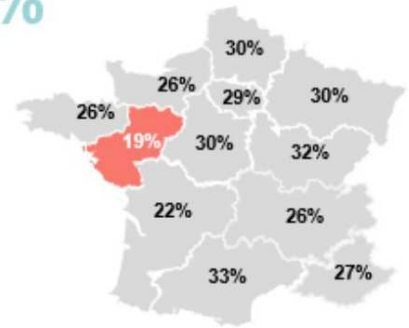
Les isolés du cercle amical

28%

Femmes : **29%**
Hommes : **25%**

60-74 ans : **26%**
75-84 ans : **31%**
85 ans et plus : **31%**

Ile-de-France **29%**
Province **27** %



*D'après l'étude : « sont considérées comme **isolées** les personnes **ne rencontrant jamais physiquement les membres de leurs réseaux de sociabilité** (famille, amis, voisins, acteurs associatifs) **ou ayant uniquement des contacts très épisodiques avec ces différents réseaux** (quelques fois dans l'année ou moins souvent).*

LES DIFFERENTES SITUATIONS D'ISOLEMENT PAR REGION

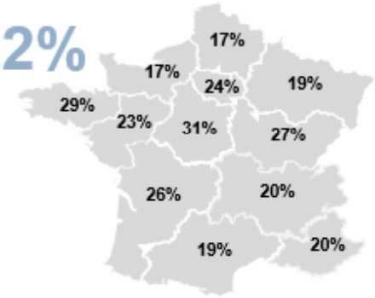
Les isolés du cercle familial

22%

Femmes : **19%**
Hommes : 27%

60-74 ans : **22%**
75-84 ans : **24%**
85 ans et plus : **19%**

Ile-de-France **24%**
Province **22** %



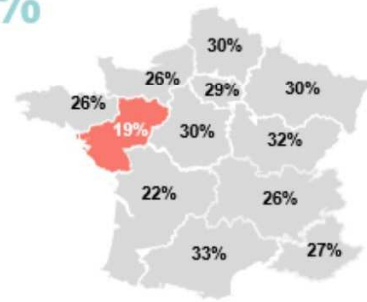
Les isolés du cercle amical

28%

Femmes : **29%**
Hommes : **25%**

60-74 ans : **26%**
75-84 ans : **31%**
85 ans et plus : **31%**

Ile-de-France **29%**
Province **27** %



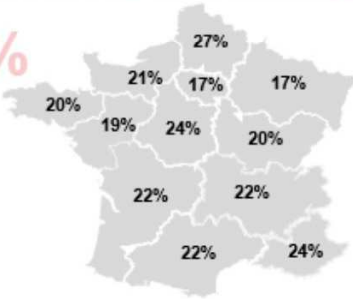
Les isolés du cercle de voisinage

21%

Femmes : **23%**
Hommes : **19%**

60-74 ans : **19%**
75-84 ans : **22%**
85 ans et plus : 33%

Ile-de-France **17%**
Province **22** %



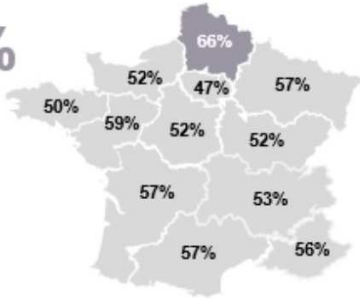
Les isolés des réseaux associatifs

55%

Femmes : **57%**
Hommes : **51%**

60-74 ans : **52%**
75-84 ans : **59%**
85 ans et plus : 66%

Ile-de-France **47%**
Province **56 %**



csa

2.2 Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants

Prévention et sensibilisation

Aide aux aidants

Lutte contre l'isolement

Prévention
Eléments de synthèse

Les atouts	Les points de vigilance et marges d'amélioration
• **Des équipes médico-sociales du Département** qui investissent le champ de la prévention, notamment via les visites à domicile. • **Un réseau partenarial étoffé**, proposant de nombreuses actions de prévention et de sensibilisation (individuellement ou collectivement menées) à de larges publics : nutrition, chutes, mémoire, hygiène bucco-dentaire etc. • **Une évolution des critères** d'analyse de la perte d'autonomie permettant d'élargir la prévention à des publics jusqu'ici non ciblés : risque de vieillissement, critère de fragilité etc. • **L'ouverture de structures de Halte-Répit** financées partiellement par le Département • **Des actions localisées** à destination des aidants développées par les partenaires du territoire : café des aidants, ateliers thérapeutiques, formations etc. • Une **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** (CFPPA) active.	• **Un programme départemental de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie encore peu développé** : les priorités retenues (autour de la nutrition, des loisirs, de l'activité physique adaptée…) doivent faire l'objet d'une mise en œuvre opérationnelle. • **Une coordination entre acteurs médico-sociaux et sanitaires encore perfectible** notamment en matière de repérage des besoins, des personnes fragiles et des situations d'isolement . • Un besoin d'identifier **de nouvelles actions de lutte contre l'isolement** (information des personnes âgées et de leurs proches, accueil d'usagers vivant seuls, maintien dans la vie sociale de personnes qui en sont exclues etc.). • Un besoin **d'augmentation de l'offre d'accueil séquentiel** afin d'apporter le soutien nécessaire aux aidants dans l'accompagnement de leurs proches.

Prévention
Chiffres clés

36% des 75 ans ou plus vivent seuls
(45% des 80 ans ou plus vivent seuls)

45%

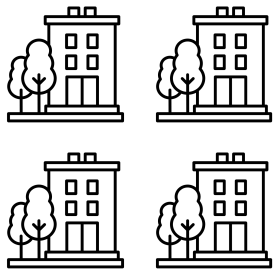
Le plus souvent, **l'aidant est le conjoint de la personne dépendante**

Offre d'accueil séquentiel
(places d'hébergement non permanent)

181 places d'accueil temporaire en EHPAD

61 places d'accueil de jour en EHPAD

73 places d'accueil de jour (au sein de structures autonomes)



4 structures de halte-répit ont été ouvertes en 2016 sur cinq sites du département

D'autres haltes-répit à venir au titre de l'appel à projets 2017

Prévention

Focus sur la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement

Conférence des financeurs

Le texte de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement, qui inscrit les droits et libertés des personnes âgées comme élément structurant, met en place une instance de coordination des financements visant à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie.

Missions:

•**Etablir un diagnostic des besoins** des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental.

•**Recenser les initiatives** locales.

•**Définir un programme coordonné de financement** des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.

Il ne s'agit pas d'un dispositif de mutualisation des financements mais d'**un lieu de coordination institutionnelle.**

Modalités de fonctionnement prévues par la loi:

Composition :

•Présidence : Président du Conseil Départemental

•Vice-présidence : Direction Générale ARS

•Membres : Département, ARS, Caisses de retraite, Caisses d'assurance maladie, Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat …

Public cible : les personnes âgées de 60 ans et +

Périmètre : actions individuelles et collectives de prévention :

•Accès aux équipements et aides techniques individuelles ;

•Forfait autonomie pour des actions de prévention auprès des résidents des Résidences Autonomie ;

•Prévention par les SAAD et les SPASAD ;

•Soutien aux proches aidants ;

•Actions collectives de prévention.

Programmes phares en Haute-Garonne :

Actions autour de la nutrition, de l'activité physique adaptée, du lien social.

➢ Enjeu du schéma 2019-2023 : **poursuivre avec les partenaires les programmes amorcés par la Conférence des financeurs**

2.2 Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants

Prévention et sensibilisation

Aide aux aidants

Lutte contre l'isolement

Prévention et sensibilisation (1/3)

Un travail de prévention effectué par les équipes médico-sociales du Département

- Une prévention qui repose sur les travailleurs médico-sociaux des Maisons des Solidarités, mais également sur les coordinateurs ;
- Des visites à domicile des professionnels qui permettent d'étendre le nombre et le profil des personnes concernées par la prévention :
  - La prévention effectuée dans le cadre des visites à domicile permet de toucher un public plus large, potentiellement non mobilisé dans le cadre des ateliers ou des actions collectives menées.

Des équipes médico-sociales cependant trop peu identifiées en tant qu'acteurs de la prévention

- Des actions développées par les partenaires, sur lesquelles les professionnels du Département n'ont pas de visibilité (exemple : actions développées entre le Gérontopôle et les communes, actions menées par les CCAS, etc.)
  - Une spécificité territoriale est cependant à noter à Toulouse : les équipes médico-sociales semblent être davantage connues des partenaires.
- Un besoin de réaffirmer les MDS comme acteurs clefs de la prévention, dans l'objectif de :
  - Valoriser l'action départementale ;
  - Anticiper la perte d'autonomie et éviter la sollicitation des MDS uniquement après aggravation de la situation ;
  - Instaurer une équité territoriale : certains CCAS organisent des actions de prévention, mais toutes les communes ne disposent pas d'un CCAS ; le rôle des MDS pourrait alors résider dans la communication des actions proposées par les communes voisines, voire dans le rééquilibrage de ces actions.

Prévention

Prévention et sensibilisation (2/3)

Un enjeu de poursuite du développement d'actions de prévention, en lien avec les partenaires du territoire et dans le cadre de la Conférence des financeurs

- Une animation territoriale et partenariale forte en Haute-Garonne, autour d'actions de prévention à destination des publics présentant un risque de vieillissement, avec notamment un réseau de partenaires étoffé développant des actions de sensibilisation à la perte d'autonomie : diagnostics Alzheimer, diagnostics auditifs, sensibilisation sur les chutes, ateliers sur la mémoire etc.
- Mais des besoins de structuration de l'offre de prévention en amont de son financement, pour assurer le développement de projets en lien avec les besoins et les stratégies du programme de prévention (autour de la nutrition, des loisirs, du sport adapté etc.).

Illustration d'une action portée par le SIVOM de Rieux-Volvestre : le bus itinérant des séniors (« Les ateliers des aînés ») intervenant en coordination avec les SAAD-SSIAD.

L E S E N J E U X

- **Favoriser l'acceptation** de la fragilité et de la dépendance par la personne âgée et par ses proches.
- **Développer le lien entre les équipes médico-sociales sur le territoire et les différents acteurs**, pour penser la prévention, la sensibilisation et l'évaluation comme un parcours d'information pour l'usager et d'anticipation de la perte d'autonomie.

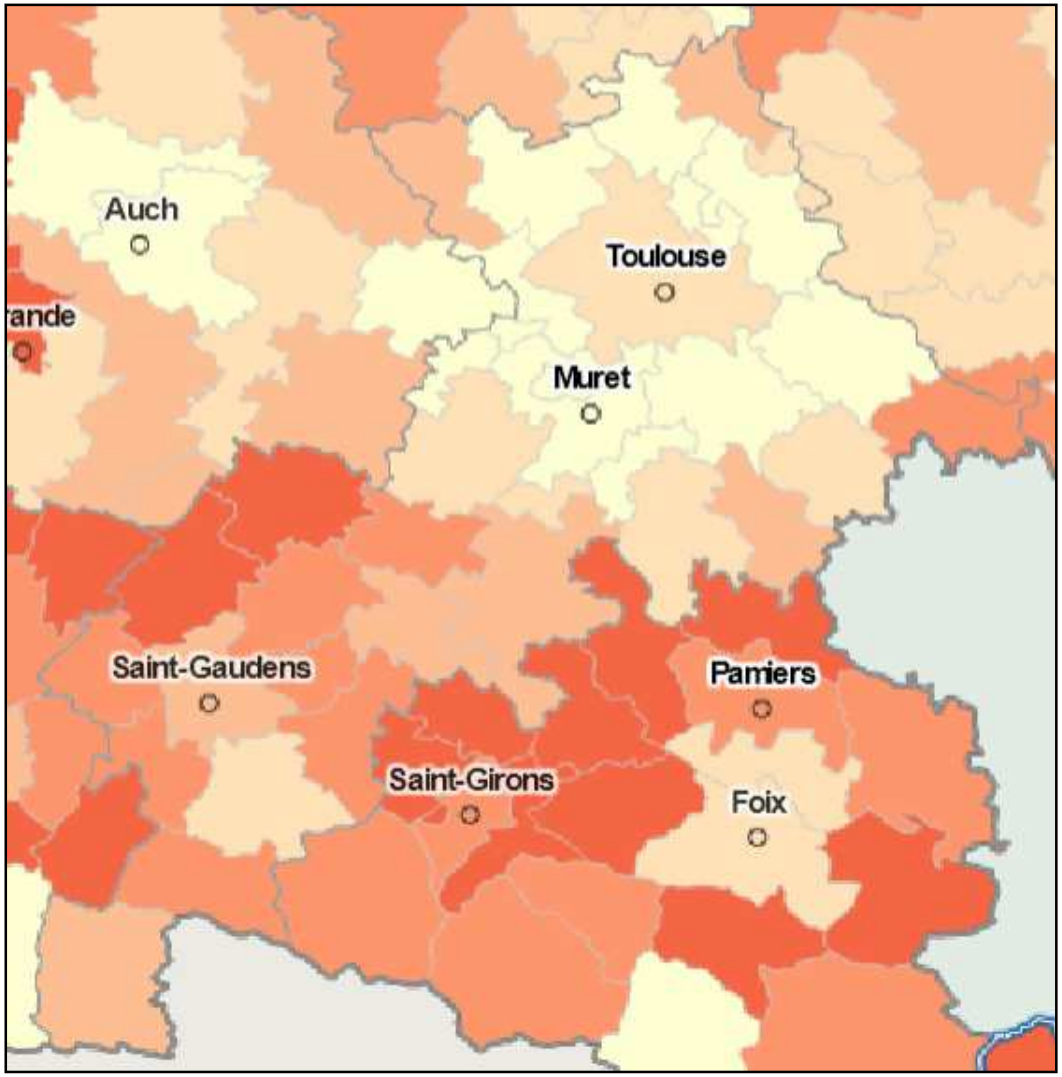
FOCUS

La prise en considération des personnes âgées en situation de fragilité : le gérontopôle, un acteur phare de niveau national sur le département

- Gérontopôle de Toulouse :
  - Ateliers de prévention multidomaine portés par le gérontopôle et financés intégralement par la Conférence des financeurs.
  - création de l'Institut du Vieillissement pour développer et valider des actions de promotion de la santé et de prévention chez les personnes âgées en bonne santé (Depuis 2011 : plus de 30 chercheurs accueillis par l'Institut).
- Prise en compte d'un nouveau public de personnes âgées, présentant un risque élevé de dépendance : les « personnes âgées fragiles » (environ 15% de la population est concernée).
  - La fragilité est définie comme un état d'instabilité réversible avec risque de perte fonctionnelle, diminution des réserves physiologiques (perte de poids involontaire, sensation d'épuisement, grande sédentarité, diminution de la force musculaire etc.).
- L'intervention des acteurs médico-sociaux du département n'est donc plus seulement ciblée sur la perte d'autonomie.
  - Elargissement du nombre de personnes prises en compte dans les actions de prévention de la perte d'autonomie.
- Ouverture de l'Hôpital de jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance : plan de prévention et de soins pour retarder l'entrée dans la dépendance.
  - Convention de partenariat entre le CHU de Toulouse et le Conseil départemental en 2013 pour sensibilisation à l'évaluation de fragilité (auprès des Maisons des Solidarités).

Prévention

La fragilité sur le territoire haut-garonnais



Source : Observatoire des Fragilités, www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr (maillage EPCI)

- Cette carte présente le taux moyen de la fragilité sociale des retraités de l'inter-régime (sur la population des 55 ans et plus en 2015). La fragilité est calculée sur la base de trois indicateurs : le vieillissement, le niveau de revenu et l'isolement.

- En Haute-Garonne, la distinction apparait clairement entre le nord et le sud du département : c'est principalement au sud-ouest que la fragilité sociale des seniors est la plus forte.

2.2 Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants

Prévention et sensibilisation

Aide aux aidants

Lutte contre l'isolement

Prévention
L'aide aux aidants (1/3)

Les grandes problématiques nationales concernant les aidants

- Dans près de la majorité des situations (45%), l'aidant est le conjoint de la personne, induisant généralement:
  - Un investissement fort des proches qui cohabitent avec la personne aidée ;
  - Des impacts lourds sur les personnes au plus proche de la personne âgée : fatigue, épuisement, stress, renoncement, surmortalité etc.

- De manière générale, il existe un consensus sur les types de besoins des aidants :
  - Besoin d'information ;
  - Besoin d'un soutien psychologique : limiter la charge mentale par l'information, l'écoute, la formation (sans être une professionnalisation de l'aidant) ;
  - Besoin de répit : formules permettant la prise en charge de l'aidant (haltes répit), ou encore temps conjoints aidants/aidés hors des temps habituels d'aide (ateliers créatifs).

L E S E N J E U X

➢ **Au niveau départemental**, les problématiques sont les suivantes :
- Mettre en évidence davantage l'APA, levier de répit pour les aidants.
- Un besoin exprimé par les aidants (et ressenti par les services) de disposer d'un temps dédié pendant que des professionnels accompagnent leur proche.
- Un besoin de simplification des démarches pour les porteurs de projets dans le champ de l'aide aux aidants (les haltes-répit étant considérées comme des établissements médico-sociaux, elles sont soumises à des procédures d'appel à projets).
- Un besoin de développement de la communication autour des actions du Département et de sensibilisation aux dispositifs existants auprès des usagers .

Prévention
L'aide aux aidants (2/3)

La nécessité de poursuivre l'investissement dans le champ transversal de la politique d'aide aux aidants

- L'aide aux aidants ressort comme l'une des priorités du Conseil départemental via notamment la **création de Haltes-Répit** : 4 structures ouvertes en 2016, sur 5 sites du département :
  - 12 personnes accueillies au maximum par structure avec un taux d'un encadrant pour 4 usagers ;
  - 10€ de reste à charge maximum par demi-journée pour les usagers.

- Le Département soutient également le **développement de l'offre séquentielle** pour répondre au besoin de répit des aidants :
  - 181 places d'hébergement temporaire en EHPAD, 61 places d'accueil de jour en EHPAD, et 73 places d'accueil de jour dans des structures autonomes *(cf. ci-après et partie 2.4 pour plus de détails sur les taux d'équipement).*
  - Mais la problématique concerne le manque de places disponibles, parfois transformées par les établissements en places d'hébergement permanent (parfois pour cause d'enjeux financiers).

L E S E N J E U X

- Développer l'offre d'accueil séquentiel pour offrir un temps de répit aux proches aidants grâce à la prise en charge temporaire des personnes âgées (en EHPAD, en Accueil de Jour, en MARPA etc.).
- **Elargir la notion de répit** à d'autres actions, dispositifs ou services.

Prévention

L'aide aux aidants (3/3)

Des disparités territoriales dans la réponse au besoin de répit des aidants (sur le plan de l'offre d'accueil séquentiel)

- La Haute-Garonne compte 61 places en accueil de jour autorisées en EHPAD, et 73 places en accueil de jour autonome, soit un **taux d'équipement de 1,76 places** pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.
- Une offre complémentaire de 42 places d'hébergement temporaire existe au sein des petites unités de vie dans le département.

Direction Territoriale des Solidarités	Places autorisées hébergement temporaire en EHPAD	Nombre de places autorisées hébergement temporaire pour 1000 habitants de plus de 75 ans	Places autorisées accueil de jour en EHPAD	Places autorisées accueil de jour autonome	Nombre de places accueil de jour pour 1000 habitants de plus de 75 ans
Nord Toulousain	61	2,36	30	15	1,74
Toulouse	71	2,23	18	15	1,03
Lauragais	12	0,82	0	12	0,82
Sud Toulousain	21	1,12	11	12	1,23
Comminges-Pyrénées	16	1,38	2	19	1,82
Haute-Garonne	**181**	**1,76**	**61**	**73**	**1,31**

2.2 Prévention, repérage des situations à risque et aide aux aidants

Prévention et sensibilisation

Aide aux aidants

Lutte contre l'isolement

Un nécessaire développement de dispositifs et d'actions de sensibilisation devant permettre de lutter contre l'isolement

- Au cœur du Programme Départemental d'Insertion est intégré un **volet « Lien Social et Citoyenneté »** : il est un pilier des politiques départementales devant permettre la lutte contre l'isolement par la mixité sociale et intergénérationnelle.
  - Ce volet intègre des actions de financement de projets pour l'accès à la culture et aux loisirs pour tous, ou encore le financement de maisons de chômeurs (lieux présentant un intérêt important en termes de mixité intergénérationnelle notamment).
- Deux zones de rupture sont identifiables dans la chaine de prévention et de lutte contre l'isolement :
  - Lorsque la personne âgée n'est pas déjà accompagnée dans sa perte d'autonomie – Alors **l'anticipation doit se faire très en amont**, dès le départ en retraite.
  - Lorsque la personne âgée est déjà inscrite dans un parcours de prise en charge à domicile mais dont l'accompagnement dans le maintien dans la vie sociale fait défaut ou pour qui des « besoins invisibles » ne peuvent être repérés (du fait d'un isolement trop important de la personne âgée).

L E S E N J E U X

- Prendre en compte la **mixité sociale** et les **relations intergénérationnelles** dans le développement de politique de lutte contre l'isolement.
- Assurer la **coordination entre acteurs en amont** pour anticiper l'isolement, et particulièrement avec le médecin traitant, premier maillon dans l'identification de besoins et la prévention de l'isolement.
- **Développer l'information autour des dispositifs** (auprès des familles, des professionnels et des acteurs publics locaux) pour améliorer le repérage des personnes fragiles.

2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

APA - données générales

Evaluation / instruction

SAAD

Soins à domicile

Adaptation du logement

Solutions intermédiaires

Information / Coordination

Soutien à domicile et parcours résidentiel

Eléments de synthèse

Les atouts	Les points de vigilance et marges d'amélioration
• Des **équipes médico-sociales du Conseil départemental sur le territoire** assurant la prévention, les évaluations et le suivi des personnes ; et un maillage territorial fin illustrant une bonne proximité. • **Un soutien du maintien à domicile par le Conseil départemental** (via l'autorisation des services à domicile et l'attribution des aides etc.) qui répond aux besoins des personnes âgées du département. • **Des délais d'instruction de l'APA raccourcis,** garantissant efficacité et rapidité dans la prise en charge des situations et la réévaluation des plans d'aide. • Mise en place de **dispositifs innovants (ex. : CESU).** • Des **dispositifs extraréglementaires et financés intégralement par le Conseil départemental** (Téléassistance).	• **Des difficultés de recrutement des médecins** dans les équipes d'évaluation médico-sociale ; et un manque de médecins de manière globale sur le territoire. • Un glissement des missions entre les SSIAD et les SAAD qui interroge la sécurité des personnes et des professionnels. • Une **territorialisation des SAAD à affiner** pour assurer la couverture de tout le territoire. • **Une articulation offre/besoin en logements adaptés** à améliorer. • Des **solutions alternatives** entre le domicile et l'établissement à développer (MARPA, résidences autonomie, logements autonomes dans des résidences adaptées etc.). • Un besoin de **renforcement des réseaux gérontologiques** et de la **coordination entre acteurs** (notamment entre MAIA et services du Département pour lesquels des procédures d'intervention et de coopération sont en cours d'écriture).

Soutien à domicile et parcours résidentiel

Chiffres clés

Bénéficiaires APA	Année de référence pour comparaison	Données actuelles	Evolution
	2011	2016	
Nombre total de bénéficiaires APA	22 899	28 232	+23,3%
Nombre de bénéficiaires APA à domicile	16 263	19 453	+19,6%
Nombre de bénéficiaires APA établissement	6 636	8 779	+32,3%
Nombre de bénéficiaires de la téléassistance	19 454	23 696	+21,8%

30%

APA établissement

70%

APA domicile

17% des bénéficiaires APA à domicile sont classés en GIR1-2

Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

223 SAAD, dont 45 habilités à l'aide sociale

76% des heures APA en mode prestataire

Tarif horaire moyen des SAAD habilités non tarifés : **21,40€** (+ 1,13 % par rapport à 2016)

Tarif départemental : **20,60€**

21 Résidences Autonomie dont **1** MARPA
5 petites unités de vie dont **2** centres d'hébergement temporaire et **2** MARPA

9 réseaux gérontologiques **4** MAIA

2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

APA - données générales

Evaluation / instruction

SAAD

Soins à domicile

Adaptation du logement

Solutions intermédiaires

Information / Coordination

L'APA – données générales

Les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA (1/5)

Un nombre de bénéficiaires de l'APA en constante augmentation, dont plus de deux tiers bénéficient de l'APA à domicile

- Le Département recense, 28 996 bénéficiaires de l'APA *(domicile et établissement, droits ouverts au 31/07/2017),* l'aide se répartissant comme suit : 70% d'APA à domicile (20 262 bénéficiaires), et 30% d'APA en établissement (8 734 bénéficiaires). C'est le deuxième département de la région en nombre de bénéficiaires de l'APA (derrière l'Hérault) (30 680 bénéficiaires dans l'Hérault en 2014).

- On constate l'augmentation, au cours des dernières années, du nombre de bénéficiaires de l'APA, de manière équilibrée entre APA à domicile et APA en établissement.

Evolution des bénéficiaires de l'APA	Nombre de bénéficiaires de l'APA	Evolution par rapport à l'année précédente
2011	22 899	-
2012	25 709	*+ 12,3%*
2013	26 368	*+ 2,6%*
2014	27 325	*+ 3,6%*
2015	27 543	*+ 0,8%*
2016	28 232	*+ 2,5%*

Source : CD31

Part de bénéficiaires parmi les 75 ans et plus …	2015
APA à domicile	17,3%
APA en établissement	8,1%
APA dom. et étab.	**25,4%**

Source : INSEE

- ***FOCUS aide sociale*** : environ 7% des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale, le sont au titre de l'aide ménagère (93% au titre de l'aide sociale à l'hébergement – Cf. partie relative aux établissements).

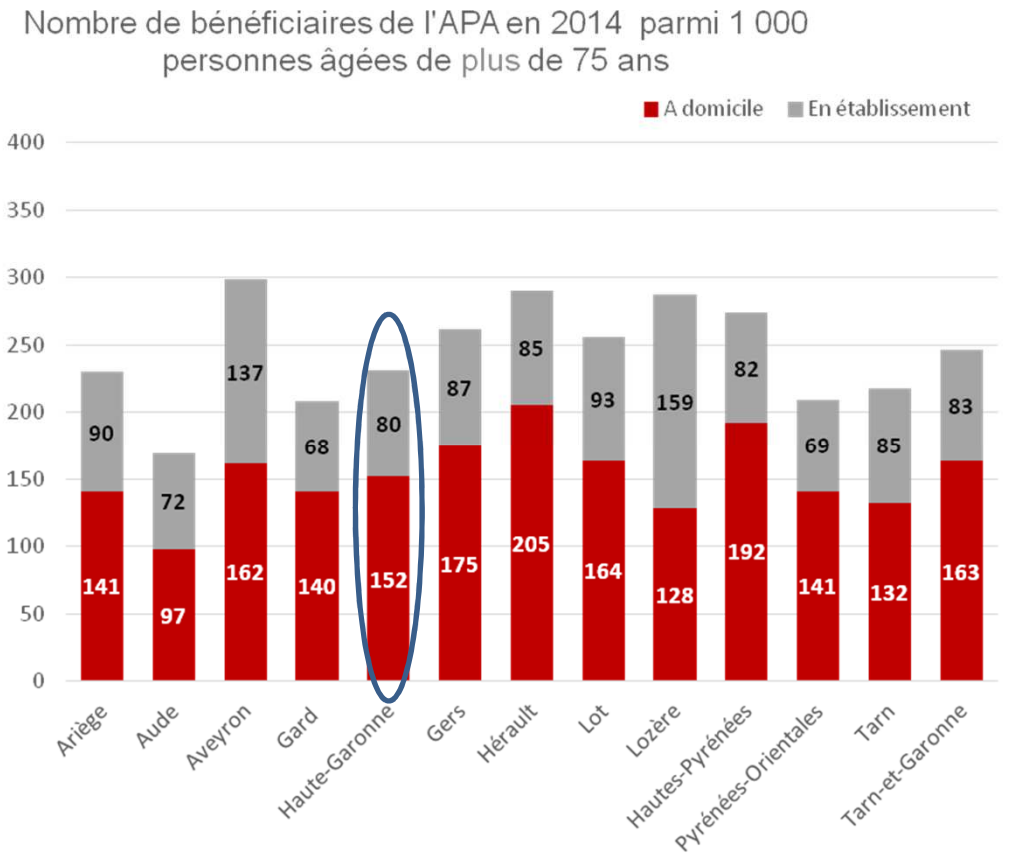
L'APA – données générales

Les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA (2/5)

En proportion, le département se situe autour de la moyenne régionale du nombre de bénéficiaires de l'APA

- La Haute-Garonne compte environ 232 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne régionale (à 245):
  - 152 bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans (égal à la moyenne régionale).
  - 80 bénéficiaires de l'APA en établissement pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans (sous la moyenne régionale, à 91).

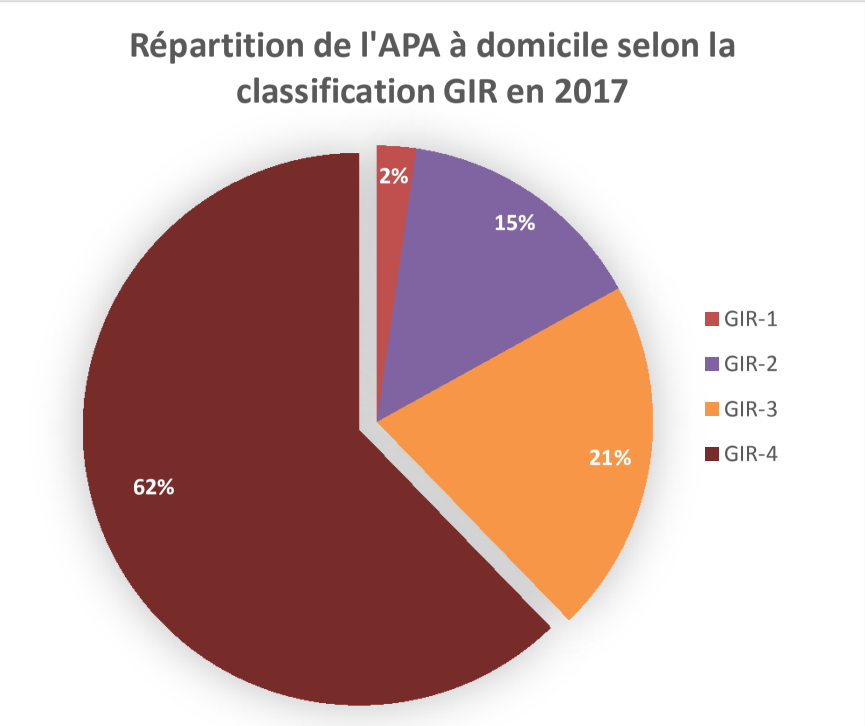
- En 2014, la Haute-Garonne se situe au-dessus de la moyenne régionale quant à la part d'APA à domicile (70% pour la Haute-Garonne contre 63% pour la région Occitanie).

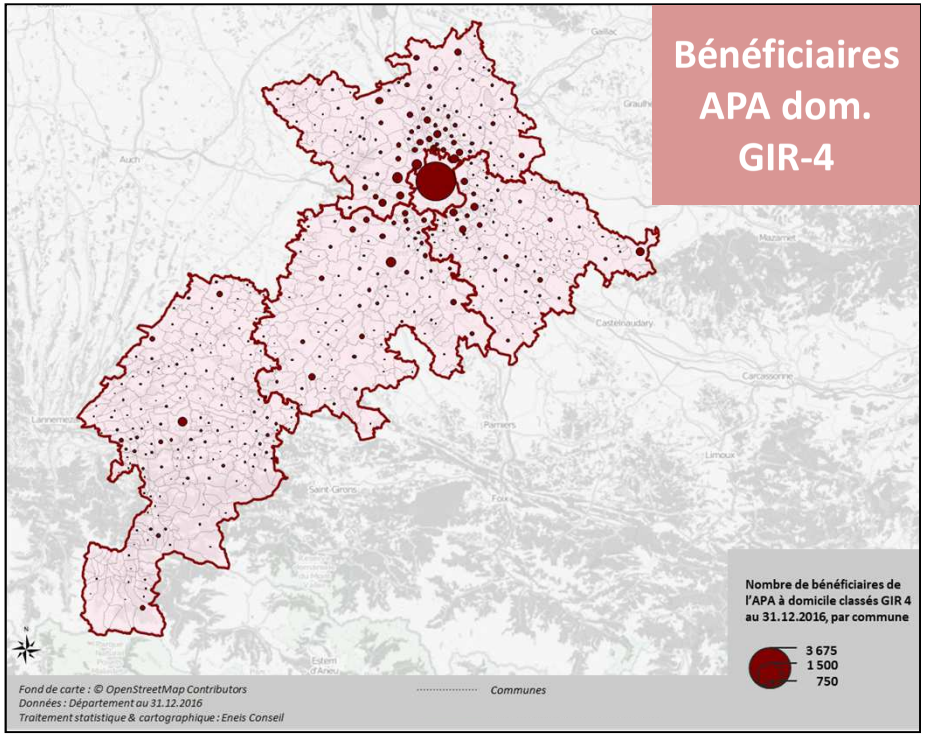


Source : STATISS 2016

L'APA (à domicile) – données générales

Les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA (3/5)





- Environ 17% des bénéficiaires de l'APA à domicile sont classés dans les catégories les plus dépendantes (GIR1-2), soit un peu moins de 5 000 bénéficiaires en 2017. Cette répartition est stable depuis 2012 et homogène territorialement. Cette proportion est similaire à la moyenne régionale, mais inférieure à la moyenne nationale, qui s'établit aux alentours de 20% de GIR1-2 parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile*.

** Source : STATISS 2016*

L'APA (à domicile) – données générales

Les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA (4/5)

Une forte évolution des montants moyens de l'APA à domicile

- L'évolution des montants moyens de l'APA à domicile entre 2015 et 2016 (pour les quatre catégories de GIR) s'explique par les trois raisons suivantes :
  - Un impact de la loi ASV de 2016 qui a mis en œuvre une augmentation des plafonds APA des différents GIR.
  - Une augmentation des tarifs des services d'aide à domicile ayant entrainé la réévaluation des montants APA.
  - Une part élevée des plans d'aide haut-garonnais atteignant le plafond maximal.

Montant moyen de l'APA à domicile	déc-16	*Evolution 2015/2016*
GIR-1	966 €	*+ 45,7%*
GIR-2	668 €	*+ 32,0%*
GIR-3	430 €	*+ 17,5%*
GIR-4	226 €	*+ 8,7%*

Source : CD31

Evolution des plafonds GIR suite à la loi ASV de 2016

GIR	Plafonds avant réforme	Montant de la majoration	Plafonds après réforme
1	1 312,67€	*400€*	1 712,67€
2	1 125,14€	*250€*	1 375,14€
3	843,86€	*150€*	993,86€
4	562,57€	*100€*	662,57€

Source : décret n° 2016-210 du 26 février 2016

L'APA (à domicile) – données générales

Les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA (5/5)

Des disparités territoriales dans la répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile

- Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont nettement plus nombreux au nord du département et au cœur de Toulouse.

- Toutefois, les **territoires du sud restent en proportion très concernés par l'APA à domicile.**

Directions Territoriales des Solidarités	Bénéficiaires de l'APA à domicile	Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus
Nord Toulousain	5 371	207,9
Toulouse	5 822	182,5
Lauragais	2 475	169,9
Sud Toulousain	3 724	199,1
Comminges-Pyrénées	2 294	198,6
Haute-Garonne	**19 686**	**192,0**

2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

APA - données générales

Evaluation / instruction

SAAD

Soins à domicile

Adaptation du logement

Solutions intermédiaires

Information / Coordination

Une évolution de l'évaluation médico-sociale à envisager pour assouplir la logique de parcours et permettre les réponses adaptées aux besoins

- L'évaluation médico-sociale est déclenchée lorsqu'une demande d'APA est transmise aux services du Département : la visite à domicile par les équipes d'évaluation (équipes médico-sociales) intervient ainsi après sollicitation par le futur bénéficiaire, par ses proches voire par un tiers aidant (travailleur social, etc.) – Cf. analyse des modalités de traitement et d'instruction page suivante.

- Les équipes médico-sociales du Conseil départemental de Haute-Garonne, sont composées d'infirmières et de médecins (présents dans la majorité des Maison des Solidarités).
  - L'un des enjeux pour le Département consiste à faire face au **maintien de l'effectif de médecins** afin de garantir les moyens nécessaires pour l'évaluation médico-sociale et favoriser la rapidité de traitement des réponses aux demandes d'évaluation.
  - L'articulation entre équipes médico-sociales et travailleurs sociaux constitue également un enjeu, par exemple pour sécuriser l'accès aux droits, lutter contre le non-recours, etc.

L E S E N J E U X

- **Développer des actions d'évaluation continue** pour anticiper l'évolution des besoins (l'évaluation médico-sociale étant réalisée à un *instant t*)
  - ***FOCUS*** : a déjà été mise en place une équipe « Qualité Plans d'Aide » au sein du Conseil Médical, qui peut intervenir 4 mois après la mise en place du plan d'aide pour vérifier l'effectivité des préconisations du plan et réajuster les heures si besoin.
- Renforcer la **coordination entre les évaluateurs du Département et les acteurs du soin** afin d'assurer le suivi des parcours des personnes âgées (notamment avec les médecins traitants).
- **Accompagner psychologiquement** la personne âgée et les aidants dans l'acceptation du statut de dépendance et de l'aide proposée.

Les modalités d'attribution et de réévaluation de l'APA (1/2)

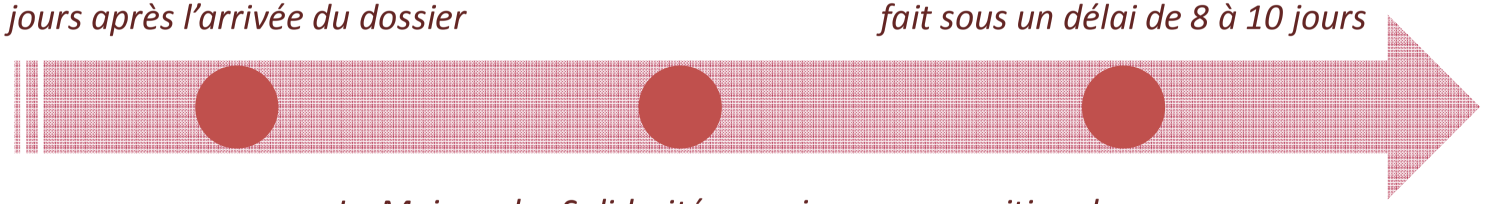
Des délais de traitement qui permettent une prise en charge rapide

- L'instruction des dossiers est centralisée au niveau du siège départemental : le premier tri des demandes est ainsi harmonisé sur tout le territoire (respect des conditions d'âge et domicile de secours, vérification des justificatifs etc.).

- Les délais d'instruction et d'évaluation de l'APA ont été soumis à analyse pour leur amélioration et leur raccourcissement :

L'instruction démarre entre 3 et 4 jours après l'arrivée du dossier

L'acceptation par le bénéficiaire se fait sous un délai de 8 à 10 jours



La Maison des Solidarités envoie une proposition de plan d'aide sous 1 mois au demandeur

- Le Département reste sous la barre légale des 2 mois de traitement des demandes :
  - Pour l'APA à domicile : délai médian de 40 à 50 jours de traitement ;
  - Pour l'APA en établissement : délai médian d'environ 40 jours.

- Environ 20% des dossiers ne sont pas traités dans les 2 mois pour cause de suspension de l'instruction en cas d'hospitalisation, de décision non prise par le bénéficiaire, ou de retard de traitement sur le territoire.

L'APA

Les modalités d'attribution et de réévaluation de l'APA (2/2)

Des dispositifs récents pour l'amélioration des contrôles et la diversification des prestations

- **Mise en place du plan d'aide détaillé** (détail des heures attribuées selon les types d'intervention proposés dans le plan d'aide), et révision du plan d'aide par les services sur les territoires.
  - Régulièrement, le nombre d'heures est réévalué à la hausse lorsque la dépendance s'aggrave ;
  - Cela impacte alors le taux de participation du bénéficiaire, qui dépend de ses ressources et du contenu du plan d'aide (nouveauté de la loi ASV) ;
  - Cela entraine également un besoin d'adaptation des procédures de paiement à ces plans d'aide détaillés : les actions étant de plus en plus personnalisées et regroupant diverses prestations, la gestion des paiements vis-à-vis des établissements et des prestataires s'en trouve complexifiée.

- **Mise en place du CESU** : « Chèques Solidarités 31 » déployé pour l'APA, permettant de simplifier le circuit du gré-à-gré et du mandataire, notamment en supprimant le contrôle d'effectivité qui s'effectue automatiquement a posteriori (remboursement au Département de la valeur des chèques expirés, non utilisés).
  - Cela facilite le paiement pour l'usager de manière dématérialisée…
  - … et supprime les démarches de récupération des trop-perçus, et allège les charges de travail et coûts en termes de contrôle.

L E S E N J E U X

- **Accompagner les différents acteurs** à l'utilisation de ces dispositifs innovants et à leurs avantages, pour en garantir la mobilisation : accompagner à la fois les usagers pour assurer la bonne compréhension de l'utilisation de ces outils (procédures de fonctionnement, contrôle etc.) mais aussi les services d'aide à domicile pour mettre ces outils au service des prestations rendues.
- **Poursuivre le déploiement de la télégestion** parmi les services prestataires : actions de sensibilisation, d'information pour des subventions d'installation etc.

2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

APA - données générales

Evaluation / instruction

SAAD

Soins à domicile

Adaptation du logement

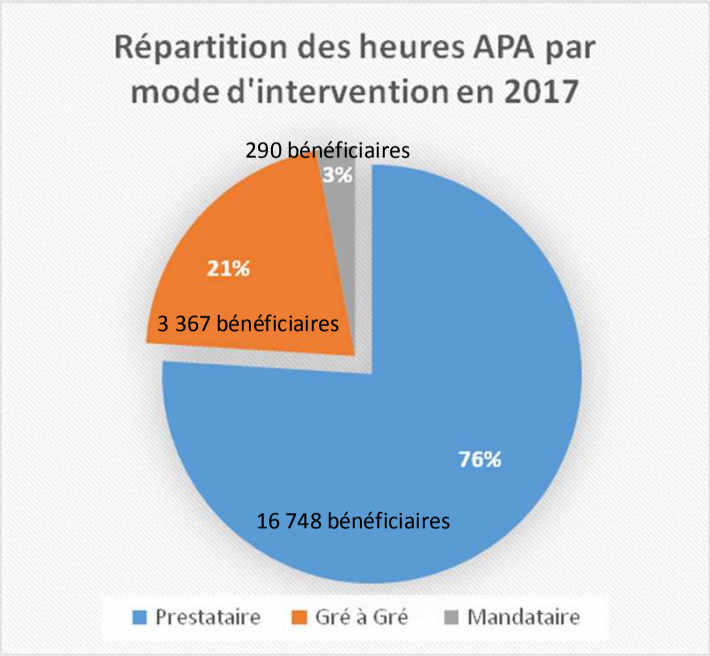
Solutions intermédiaires

Information / Coordination

APA (à domicile)
Les modalités d'utilisation par les bénéficiaires

Depuis la mise en place de la loi ASV (1er janvier 2016), l'ensemble des services pouvant intervenir auprès des publics APA et PCH doivent être autorisés par le Département

▪ Par le biais de l'APA à domicile peuvent être financés : des heures d'intervention (ménage, aide à domicile), des heures d'accueil de jour, des aides techniques (plafond de 200€ par an), des jours d'hébergement temporaire, des aides mensuelles (plafond de 100€ par mois).



Sources : Statistiques départementales

- Le **mode prestataire est prépondérant** et représente 76% des heures APA.
  - Ce mode de service doit pouvoir garantir la qualité de l'accompagnement des usagers (formation des aides, qualifications, remplacements, suivi etc.). Les usagers doivent pouvoir choisir entre plusieurs services.
- Le secteur « autorisé » (cf. page suivante) rassemble 223 services, dont **26 SAAD publics** (12 gérés par des CCAS et 14 par des EPCI) et **197 SAAD privés** (65 gérés par des associations et 132 par des entreprises).
- Sur l'ensemble des services prestataires, **45 sont habilités à l'aide sociale** (soit 20% des services), donc tarifés par le Département.
- Déploiement de l'expérimentation SPASAD depuis septembre 2017.

L'offre d'aide à domicile

Retour sur la réforme de la loi ASV

Jusqu'au 31 décembre 2015

Pour les mêmes activités d'assistance aux personnes âgées et handicapées :

Un **régime d'autorisation** arrêté par le Président du Conseil départemental.

- 15 ans
- Evaluations interne/externe
- Tarifs administrés

OU

Un **régime d'agrément** par l'Etat via la DIRECCTE

- 5 ans
- Cahier des charges national
- Tarifs libres (mais financement départemental sur la base d'un tarif fixe pour l'APA (20,60€) et la PCH (17,77€) et possibilité de facturer un reste à charge)

Depuis le 1er janvier 2016

Pour les activités d'assistance aux personnes âgées ou handicapées :

Un **régime d'autorisation unique** par le Président du Conseil départemental :

- 15 ans
- Evaluations interne/externe
- Cahier des charges national
- Pas d'obligation de tarification pour les services qui ne font pas d'intervention chez les bénéficiaires de l'aide ménagère
- Procédure d'appels à projets (à partir de 2022)

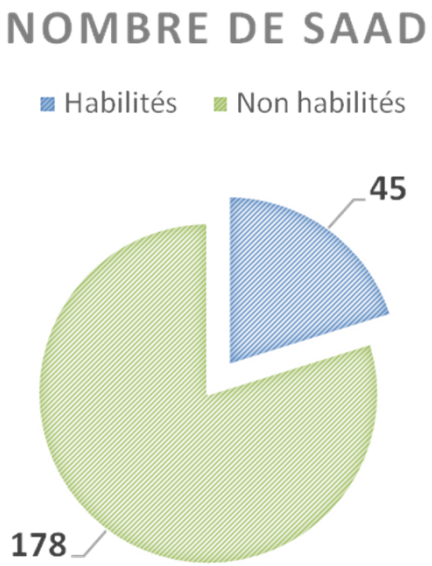
Un **maintien de la distinction entre services habilités à l'aide sociale** (faisant l'objet d'une tarification individuelle par les services du Conseil départemental) **et services non habilités** bénéficiant du tarif départemental de référence de 20,60€pour une heure d'APA.

Depuis le 1er janvier 2016, 223 services sont autorisés sur le Département

L'offre d'aide à domicile

Panorama des SAAD (75% des heures APA)

- Au 1er janvier 2017, le Département compte 223 SAAD pouvant intervenir auprès de personnes fragiles (compétence départementale).
- Parmi les principales difficultés rencontrées par les SAAD, notons les enjeux en termes de recrutement (le métier d'aide à domicile souffrant d'une faible attractivité), de gestion des cas complexes, de financement global du secteur.
- Une des principales problématiques concerne la territorialisation des SAAD sur le département (en particulier les SAAD ayant une habilitation à l'aide sociale qui peuvent être soumis à la définition de zones d'intervention précises).
  - Le zonage s'effectue en fonction de l'évaluation des besoins, de la typologie de population, de l'offre existante sur le territoire concerné etc. mais les critères précis restent pour l'instant encore à définir.
- Si l'offre actuelle est abondante sur le territoire départemental, des disparités importantes peuvent néanmoins être observées :
  - forte concentration des services sur Toulouse (50% des services d'aide à domicile y sont concentrés).
  - faiblesse de l'offre sur certains territoires (voire absence d'offre dans le Comminges par exemple).
- Des besoins d'amélioration de la coordination, entre évaluateurs et services d'une part, et entre secteurs sanitaire et médicosocial d'autre part, constituent des attentes importantes.



- En 2017, le tarif départemental unique de référence APA pour les services autorisés mais non habilités est de 20,60€.

L E S E N J E U X

- **Définir une politique de territorialisation plus précise** des SAAD habilités à l'aide sociale, en identifiant des critères de zonage ou bien en laissant libre l'installation des services sur tout le territoire.
- **Assurer l'équité d'accès aux services** sur tout le territoire et le libre-choix de l'usager pour ne pas engendrer de zones plus pourvues en services que d'autres (de manière équitable selon les besoins des territoires).

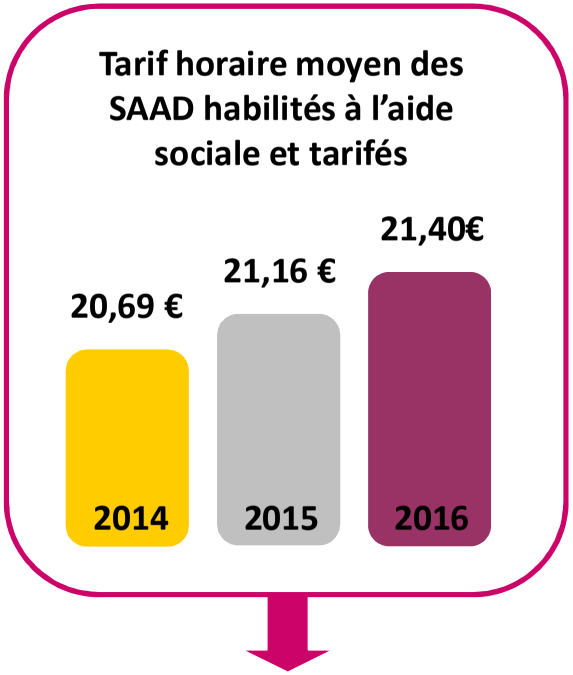
L'offre d'aide à domicile
Panorama des SAAD

Des situations très variées concernant les tarifs des SAAD intervenant en Haute-Garonne

223
services sont autorisés

45
services font l'objet d'une tarification administrée par le Département et pratiquent ce tarif sans reste à charge pour l'usager

178
services bénéficient du tarif de référence départemental (20,60€ pour l'APA en 2017), pratiquent ce tarif et peuvent facturer un reste à charge complémentaire à l'usager



+ 1,13 % sur les tarifs moyens des SAAD habilités entre 2016 et 2017

4 SAAD ont un tarif moyen APA **supérieur à 22,50 €**

FOCUS

Un dispositif d'aide à distance pour le maintien à domicile des personnes âgées

- Le dispositif « Téléassistance 31 », confié à un prestataire pour sa mise en œuvre opérationnelle, est un service départemental gratuit et disponible 24h/24, 7j/7.

- Ce dispositif est proposé aux personnes qui remplissent au moins l'un des critères suivants des conditions d'accès définies par le dispositif départemental :
  - être bénéficiaire de l'APA,
  - avoir plus de 70 ans,
  - être bénéficiaire de la PCH,
  - avoir un taux d'invalidité de 80% ou plus,
  - être en situation de particulière fragilité (fin de vie, soins palliatifs...).

- En 2017, près de **25 000 dispositifs** sont désormais installés au domicile des personnes âgées sur le département.

- Deux enjeux doivent cependant être mentionnés:
  - Le **maintien de l'offre de service** existante,
  - Le **développement innovant** de l'offre.

2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

APA - données générales

Evaluation / instruction

SAAD

Soins à domicile

Adaptation du logement

Solutions intermédiaires

Information / Coordination

L'offre de soins à domicile
Les professionnels libéraux

L'offre d'infirmiers libéraux sur le territoire du département

- En termes d'accessibilité physique, les services d'infirmiers libéraux semblent relativement facilités pour les hauts-garonnais, malgré un temps d'accès légèrement plus long pour les trois Communautés de Communes du sud du département.
  - ➢ Exemple de point spécifique : zone au sud-est de la communauté de communes « Cagire Garonne Salat » avec un taux d'équipement en véhicules motorisés rendant plus compliquée la mobilité des habitants.

- La densité de l'offre de services est toutefois variable sur les différents territoires du département.
  - ➢ Maintenir le niveau de l'offre et développer l'attractivité du sud du département pour les professionnels libéraux et assurer ainsi un meilleur équilibre entre les zones du territoire.

- Notons que les infirmiers libéraux sont mobilisés sur de nouvelles interventions (dans le cadre de chimiothérapies par exemple), conséquence de la croissance de l'ambulatoire. Ce phénomène tend à réduire leur disponibilité.

L'offre de soins à domicile
Les SSIAD (1/2)

Des services de soins infirmiers de plus en plus contraints par la prise en charge d'une forte dépendance

- **Les 36 SSIAD de la Haute-Garonne couvrent toutes les communes du département** : il n'existe pas de zone blanche et l'accès à des professionnels libéraux est facilité sur le territoire départemental.

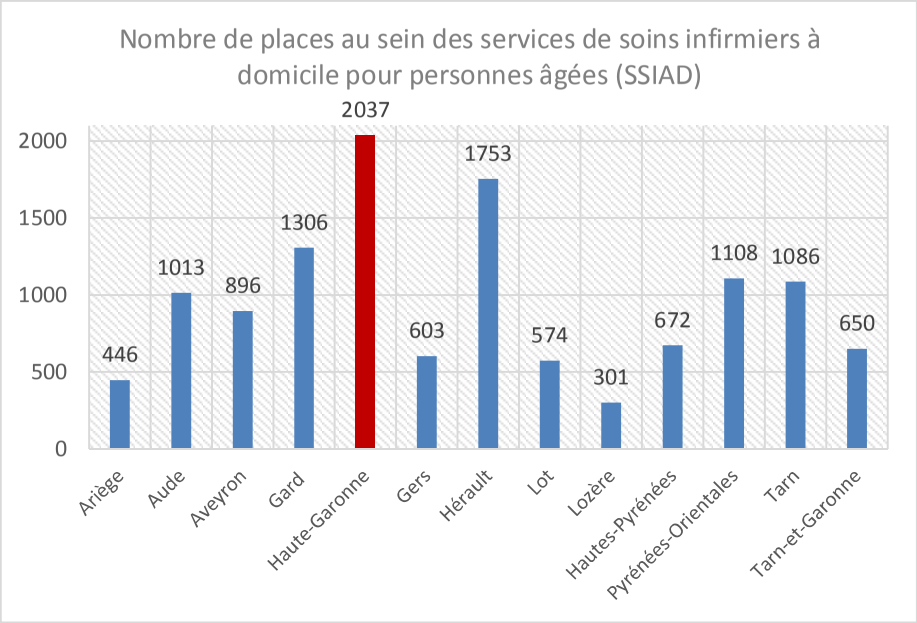
- **Un enjeu peut être évoqué concernant la visibilité et la qualité de l'offre** assurées par les professionnels libéraux ainsi que leur coordination avec les structures autorisées et habilitées par le Département (liens entre SAAD et SSIAD pour la combinaison des offres dans les parcours) .
  - Un phénomène de « glissement » est observé entre les structures (SAAD remplissant le rôle d'un SSIAD), marquant un besoin de SSIAD et SPASAD pour assurer la répartition des tâches et apporter un meilleur accompagnement de la fin de vie. L'expérimentation SPASAD depuis septembre 2017 est à noter.

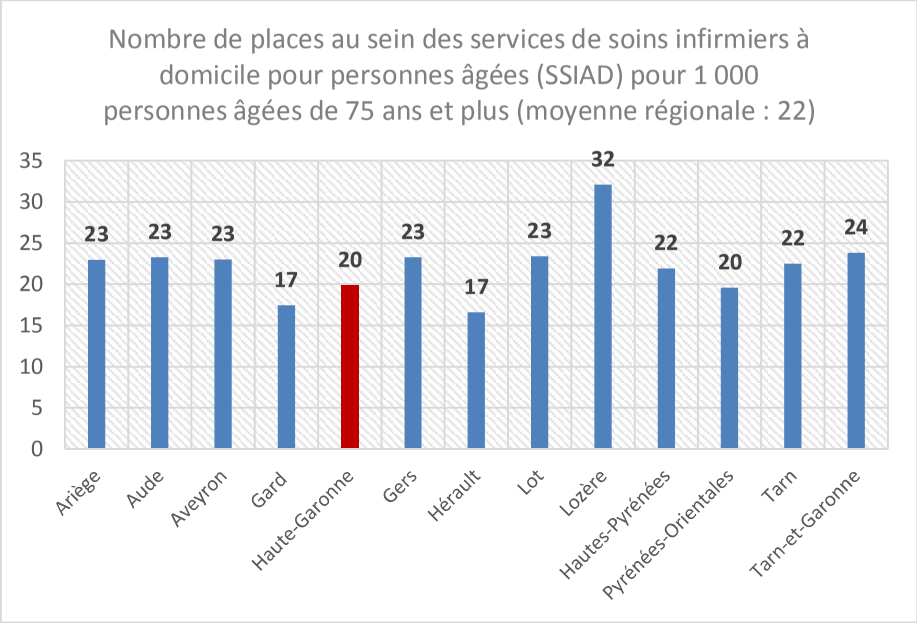
- **La prise en charge d'une dépendance accrue** affecte également l'activité des SSIAD :
  - Le remboursement des actes libéraux peut représenter jusqu'à 50% du budget d'un SSIAD *(données ARS*).
  - Conformément au mode de tarification des SSIAD défini au niveau national, celui-ci ne prend aujourd'hui pas en compte la dépendance de l'usager ni le besoin en soins.

- Enfin, une problématique particulièrement forte sur l'année écoulée : la **difficulté majeure** rencontrée par les services à domicile (SAAD ou SSIAD), mais aussi par les établissements, **à recruter du personnel qualifié.**

Comme il en ressort de la concertation avec les professionnels, de manière générale, les problématiques de l'aide à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD..) concernent le cœur même du métier et ses difficultés : pénibilité, image non valorisée dans le public, enjeux financiers (coût plus élevé d'un personnel qualifié) etc.

L'offre de soins à domicile
Les SSIAD (2/2)





- La Haute-Garonne fait partie des deux départements les mieux dotés de la région en nombre de services de soins infirmiers à domicile : 36 SSIAD (contre 40 pour l'Hérault).
- Il est celui offrant le plus grand nombre de places en SSIAD de la région ; néanmoins, rapporté à la population cible (75 ans et plus), le nombre de places disponibles se situe sous la moyenne régionale : 20 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Haute-Garonne, contre 22 en Occitanie.
- La diversité et le caractère étoffé de l'offre sur le territoire (professionnels libéraux, 36 SSIAD, 7 SPASAD etc.) constitue un enjeu très fort de coordination afin d'éviter notamment les ruptures de prises en charge et favoriser une plus grande fluidité de l'information.

2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

APA - données générales

Evaluation / instruction

SAAD

Soins à domicile

Adaptation du logement

Solutions intermédiaires

Information / Coordination

Les parcours résidentiels
L'adaptation du logement (1/2)

La nécessité de développer le réseau de partenaires pour connaitre précisément l'offre et l'évolution des demandes

- Dans le cadre du Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDLHPD), le Règlement intérieur de la Commission Sociale d'Examen du Conseil Départemental intègre parmi celui des difficultés financières et sociales, le **critère du risque de vieillissement et de la diminution de la mobilité.**

  - La prise en compte de ce critère permet de répondre à l'évolution ou aux besoins de la personne en assurant une offre de logement adaptée.

- Parmi les dispositifs mis en place par le Conseil Départemental on recense un allégement fiscal sur la part de la taxe foncière sur les propriétés bâties pour les personnes propriétaires de leur logement et disposant de faibles revenus.

Problématique du milieu rural : un parc composé de **logements plus anciens dans les espaces ruraux** (bâtisses anciennes de grande taille) nécessitant des travaux importants pour s'adapter à la perte d'autonomie

L E S E N J E U X

➢ **Permettre la construction d'un véritable réseau partenarial** avec les bailleurs sociaux pour inclure le maximum d'acteurs au dispositif : échange d'informations, accès facilité aux données, mise à jour en temps réel de l'offre (par les bailleurs) et des besoins (par le Conseil départemental).

Les parcours résidentiels
L'adaptation du logement (2/2)

Une coordination accrue à mettre en place entre les différents services pouvant intervenir sur le champ du logement

- Le Conseil départemental est délégataire de la gestion des aides de l'Etat (ANAH) pour l'adaptation des logements des personnes modestes et très modestes, dans l'objectif de préserver leur autonomie.
  - Sur son territoire de délégation (hors Toulouse Métropole, SICOVAL et le Muretain) le Conseil départemental a mis en place un dispositif d'adaptation des logements des personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes pour favoriser leur maintien à domicile : **aide sur fonds propres à hauteur de 25% de la dépense pour l'adaptation du logement, sur dépense plafonnée à 13 000 euros.**

- Plusieurs questions demeurent comme autant d'enjeux à prendre en compte dans la politique logement du Conseil département : quelle est la proportion de demandes de logement social émise par des personnes âgées de plus de 60 ans? Quels sont les besoins spécifiques pour les personnes âgées ? Quels sont les besoins encore non couverts (et comment les quantifier) ?

L E S E N J E U X

- **Travailler conjointement avec les acteurs du handicap** car les problématiques d'adaptation de logements sont très proches pour les deux publics, et notamment le public spécifique des personnes handicapées vieillissantes.
- **Réaliser une analyse de l'offre et des demandes** de manière conjointe avec tous les services du département concernés par la problématique du logement.

2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

APA - données générales

Evaluation / instruction

SAAD

Soins à domicile

Adaptation du logement

Solutions intermédiaires

Information / Coordination

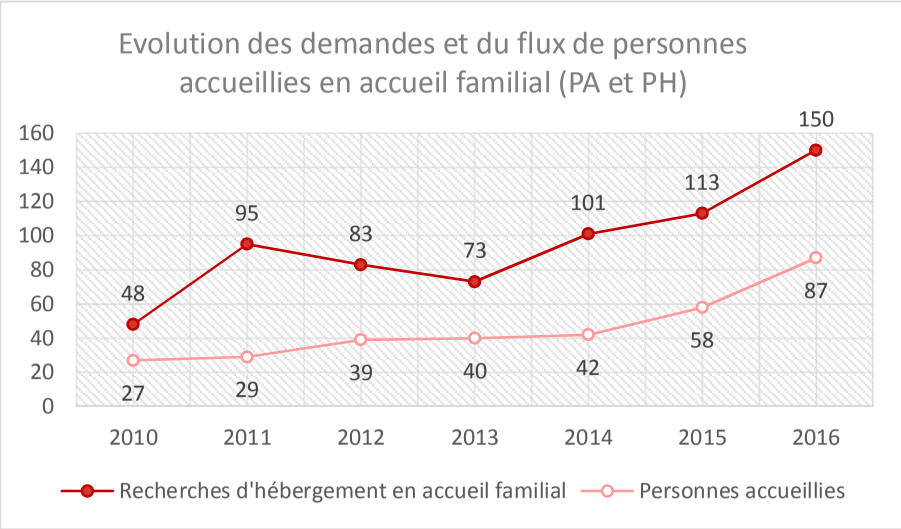
Les solutions intermédiaires
L'accueil familial

L'accueil familial : une alternative entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement

- Parmi les publics âgés et/ou les publics en situation de handicap, l'accueil familial est un dispositif peu sollicité par les usagers mais en sensible évolution depuis 2010.

- Il existe des agréments pour 3 types de places en famille d'accueil:
  - places uniquement pour les personnes âgées,
  - places uniquement pour les personnes en situation de handicap,
  - places mixtes.
- Ces places peuvent être des places d'accueil permanent ou temporaire.

- Pour les personnes âgées le territoire haut-garonnais compte 50 places d'accueil permanent (dont 37 mixtes et 13 uniquement pour les personnes âgées) et 7 places d'accueil temporaire. Notons qu'il existe par ailleurs 20 places uniquement dédiées aux personnes en situation de handicap.



La ligne présentant les « Personnes accueillies » représente le flux de personnes différentes ayant bénéficié d'une place en accueil familial chaque année (incluant donc les entrées et sorties du dispositif, ainsi que les accueils temporaires)

Source : Demandes réceptionnées au service Tarification et Qualité des Etablissements

Les solutions intermédiaires
L'offre de résidences autonomie et de MARPA

Un développement d'offres intermédiaires, alternatives au « tout domicile » ou « tout établissement »

- Les **Résidences Autonomie** poursuivent leur développement (établissements médico-sociaux nés de la transformation des foyers logements par la loi ASV de 2016).
  - Autorisation de fonctionnement délivrée par le Département (et vérification de la qualité des prestations),
  - Les GIR-1 et GIR-2 ne peuvent constituer plus de 10% des personnes accueillies (décret du 27 mai 2016) pour limiter les difficultés entrainées par la prise en charge de lourdes dépendances,
  - Chaque résidence autonomie dispose d'un CPOM comme le prévoit la loi pour percevoir le forfait autonomie lié au financement d'actions de prévention.

- L'offre sur le territoire de la Haute-Garonne : **21 Résidences Autonomie et 3 MARPA** (Maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie développées par la MSA).
  - Au début des années 2000, plusieurs foyers logements ont été transformés en EHPAD du fait de l'évolution de la population par le mouvement des conventions tripartites,
  - Les « offres intermédiaires » peuvent constituer une transition dans le cadre de l'évolution des besoins des personnes âgées qui restent de plus en plus longtemps à domicile et rentrent de plus en plus tardivement en établissement (à 86 ans en moyenne, pour un séjour de 2 ans et demi). Elles accueillent aujourd'hui plus de 1 100 résidents.

L E S E N J E U X

- **Identifier les besoins en offres de logement et d'accueil intermédiaire** (Résidence autonomie, MARPA etc.).
- **Définir une politique d'équipement et d'intégration des résidences autonomie** en cohérence avec l'ensemble des offres de service disponibles sur un territoire.
- Identifier le nombre et les caractéristiques des résidences seniors.

2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel

APA - données générales

Evaluation / instruction

SAAD

Soins à domicile

Adaptation du logement

Solutions intermédiaires

Information / Coordination

Des objectifs de couverture du territoire et d'articulation entre les partenaires

- Les missions menées par le Département au titre de la coordination gérontologique sont les suivantes :
  - Accueil, orientation, coordination et prévention ;
  - Animation du territoire ;
  - Observation de l'environnement.

- Une des particularités du Département réside dans l'internalisation des CLIC au sein des Maisons des Solidarités (MDS) en 2009.
  - Ces MDS sont alors devenues le guichet unique de la coordination gérontologique (17 MDS en Haute-Garonne sont concernées par les réseaux gérontologiques) ;
  - 9 réseaux gérontologiques (nombre en cours d'évolution) sont pilotés par le Conseil départemental : 3 réseaux sur Toulouse, 6 sur le reste du département (+1 piloté par la commune de Blagnac) ; *cf. carte page suivante.* Ces réseaux sont des réseaux d'animation du territoire avec les partenaires de la gérontologie; permettant aux partenaires de se connaitre, de diffuser des informations, de repérer des problématiques de territoire, d'échanger sur celles-ci. Ces réseaux présentent néanmoins des hétérogénéités dans leur action et développement selon les territoires.

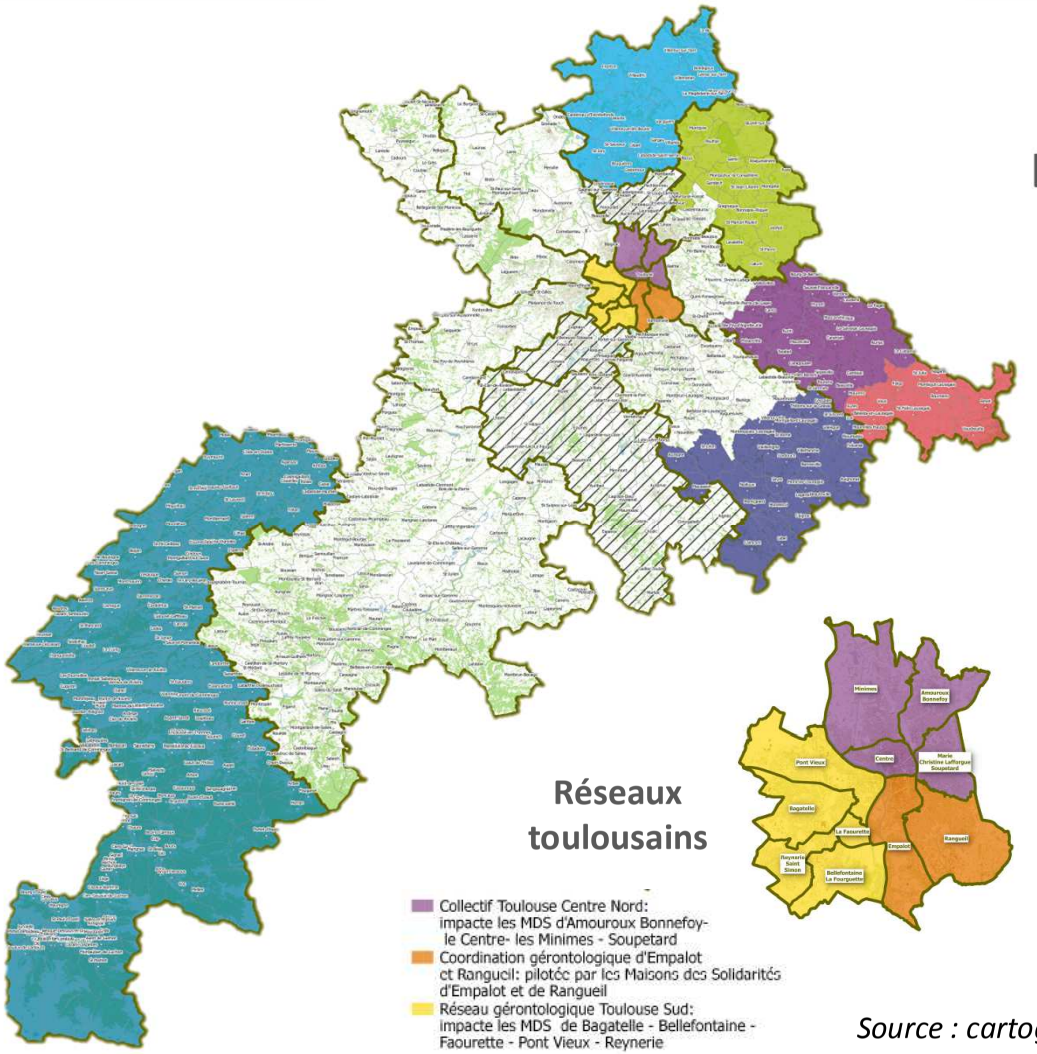
- Constat d'une articulation entre acteurs du territoire encore fragile, à développer : par exemple, les procédures de signalement (publics vulnérables, troubles constatés, perte d'autonomie observée) manquent encore d'harmonisation sur le territoire et les informations ne sont pas toujours partagées entre partenaires (il n'existe pas de procédure de centralisation).

L E S E N J E U X

- **Rendre cohérent l'ensemble** des offres existantes sur le territoire par la coordination entre les acteurs.
- **Assurer la couverture de tout le territoire** en fonction des partenaires locaux existants.
- **Fournir un cadre harmonisé** pour l'élaboration de projets de services individualisés, faciliter les relations entre professionnels, établissements, faire remonter les informations pour centralisation et partage etc.

Dispositifs d'information et de coordination

Panorama



Les réseaux gérontologiques en Haute-Garonne

Réseaux de coordination gérontologique

- en projet :
  -Aucamville : Projet de développement de réseau gérontologique en cours
  -Frouzins et Muret : Projet de coopération porté par le SIAS ESCALIU : en suspens
- Réseau gérontologique Nord-Est toulousain
- Réseau gérontologique du Lauragais. périmètre :
  anciens cantons de Nailloux et de Villefranche de Lauragais
- Réseau gérontologique Territoire Coeur Lauragais (RGTCL):
  périmètre de la communauté de communes de coeur Lauragais
- Réseau de Revel : périmètre de l'ancien canton de Revel
- Réseau gérontologique de Saint-Jean:
  périmètre de l'ancien canton XV (St-Jean-l'Union-Castelmaurou-Rouffiac)
- Coordination gérontologique de Saint-Gaudens: périmètre de la MDS de St-Gaudens

Contexte géographique

- Maison des Solidarités
- Commune
- Pôle communal

Source : cartographie fournie par les services du Département,
une carte en cours d'évolution

Dispositifs d'information et de coordination

Coordination Personnes âgées

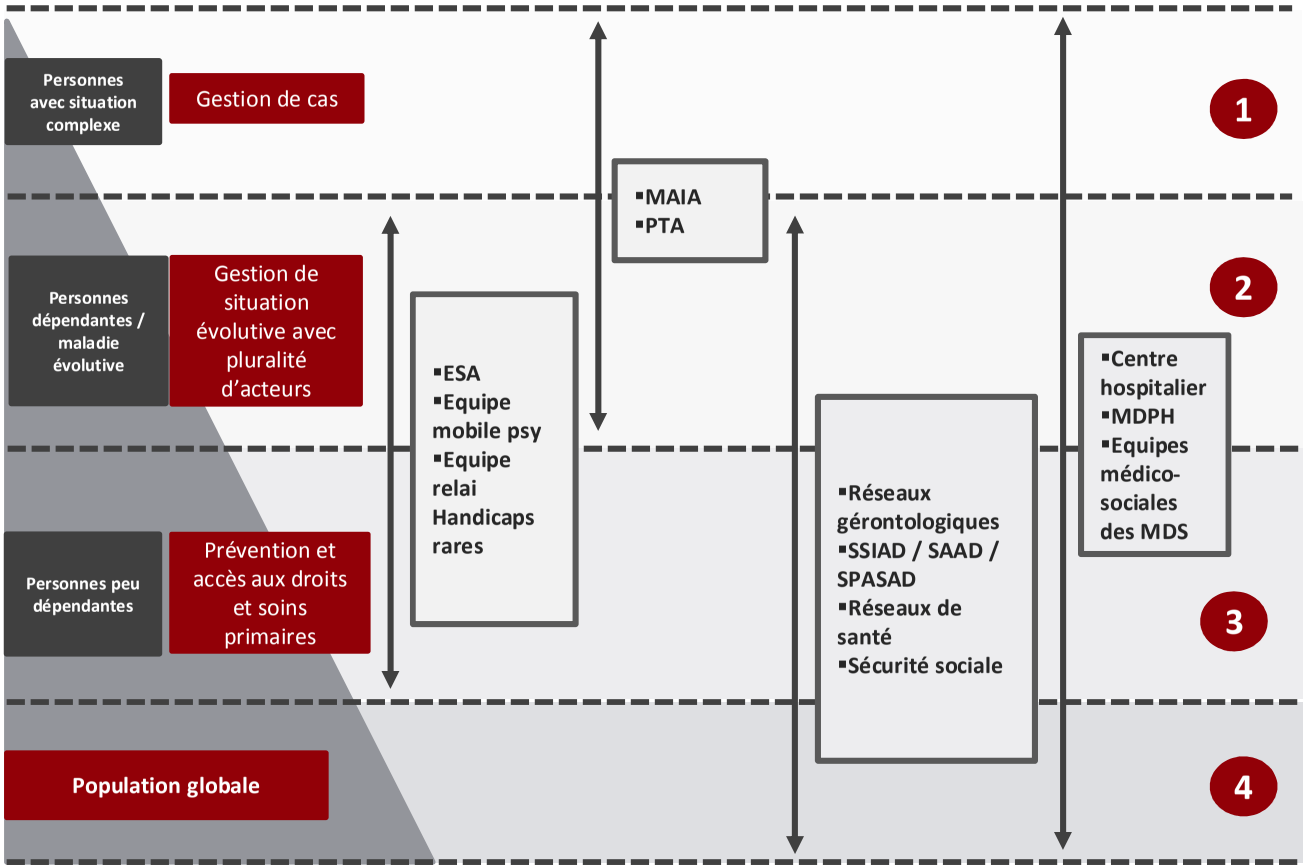
Les acteurs

MDS : équipes médico-sociales	Prévention, accès et accompagnement aux droits, évaluation, coordination, suivi des plans d'aide
Travailleurs sociaux Sécurité sociale	Prévention, accompagnement, accès aux droits / aux soins
Réseaux gérontologiques	Coordination des acteurs médico-sociaux
MAIA	Coordination intégrée des acteurs et gestion de cas
Réseaux de santé	Accès aux soins, coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux
Plateforme Territoriale d'Appui	Information, orientation, coordination des professionnels du soins
ESA	Accompagnement spécialisé à domicile des pathologies Alzheimer
Equipe mobile Psychiatrique ou Gériatrique	Prévention, orientation, interface entre le sanitaire et le médico-social, coordination concernant la psychiatrie
Equipe Relais Handicaps Rares	Structuration territoriale des expertises et des accompagnements médico-sociaux
SSIAD/SAAD/SPASAD	Aide quotidienne et soins de la personne, coordination
Centre hospitalier	Soins, prévention, continuité, enseignement, qualité des soins, sécurité sanitaire
Médecin généraliste	Prévention, soins, information
Associations	Prévention, information, aide aux aidants
Caisses de retraite, pôle 3ème âge…	

Dispositifs d'information et de coordination

Coordination Personnes âgées

Le positionnement des acteurs



Une superposition parfois problématique des rôles entre acteurs

▪Des rôles à clarifier entre MAIA, réseaux gérontologiques, équipe APA, particulièrement concernant la coordination autour des situations individuelles.

▪Des superpositions qui peuvent entrainer un renvoi de l'usager d'acteur en acteur.

▪Une efficience des moyens consacrés à la coordination pour l'usager à interroger.

Dispositifs d'information et de coordination

Coordination Personnes âgées

Un besoin de redéfinition des niveaux de coordination et du rôle de chaque acteur

- Un besoin de formalisation des différents types de coordination :
  - Coordination dans le cadre de situations individuelles, coordination dans le cadre de l'animation territoriale…
- Un besoin de périmétrer les interventions respectives des acteurs, et notamment des équipes médico-sociales et des MAIA :
  - Une porosité des missions observée, qui génère une superposition de certaines activités et une perte de temps ;
  - Une nécessaire concentration de chaque type d'acteur sur son cœur de mission, afin d'assurer l'adéquation entre les missions et les compétences (capitalisation sur les compétences existantes) ;
  - Un besoin de redéfinir la notion de « cas complexe », afin d'assurer la concentration des MAIA sur ces situations spécifiques.
- Une comitologie à interroger, au regard de l'intérêt limité de la participation de certains professionnels à certains types de réunions.
- Un travail de communication à mener, pour assurer une identification des équipes médico-sociales au moins équivalente à l'identification des MAIA, ces dernières étant particulièrement connues des partenaires et notamment des hôpitaux.

Dispositifs d'information et de coordination
Panorama – Focus MAIA (1/2)

FOCUS

Qu'est-ce que la méthode MAIA? (éléments issus du Cahier pédagogique de la CNSA d'octobre 2014)

- Méthode visant à rendre plus lisible le système d'aide et de soins, à simplifier/optimiser le parcours des personnes âgées, à améliorer globalement le soutien à domicile.

- Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants à travers **l'intégration** des services d'aide et de soins. L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs et, in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite.

- 3 mécanismes utilisés par le « pilote » de la méthode:
  - La concertation (décisionnelle notamment, avec un niveau stratégique et niveau tactique) ;
  - Le guichet intégré (intégration des guichets d'accueil et d'orientation du territoire) ;
  - La gestion de cas (suivi intensif au long cours pour les situations complexes assuré par un gestionnaire de cas).

- Un dispositif MAIA se déploie sur un territoire donné, via un porteur de projet sélectionné sur appel à projet de l'ARS (ce peut être un réseau de santé, un CLIC, un établissement de santé, les services du Conseil départemental, etc.).

Les MAIA : des acteurs de la dynamique partenariale départementale

- **4 MAIA en Haute-Garonne couvrent la totalité du territoire** :
  - MAIA de Toulouse, couvrant le Bassin de Toulouse,
  - MAIA du Lauragais, couvrant le secteur de Villefranche de Lauragais,
  - MAIA Nord, couvrant les bassins de Cornebarrieu et St Jean l'Union ,
  - MAIA Sud, couvrant les bassins de Muret et St Gaudens.

- Evolution du cahier des charges dès 2018 pour pouvoir doter les MAIA de gestionnaires de cas supplémentaires.

- Objectif affiché de **garantir la coordination entre les différents acteurs du territoire** et de rendre cohérent l'ensemble des offres développées sur le territoire départemental.
  - Un travail est amorcé entre le Conseil départemental et les MAIA au sein d'un groupe projet pour rédiger un cadre d'articulation entre la MAIA et les Maisons des Solidarités (aide à la gestion de cas pour les équipes médico-sociales),
  - Rédaction par un juriste du « Guide pratique d'accompagnement de la personne âgée au domicile », en lien avec les MAIA et les professionnels : constitution de fiches pratiques sur les méthodologies de traitement des cas.

2.4 L'accueil en établissement médico-social

L'offre d'EHPAD

Accueil séquentiel

Personnes handicapées vieillissantes

L'accueil en établissement médico-social

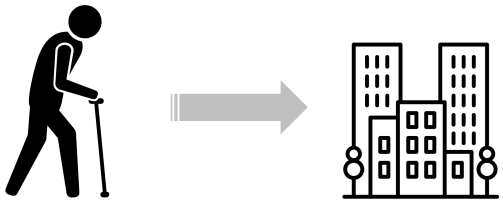
Eléments de synthèse

Les atouts	Les points de vigilance et marges d'amélioration
• Une coopération entre acteurs qui a permis, sur l'année 2017, une **harmonisation des indicateurs d'évaluation des EHPAD** sur tout le territoire départemental. • Un **taux d'équipement des EHPAD au niveau de la médiane régionale** et une coordination entre établissements sur Toulouse qui favorise une répartition des demandes selon les places disponibles. • Une **diversité des accompagnements sociaux dans les EHPAD** : un bon maillage territorial d'acteurs intervenant sur le champ culturel par exemple – Coopérations à étendre. • **Trois EHPAD spécialisés sur l'accueil de personnes handicapées vieillissantes** permettant la prise en charge de ce public spécifique.	• **Un risque de sélection des profils des résidents** que pourrait engendrer la réforme tarifaire des EHPAD : risque de fermeture aux usagers de départements voisins pour assurer un niveau de prise en charge des coûts plus élevés par des résidents haut-garonnais. • Des **niveaux de dépendance élevés** : la Haute-Garonne enregistre le plus haut taux moyen de GMP par EHPAD en Occitanie (746), concentre des EHPAD ayant des situations lourdes (20 EHPAD ont un GMP>800) et fait apparaitre des disparités territoriales. Ce niveau de dépendance élevé pourrait souligner un soutien à domicile efficient et une entrée en établissement plus tardive. • Un **taux d'équipement en offre séquentielle sous la moyenne régionale.** • Un **besoin fortement ressenti de développer la coordination avec les acteurs du soin**, particulièrement sur les cas les plus complexes (psychiatrie, troubles neuro-évolutifs …).

L'accueil en établissement médico-social

Chiffres clés

10 195 places autorisées en EHPAD (**129** établissements)



86 ans en moyenne

Niveaux moyens GMP et PMP	**Haute-Garonne**	Occitanie	France
GMP moyen	**746**	717	723
PMP moyen	**215**	191	208

Données CD31 et CNSA, Conseil de juillet 2016

Taux d'équipement *(nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus)*	**Haute-Garonne**	Occitanie	France
Places autorisées en EHPAD	**98**	106	102
Places hébergement temporaire (HT)	**1,7**	1,9	1,80
Places accueil de jour (AJ)	**1,7**	2,7	2,30

Données ARS, croisées avec les données CD31

2.4 L'accueil en établissement médico-social

L'offre d'EHPAD

Accueil séquentiel

Personnes handicapées vieillissantes

L'offre d'EHPAD
Panorama (1/5)

129 EHPAD

10 195 places en 2017

50% des établissements autorisés sont **habilités à l'aide sociale** hébergement (partiellement ou totalement)

- Forte implantation du secteur commercial en Haute Garonne, principalement en nombre de places :

2017	Part dans le nombre d'établissements existants	Part dans le nombre de places existants
Secteur lucratif	33%	37%
Secteur associatif	27%	28%
Secteur public	40%	35%

- Le **nombre de places habilitées à l'aide sociale en EHPAD est de 5 832 places** (soit 57% des places d'EHPAD), et le taux moyen d'occupation de ces places par des bénéficiaires de l'aide sociale est de 17% (taux équivalent à la moyenne nationale), soit un peu moins de 1 000 places habilitées réellement occupées par des bénéficiaires de l'aide sociale (nombre correspondant au nombre de bénéficiaires aide sociale hébergement en Haute-Garonne).

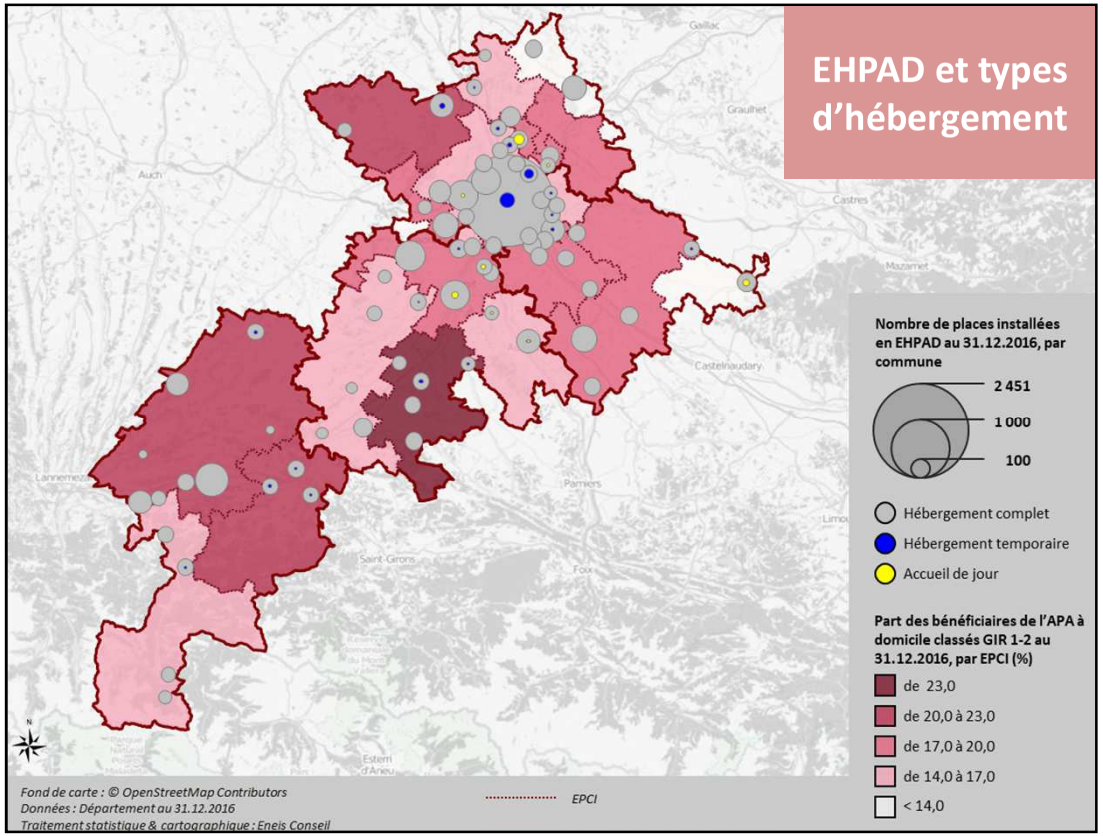
Lors de la phase de concertation, les partenaires ont pu mentionner à plusieurs reprises l'existence de **disparités des publics selon les territoires** : hétérogénéité des profils des résidents en établissements de milieu rural (catégories socio-professionnelles, âges, niveau de revenu, niveau de dépendances etc.), à la différence des publics d'EHPAD urbains plus homogènes.

Problématique d'accessibilité financière aux établissements, particulièrement prégnante sur la métropole toulousaine

L'offre d'EHPAD
Panorama (2/5)

- La localisation de l'offre d'EHPAD sur le territoire départemental semble globalement satisfaisante et équilibrée (malgré quelques zones moins dotées en nombre de places, principalement dans le sud du département).

- Les taux d'équipement en hébergement temporaire et accueil de jour (places autorisées en EHPAD) apparaissent cependant plus faibles et sont, un peu au-dessous de la moyenne régionale *(voir infra).*



- La carte ci-contre fait également apparaître des disparités relativement sensibles entre les territoires dans la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile classés GIR1-2 parmi tous les bénéficiaires de l'APA à domicile : ils sont, en proportion, beaucoup moins nombreux à la pointe Est du Lauragais ou dans la CC Val'Aïgo, que dans le territoire du Volvestre par exemple.

L'offre d'EHPAD
Panorama (3/5)

Un fort niveau de dépendance dans les établissements haut-garonnais, pouvant complexifier la prise en charge des usagers

- Le GMP moyen en Haute-Garonne s'élève à 746 environ, contre 717 au niveau régional (tous statuts d'EHPAD confondus : publics, privés ou associatifs), : c'est le plus fort taux de la région. En outre, **une vingtaine d'EHPAD haut-garonnais présentent un GMP supérieur à 800.**
  - Ce constat peut interroger les dotations pour assurer une prise en charge de qualité de la dépendance, notamment des soins que ces GMP élevés supposent.
  - Les établissements sont de plus en plus soumis à une entrée tardive de résidents (86 ans en moyenne) pouvant présenter un fort niveau de dépendance associant souvent des troubles neuro-évolutifs ou troubles du comportement.
  - La complexification des cas en EHPAD soulève des enjeux de pilotage de structures accueillant divers profils et de mixité entre les résidents (nécessité d'accompagner la « cohabitation » entre les différents publics d'un même établissement).

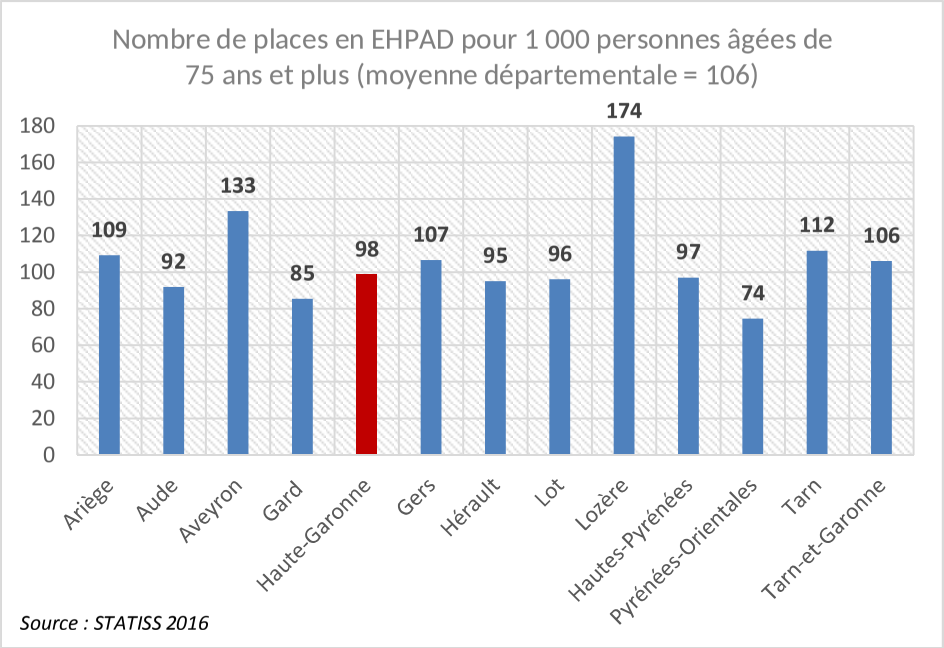
2017	Moyenne générale	Moyenne EHPAD Public	Moyenne EHPAD Associatifs	Moyenne EHPAD Commerciaux
GMP	**746**	754	718	760
PMP	**215**	224	204	218

De fortes disparités territoriales existantes sur le territoire départemental en matière de GMP: exemple : sur Toulouse Métropole, le GMP moyen s'élève à 733 (en-dessous de la moyenne départementale)

L'offre d'EHPAD
Panorama (4/5)

Un taux d'équipement satisfaisant, au niveau de la médiane régionale

- Sur les **10 195 places autorisées** en EHPAD en 2017 en Haute-Garonne (soit une augmentation de 13% en 10 ans) :
  - 9 953 correspondent à de l'hébergement permanent, soit 97% des places (dont 910 places dédiés aux personnes atteintes de troubles neuro-évolutifs, notamment dans des unités protégées).
  - 181 correspondent à de l'hébergement temporaire, soit 1,8% des places.
  - 61 correspondent à de l'accueil de jour.
- 49 places supplémentaires en EHPAD entre 2015 et 2016.



- Avec 98 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2016, la Haute-Garonne se situe sous la moyenne régionale du nombre de places existantes en EHPAD (moyenne à 106 places), mais son taux correspond à la médiane de la région (98 places).

L'offre apparait comme relativement satisfaisante d'un point de vue global, mais des déséquilibres sont constatés selon les territoires : les taux d'occupation en zone urbaine sont à leur niveau maximal, alors que certains établissements dans d'autres zones (par exemple Saint-Gaudens) peuvent constater des taux d'occupation plus faibles.

L'offre d'EHPAD
Panorama (5/5)

Une couverture des besoins variable selon les catégories de places considérées

- Des **disparités** sont observées au niveau infra-départemental : la zone sud du département présente un taux d'équipement plus élevé que la zone nord en termes de places autorisées en EHPAD.

Direction Territoriale des Solidarités	**Nombre de places autorisées en EHPAD**	**Taux d'équipement** (nombre de places autorisées pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus)	***dont places autorisées hébergement complet***	***dont places autorisées hébergement temporaire***	***dont places autorisées accueil de jour***	**Nombre de places autorisées en USLD**
Nord Toulousain	2 547	98,9	2 456	61	30	0
Toulouse	2 516	80,6	2 427	71	18	241
Lauragais	1 713	112,7	1 701	12	0	61
Sud Toulousain	1 989	104,8	1 957	21	11	53
Comminges-Pyrénées	1 430	122,7	1 412	16	2	60
Haute-Garonne	**10 195**	**98,9**	**9 953**	**181**	**61**	**415**

- Notons que plusieurs établissements connaissent des GMP et PMP très élevés qui se rapprochent de ceux des USLD quand, dans le même temps, les niveaux de listes d'attente de certains USLD semblent avoir diminué, posant la question de mise en place de conventionnements entre structures. Par ailleurs, la prégnance des troubles psychiques (pas uniquement maladie d'Alzheimer) est indiquée comme très élevée. Les enjeux autour de la formation mais aussi plus globalement de la disponibilité du personnel se posent.

FOCUS

D'une logique de tarification à la dépense à une logique de tarification à la ressource

- Les impacts de la réforme de la tarification 2017 : **l'application d'un nouveau cadre budgétaire.**
  - Nouveau mode de calcul : passage d'une tarification à la dépense, à une logique de tarification à la ressource.
  - Notification de ressource adressée chaque année par l'ARS (moyens alloués au titre des soins sur la base du Pathos Moyen Pondéré) et le Département (moyens alloués au titre de la dépendance sur la base du GIR Moyen Pondéré) aux établissements.
  - Les EHPAD disposent par ailleurs de 30 jours pour produire un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

- Cette réforme entraîne des diminutions de ressources pour certains établissements (1 établissement sur 7 en Haute-Garonne).

L E S E N J E U X

- **Accompagner les établissements** (dans la réévaluation des budgets), mais aussi **les équipes du Département** à l'utilisation de nouveaux outils d'analyse de la trajectoire financière des établissements : ratios d'analyse financière (capacité d'autofinancement, fonds de roulement, besoin en fonds de roulement, trésorerie), plan global de financement pluriannuel (PGFP).
- **Evaluer les impacts de la réforme** sur les établissements du territoire.

L'offre d'EHPAD

FOCUS - L'inscription de l'EHPAD dans son territoire

FOCUS

Un enjeu de développement de la coordination avec les acteurs territoriaux du soin

- La carte ci-contre démontre une présence relativement équilibrée de médecins généralistes sur le territoire départemental (à l'exception de quelques zones moins bien dotées).
  - La Haute-Garonne est ainsi le département d'Occitanie comptabilisant le plus de médecins généralistes intervenant en EHPAD, avec une moyenne de 19 médecins généralistes différents par EHPAD (contre une moyenne régionale de 14)*.

- Cette coordination n'est néanmoins pas vérifiée pour tous les secteurs du soin, les interventions de spécialistes étant moindres dans les établissements .
  - La coordination s'avère ainsi plus difficile avec les professionnels libéraux, notamment du secteur psychiatrique.

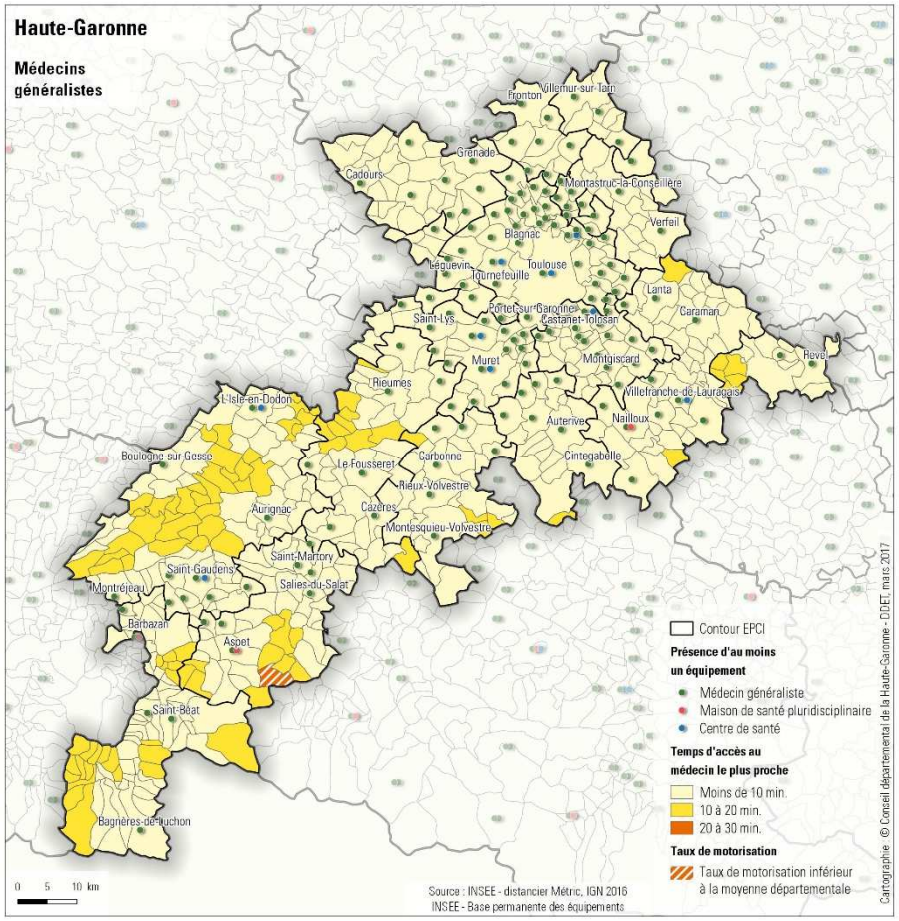


Illustration sur le Canton d'Escalquens : filière mobile de gériatrie avec le Gérontopôle

Illustration à Jolimont : installation d'un pôle de kinésithérapie au sein de l'EHPAD pour rapprocher les spécialistes des résidents

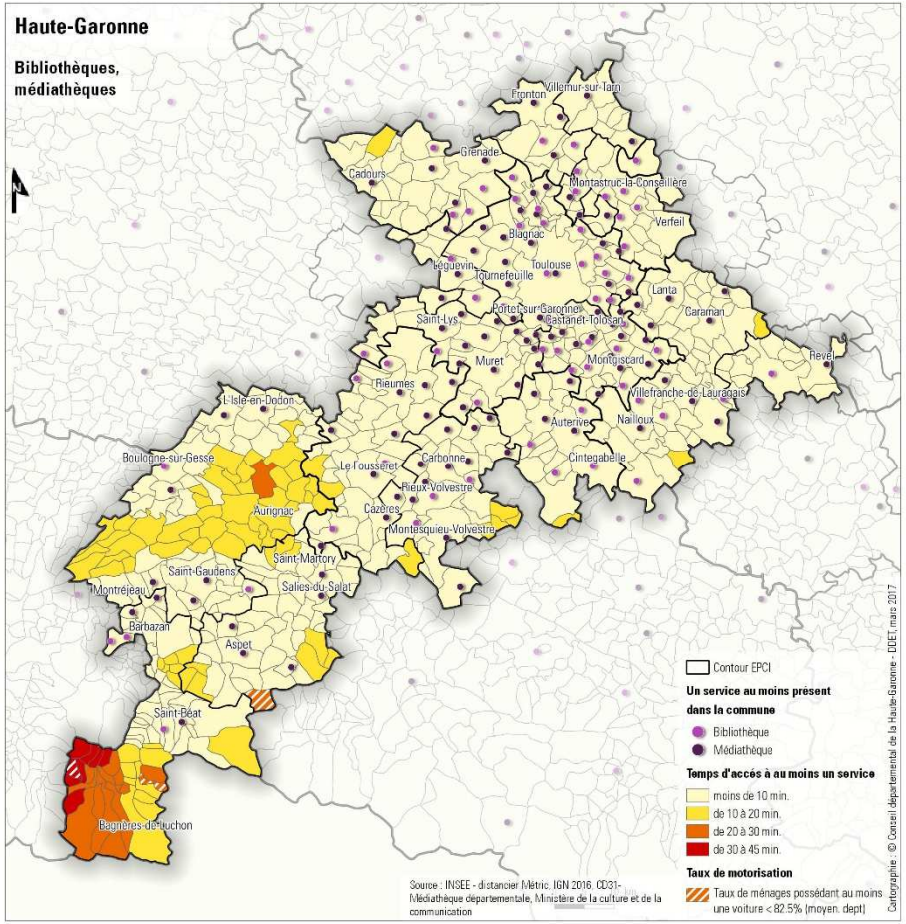
**Source : Analyse des rapports d'activité médicale des EHPAD en Occitanie,* Observatoire Régional de la Santé et ARS, Janvier 2017

Des opportunités de renforcement de la vie sociale au sein des établissements par le développement des liens avec les acteurs culturels locaux

- La carte ci-après montre que de nombreux acteurs culturels (médiathèques et bibliothèques) sont présents sur le département – (l' enjeu d'accessibilité apparait toutefois de manière plus prégnante dans le Sud).

- L'importance de l'offre permet d'envisager des opportunités de coopération entre ces acteurs locaux et les EHPAD du département, autour de l'enjeu d'ouverture des EHPAD vers la vie sociale :
  - Nécessité de coordination pour permettre aux personnes âgées les plus dépendantes d'accéder à l'offre culturelle.
  - Coordination avec les collectivités publiques pour mener des actions d'animation culturelle de manière conjointe.

Illustration sur le canton de Villemur-sur-Tarn: : partenariats développés avec les médiathèques pour proposer des livres avec de gros caractères, ainsi qu'un système de portage de livres à domicile



2.4 L'accueil en établissement médico-social

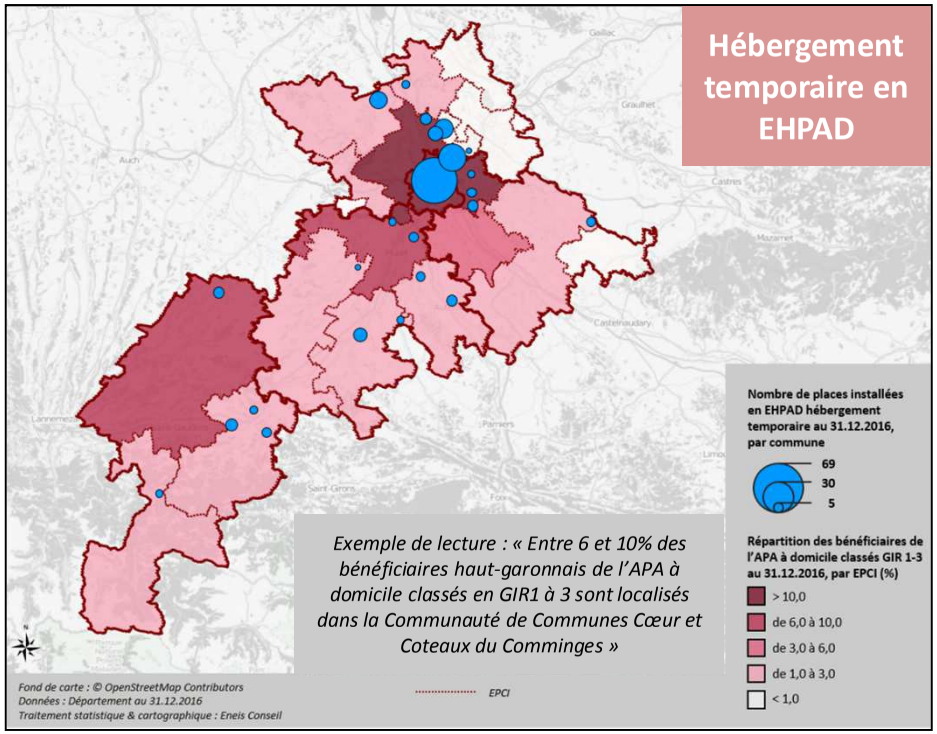
L'offre d'EHPAD

Accueil séquentiel

Personnes handicapées vieillissantes

L'Accueil en établissement
Accueil séquentiel (1/2)

Des taux d'équipement en accueil séquentiel sous la moyenne régionale



- L'état des lieux permet de préciser les taux d'équipement suivants :
  - 181 places disponibles en **hébergement temporaire** au sein des 129 EHPAD du département, soit un taux d'équipement de **1,76 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus** (moyenne régionale : 1,90).
  - 134 places disponibles en **accueil de jour** (en EHPAD ou au sein de structures autonomes), soit un taux d' équipement de **1,31 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus** (moyenne régionale : 2,70).

L'Accueil en établissement
Accueil séquentiel (2/2)

Un besoin affirmé de développement de structures d'accueil séquentiel pour garantir la souplesse des parcours et les réponses adaptées aux besoins des usagers

- Les données de comparaison évoquées ci-dessus indiquent que le Département dispose d'un **nombre de places en accueil séquentiel inférieur à la moyenne régionale.**

- Hors EHPAD, 73 places sont disponibles dans des structures d'accueil de jour autonome.

- Enfin, l'évolution du secteur sanitaire avec la réduction du nombre de places en USLD (424 places pour 7 USLD en 2015, contre 415 places pour 8 USLD en 2016) implique la réorientation de certaines prises en charge de moyenne ou longue durée vers les EHPAD.

L E S E N J E U X

- **Développer l'offre d'accueil séquentiel** : structures d'accueil de jour, structures itinérantes pour lever les freins liés au transport des personnes âgées sur tout le territoire etc.
- **Renforcer l'articulation entre les acteurs et structures** (EHPAD, établissements sanitaires, services à domicile) pour assurer les évolutions des besoins dans les parcours des usagers, en favorisant l'anticipation plutôt que le placement d'urgence.

2.4 L'accueil en établissement médico-social

L'offre d'EHPAD

Accueil séquentiel

Personnes handicapées vieillissantes

FOCUS

« Les personnes handicapées vieillissantes n'existent pas » : une diversité de situations de vieillissement*

- **L'avancée en âge** se traduit le plus souvent par :
  - La « **survenue de nouvelles déficiences** provoquant de nouveaux handicaps » (surdité, cécité, réduction de la mobilité, dépression…) ;
  - Un « **possible accroissement des déficiences antérieures** » (rapport Gohet).

- De plus, le vieillissement prend des formes diverses qui « dépendent de la **nature de la déficience** (…) et de **l'accompagnement des soins** dont la personne a bénéficié jusque là au titre du handicap » (rapport Gohet).

- Un **vieillissement qui peut être précoce**…
  - *Pour certaines pathologies génétiques (trisomie 21, prévalence notamment de la maladie d'Alzheimer) ;*
  - *dans certaines déficiences mentales lourdes ;*
  - *dans les affections surajoutées (sensorielles, organiques) ;*
  - *ou encore dans les phénomènes d'usure articulaire précoce spécifiques aux handicaps moteurs.*

Un vieillissement précoce des travailleurs handicapés ?

Les études à ce sujet n'identifient **pas de lien évident entre travail et vieillissement prématuré**. Il s'agit plutôt de considérer des parcours individuels, le vieillissement étant multifactoriel. Néanmoins les études montrent l'importance de l'ergonomie et de l'adaptation des espaces de travail, évitant une usure prématurée.

… et invitant à différencier la notion d'âge et le phénomène de vieillissement

- Certaines personnes handicapées peuvent présenter des **signes de vieillissement dès l'âge de 40 ans ou à l'inverse**, connaître une avancée en âge **similaire à la population générale**.

* Titre de l'étude URIOPSS Basse Normandie : la diversité des situations des personnes handicapées vieillissantes incite à ne pas penser ce public comme un groupe homogène

Des évolutions pour s'adapter aux besoins des personnes handicapées vieillissantes

- 3 EHPAD sur le département sont en mesure de proposer un accueil dédié aux personnes handicapées vieillissantes : une initiative qui constitue un exemple de coordination entre les secteurs des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

- Evolution des situations reconnues en Haute-Garonne :
  - Un **vieillissement des usagers au sein des ESMS** (âge moyen en EHPAD : 86 ans) ;
  - Une **augmentation de la dépendance et des troubles psychiques associés au vieillissement**, pour lesquels les ESMS sont peu équipés (EHPAD moins équipés pour accompagner certains troubles), et qui supposent des besoins de formation, ou encore de coordination accrue avec le secteur sanitaire ;
  - Un **besoin de soins qui augmente** avec le développement de troubles associés ;
  - Des **situations très différentes qui invitent à différencier notion d'âge et phénomène de vieillissement**, avec des personnes qui deviennent rapidement dépendantes et d'autres qui conservent à l'inverse leur autonomie et ont besoin de stimulation et d'activités ;
  - Des **changements parfois soudains**, qui demandent des réponses d'urgence (hospitalisation, etc.), qu'il reste difficile d'anticiper par manque de visibilité sur la situation des personnes, surtout à domicile.

Personnes Handicapées Vieillissantes
FOCUS – Etat des lieux des établissements (1/2)

FOCUS

Une coordination croissante avec le secteur des personnes âgées mais une stratégie globale à renforcer

- 3 EHPAD dédiés à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.
- 2 Foyers d'Accueil Médicalisé accueillent des personnes handicapées vieillissantes.

Une offre d'accueil en établissement existante, mais à étoffer pour anticiper les besoins

- Une première question **d'adéquation entre le nombre de places proposées et le nombre de demandes** (notons que plusieurs établissements ont, à l'ouverture exprimé des difficultés pour atteindre un taux d'occupation satisfaisant).

- Une seconde question de **pertinence d'identification de structures à destination des personnes handicapées vieillissantes.**
  - Des personnes handicapées vieillissantes qui pourraient être accueillis dans des structures correspondant à leurs besoins, non à leur âge.
  - Des personnes handicapées vieillissantes qui, sous réserve d'adaptation des professionnels, pourraient être accueillis en EHPAD.

- Des leviers d'adaptation qui varient en fonction des types de handicaps.
  - Des handicaps pour lesquels une augmentation de la tranche d'âge d'accueil des Foyers d'Accueil Médicalisé ou Foyers d'Hébergement est envisageable (handicaps pour lesquels les signes du vieillissement sont plus tardifs).
  - Des handicaps pour lesquels des structures spécifiques personnes handicapées vieillissantes sont nécessaires, au regard de la particularité des besoins (handicaps moteurs notamment).

Personnes Handicapées Vieillissantes

FOCUS – Etat des lieux des établissements (2/2)

FOCUS

Une coordination à approfondir entre les secteurs

- Outre les établissements hybrides (EHPAD et Foyers d'Accueil Médicalisé), les différents établissements (Foyers de Vie, Foyers d'Hébergement, EHPAD…) ne se rencontrent pas ;
- Un manque de coordination entre les services d'aide à domicile et le secteur hospitalier, qui peut générer des situations de rupture, notamment dans le cadre d'un retour à domicile suite à une hospitalisation ;
- Un manque d'anticipation de l'évolution des besoins, qu'elle soit liée à une augmentation de la dépendance des personnes ou à un arrêt de l'accompagnement par le service / la structure.

Un nécessaire changement de paradigme : passer d'une logique de scission par tranche d'âge à une logique d'adaptation aux besoins

- Des personnes qui sont aujourd'hui orientées en EHPAD en sortie d'ESAT* : des activités et un environnement peu adaptés à une personne handicapée vieillissante dont le niveau de dépendance est très faible, qui augmente la vitesse du vieillissement ;

Un foyer de vie expérimental, entièrement dédié aux personnes handicapées vieillissantes, a ouvert ses portes à Balma. Le développement d'une offre de ce type pourrait permettre d'assurer une adaptation aux besoins et ainsi, de ralentir le vieillissement des personnes. Mais il reste à évaluer cette expérimentation

- Un risque de baisse de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD, notamment au regard du faible niveau de dépendance de certaines personnes, et une offre alternative à construire en conséquence ;
- Une adaptation nécessaire du contenu et du projet des établissements accueillant des personnes handicapées vieillissantes : diversité et typologie des activités (activités mobiles voire sportives par exemple).

* ESAT = Etablissement de Service et d'Aide par le Travail

2.5 Thématiques transversales

Communication & information

Culture

Transports

Silver économie

Un enjeu prioritaire de partage de l'information pour limiter les situations de non-recours aux droits par les usagers

- Le manque de communication auprès des usagers et des professionnels peut être identifié comme un vecteur de la **complexité du repérage des besoins** et de certaines situations de non-recours aux droits :
  - Méconnaissance autour des dispositifs et structures existants sur le département ;
  - Barrières psychologiques des personnes âgées et des aidants ;
  - Outils existants mais peu utilisés par les acteurs du territoire (exemple : annuaire des acteurs, développé par les MAIA).

Illustration d'une action menée par la CPAM : le dispositif PFIDASS* pour permettre la détection des personnes ayant renoncé à des soins : action de coordination entre professionnels de santé qui communiquent à la CPAM les situations de personnes ayant renoncé aux soins.

Depuis le 1er mai 2016 : 634 accompagnements ont été ouverts aux plus de 60 ans au titre du dispositif PFIDASS (soit 32.7% du total des accompagnements, tous publics confondus, au titre du dispositif).

**PFIDASS : Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (dispositif généralisé par l'Assurance Maladie)*

L E S E N J E U X

- **Renforcer la coordination entre partenaires** (et particulièrement de décloisonnement entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire) pour informer les usagers et repérer les situations de non-recours.
- **Favoriser le partage d'informations entre acteurs** sur les territoires dans une logique de prévention.
- **Informer le plus en amont possible les usagers et leurs aidants** sur les possibilités d'accompagnement.

Une offre riche et accessible à tous qui nécessite la rédaction d'une feuille de route précise, identifiant des publics cibles

- De nombreuses actions menées chaque année par le Conseil départemental dans l'objectif de rendre la culture accessible à tous : festival « Jazz sur son 31 », festival « 31 notes d'été » etc.
  - Adaptations prévues pour les publics en difficulté : accessibilité des lieux, dispositifs sonores particuliers pour les malentendants, gratuité de nombreux événements etc.

- La volonté de lutter contre la perte d'autonomie est intégrée à tout âge dans les actions culturelles du Département, et associe les partenaires dans des ateliers, des conférences, des concerts autour de la notion de prévention.

Illustration : Actions de sensibilisation aux risques auditifs de la musique avec l'association « Avant mardi » (1 556 élèves-participants en 2016 aux animations contre 878 en 2012)

Illustration : Actions de dépistage de la perte auditive avec la Mutualité Française : 4 concerts-conférences organisés entre juin et octobre 2017, pour 143 participants, 18 personnes dépistées, 10 pertes auditives diagnostiquées

LES ENJEUX

- **Développer la transversalité et les échanges entre les services culturels et sociaux**, pour effectuer un diagnostic des besoins des publics, une mise en commun des informations et une identification de priorités partagées au sein d'une feuille de route « Culture ».
- **Développer des actions partenariales avec les établissements** pour personnes âgées du département, pour permettre la participation des personnes âgées les plus dépendantes aux actions culturelles.

Des dispositifs de gratuité qui répondent aux besoins, mais des problématiques d'accessibilité selon les territoires

- Depuis la loi NOTRe la gestion des transports a été transférée à la Région qui a délégué au Département de la Haute-Garonne cette compétence sur le transport inter-urbain.
- Toutefois, la compétence du Conseil départemental est conservée en matière de gratuité des transports pour les personnes âgées de plus de 65 ans, car il s'agit d'une compétence sociale.
- Le Conseil départemental de la Haute-Garonne assure la gratuité des transports aux personnes âgées non imposables, à raison d'un aller-retour par mois (ou 24 voyages maximum par an) sur tous les réseaux du département. Ce dispositif peut être partagé avec les communes ou les intercommunalités qui souhaitent y participer.
- Le transport à la demande des personnes âgées est réalisé par les intercommunalités qui peuvent mettre en œuvre des politiques différentes et posent ainsi la question de l'équité de traitement entre territoires.
- Certains territoires sont confrontés à des difficultés importantes en matière de mobilité notamment dans le sud du département, et cela malgré les offres proposées par le réseau Arc-en-Ciel.

L E S E N J E U X

- **Maintenir le niveau de service public** offert aux usagers et équilibrer l'offre sur tout le territoire (problématiques des zones non desservies).
- **Mettre à niveau les infrastructures** pour répondre aux difficultés de mobilité des publics dépendants (subventions aux communes pour la mise en accessibilité de la voirie, adaptation des autocars etc.).
- **Participer à la cohérence des politiques** menées en matière de transport sur tout le territoire (pour harmoniser les dispositifs mis en place par les intercommunalités, notamment le transport à la demande).

Thématiques Transversales

Silver économie

Bâtir une politique cohérente et coordonnée en matière de « silver économie ».

- La *silver économie* désigne les biens et services qui peuvent être conçus pour couvrir les besoins liés à l'avancée en âge de l'ensemble de la population : elle peut être un **outil de développement social et économique** dans les territoires.

- **Une ambition prioritaire** en matière de silver économie: **« l'autonomie de la personne âgée chez elle et en interaction avec son environnement», en cohérence avec les enjeux mis en lumière :**

- L'adaptation des logements et leur sécurisation.
- La lutte contre l'isolement et l'aide aux aidants.
- Le développement de services et de structures coordonnées facilitant le « parcours de vie » et l'autonomie de la personne âgée chez elle.

- Il s'agit pour le Conseil départemental, en lien avec d'autres partenaires institutionnels et privés, de:

- Mieux identifier et faire connaître les besoins des personnes âgées.
- Accompagner et encourager des expérimentations et initiatives innovantes (via son pouvoir d'autorisation, la mise en réseau d'acteurs, des soutiens financiers…).
- Soutenir et s'appuyer sur les acteurs de l'économie sociale et solidaire.

GLOSSAIRE

Glossaire

- **AJ** : accueil de jour
- **ANAH** : agence nationale de l'habitat
- **APA** : allocation personnalisée d'autonomie
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ASV** : loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement
- **CCAS** : centre communal d'action sociale
- **CLIC** : centre local d'information et de coordination
- **CNSA** : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- **CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **Institut CSA :** institut conseil sondages analyses
- **DTS :** direction territoriale des solidarités
- **EHPA** : établissement d'hébergement pour personnes âgées
- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **EPRD** : état prévisionnel des recettes et des dépenses
- **ESA** : équipe spécialisée Alzheimer
- **ESAT** : établissement et service d'aide par le travail
- **ESMS** : établissements et services médico-sociaux
- **FAM** : foyer d'accueil médicalisé
- **FV** : foyer de vie
- **GIR** : groupe iso-ressources
- **GMP** : gir moyen pondéré
- **HT** : hébergement temporaire
- **MAIA** : méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ d'autonomie
- **MARPA** : maison d'accueil rural pour les personnes âgées
- **MAS** : maison d'accueil spécialisée
- **MDPH** : maison départementale des personnes handicapées
- **MDS** : maison départementale des solidarités
- **MSA** : mutualité sociale agricole
- **PASA** : pôle d'activité et de soins adaptés
- **PGFP** : plan global de financement pluriannuel
- **PMP** : pathos moyen pondéré
- **PTA** : plateforme territoriale d'appui

Glossaire

- **SAAD** : service d'aide et d'accompagnement à domicile
- **SPASAD** : service polyvalents d'aides et de soins à domicile
- **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile
- **UHR** : unité d'hébergement renforcée
- **USLD** : unité de soins longue durée

2019-2023

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

Agir pour vous !

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA HAUTE-GARONNE

1 boulevard de la Marquette
31090 Toulouse cedex 9
www.haute-garonne.fr

Création & impression CD 31/08-18/35090