



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

**Etat des lieux de l'offre et des besoins**

*Avril 2018*

# 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

## 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

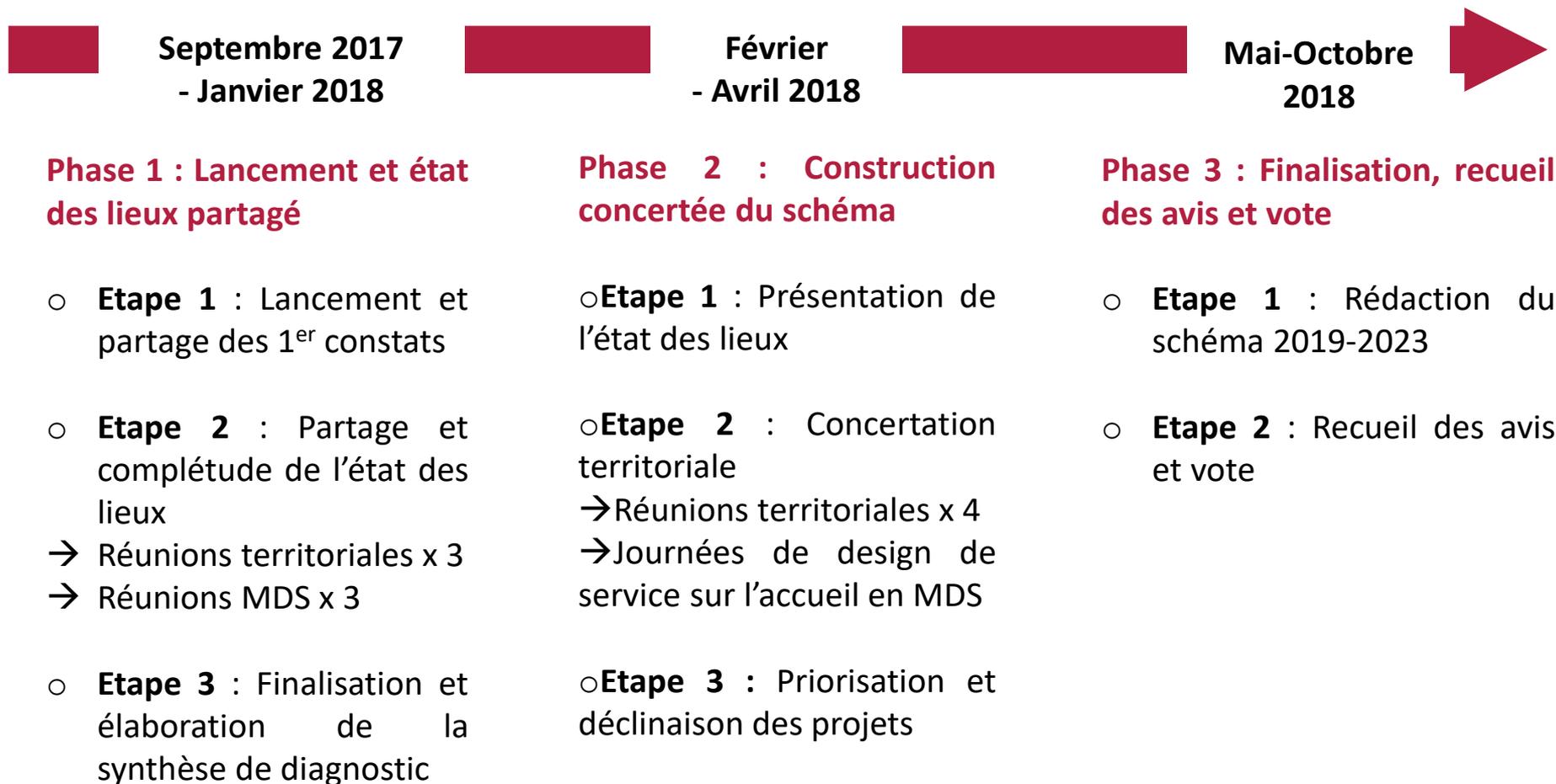
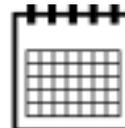
p. 68

2.5 Thématiques transversales

p. 88

## 3. Glossaire

# Calendrier de la démarche





70 entretiens dans le cadre du diagnostic :



## Les membres de la Délégation Autonomie du CD31

Ensemble des directeurs et chefs  
de services 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

## 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

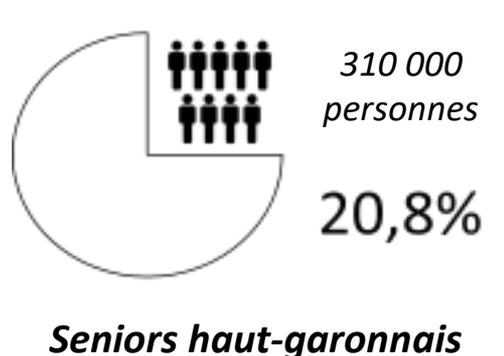
## 3. Glossaire

## 2.1 Evolutions globales



## *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)**

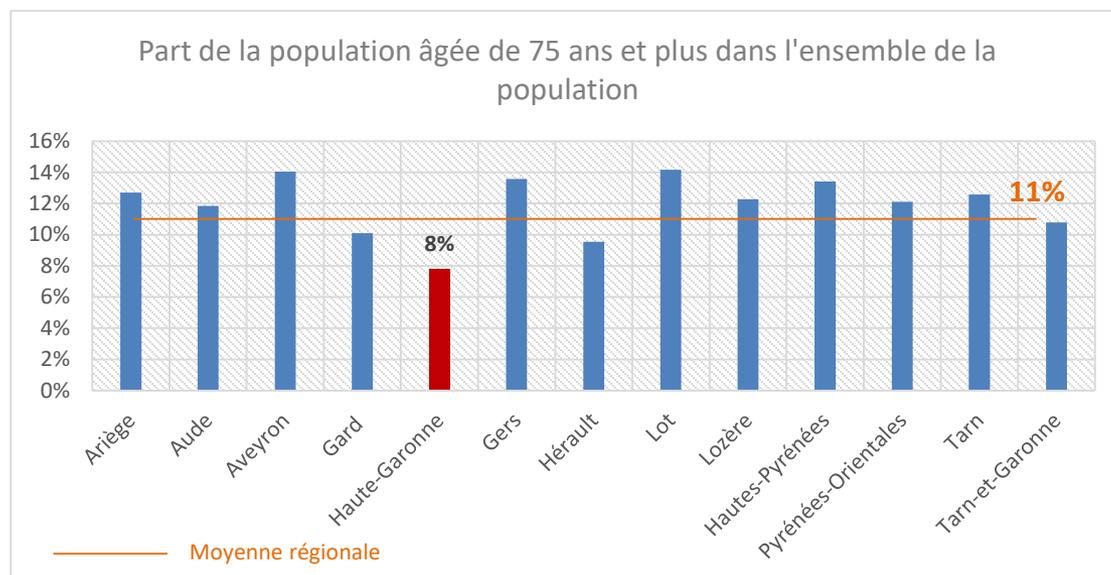




## La population des plus de 75 ans: une distribution territoriale hétérogène

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%
<b>Haute-Garonne</b>	<b>102 556</b>	<b>7,8%</b>

- 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) connaît un vieillissement nettement plus important.**





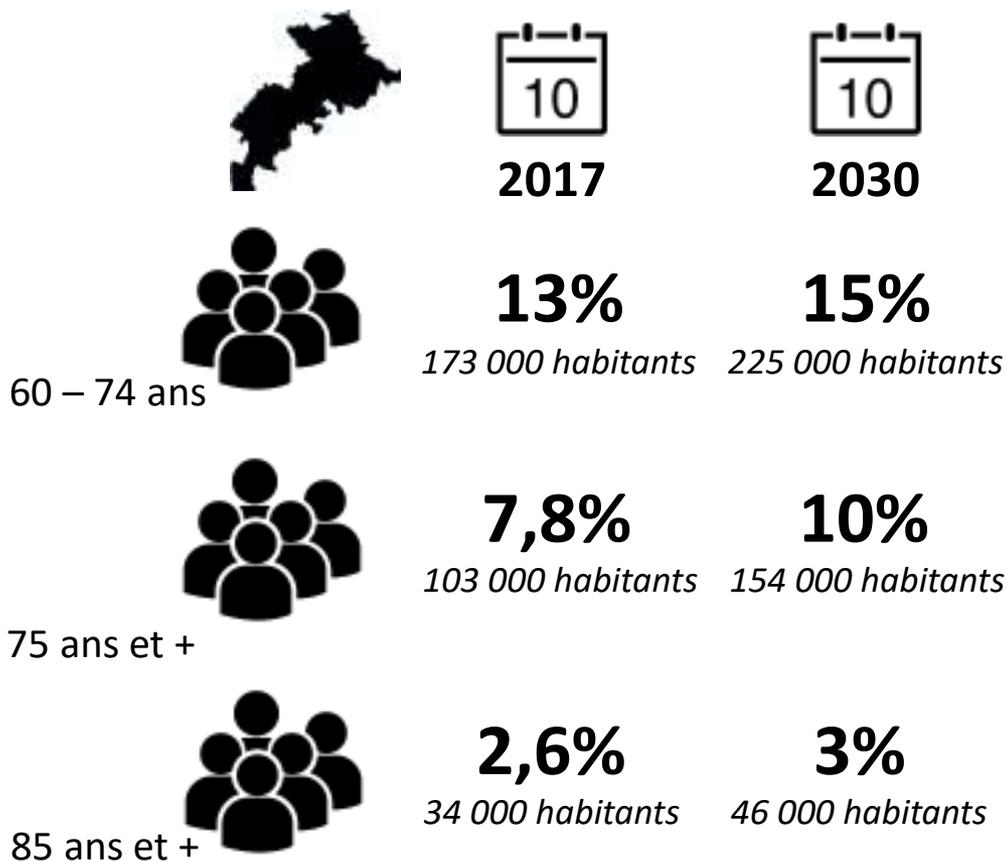
## La population sénior: une croissance de plus de 100 000 personnes sur les 15 prochaines années

- 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 +

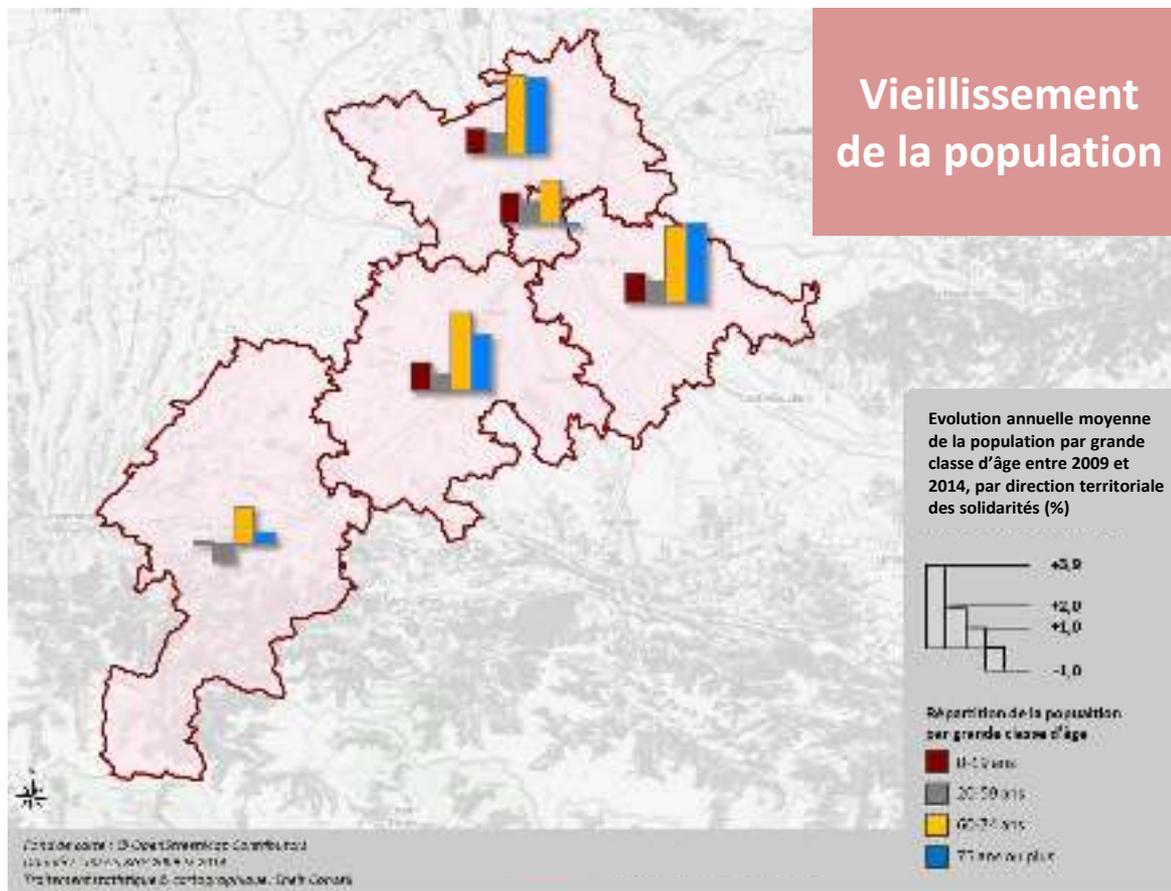
15% → 21%





## ***Territoires de 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 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'espérance de vie en Haute-Garonne: plus élevée que la moyenne nationale*

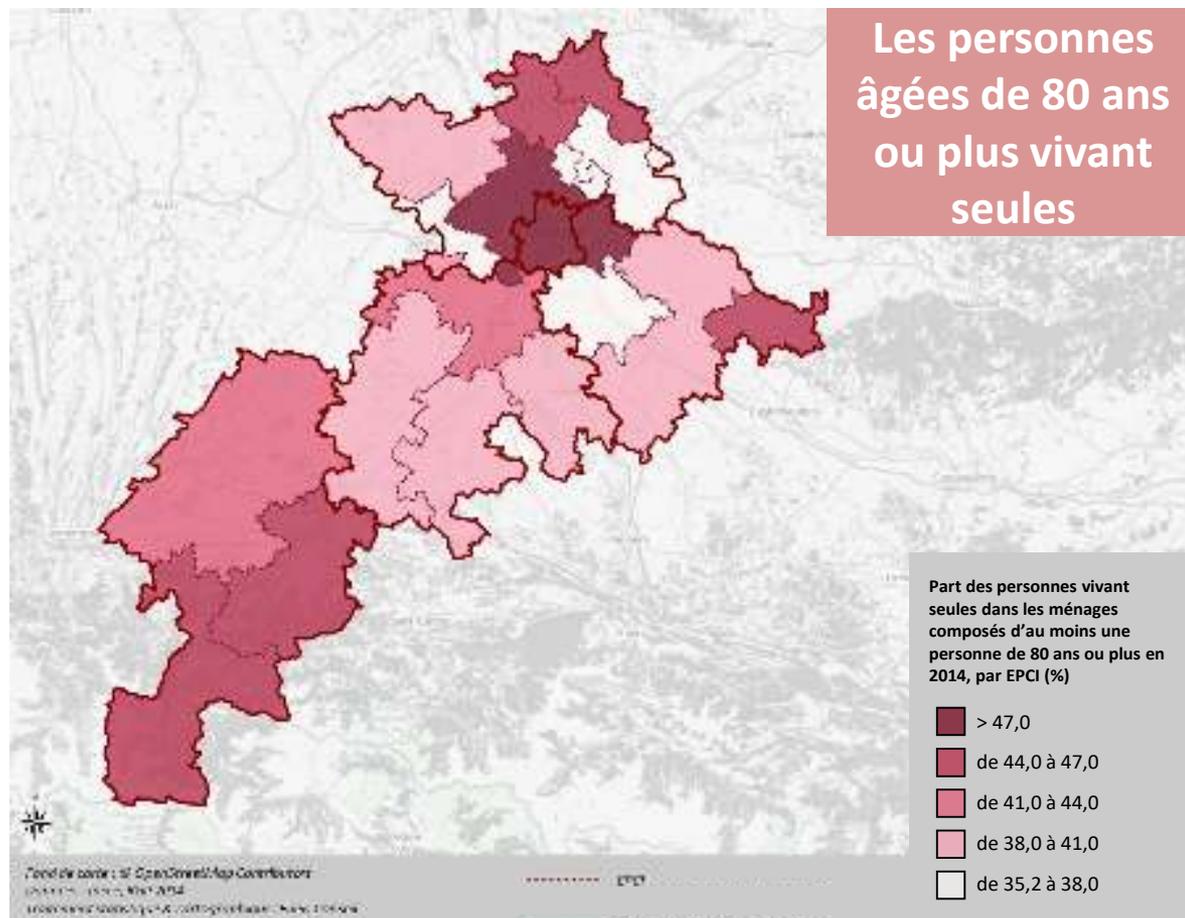
- Les habitants de la Haute-Garonne ont une **espérance de vie à la naissance plus élevée** que la moyenne métropolitaine (un an de plus pour les femmes et deux ans pour les hommes).
- La proportion de personnes âgées de **80 ans ou plus vivant seules est élevée et en augmentation (45%, soit 25 000 personnes)**.

		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



## *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.



# Contexte sociodémographique

Focus sur l'étude menée par l'association « Les Petits Frères des Pauvres » et le CSA



- 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 : 28%  
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 %

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

Prévention et sensibilisation

Aide aux aidants

Lutte contre l'isolement

### Les atouts

- **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 Haltes 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

### Les points de vigilance et marges d'amélioration

- **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



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

**45%**

Dans près de la majorité des situations, **l'aidant est le conjoint de la personne dépendante**

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

**179** places d'accueil temporaire en EHPAD

**73** places d'accueil de jour en EHPAD

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



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

D'autres halte-répît à venir au titre de l'appel à projets 2017



### Conférence des financeurs

Le texte de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, 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



### *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 Gérontopole 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.



### *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** : bus itinérant des séniors (« Les ateliers des aînés ») intervenant en coordination avec les SAAD-SSIAD



## LES ENJEUX

- **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'utilisateur et d'anticipation de la perte d'autonomie.



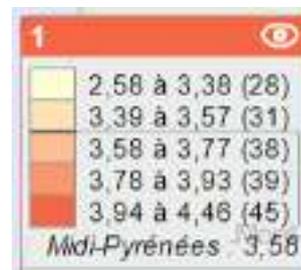
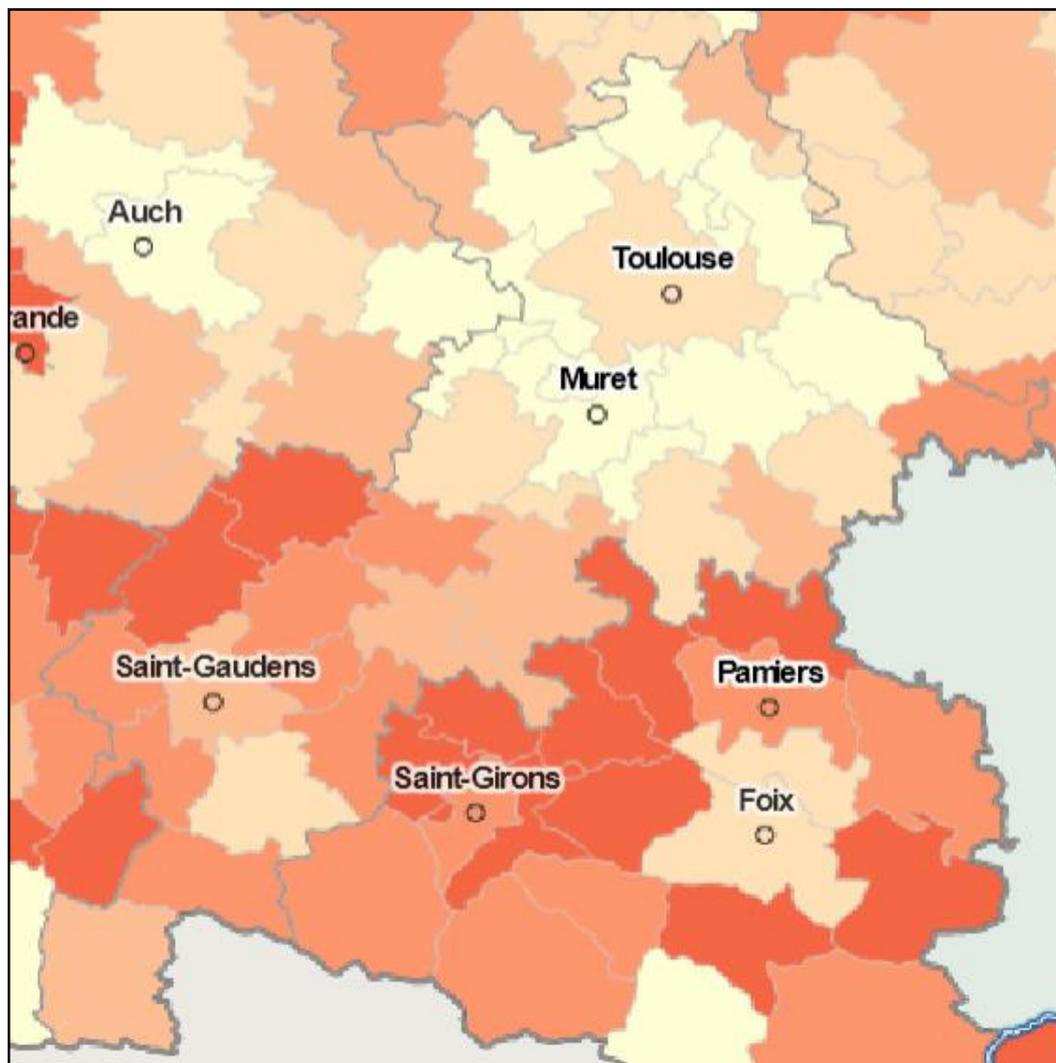
### *La prise en considération des personnes âgées en situation de fragilité : le gérontopôle, un acteur phare de niveau national sur le département*

- 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 Départementales des Solidarités)



# Prévention

## La fragilité sur le territoire haut-garonnais



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

- Cette carte présente le score 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 apparaît 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



### *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)



## LES ENJEUX

- **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 répits 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



### *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 :
  - 179 places d'hébergement temporaire en EHPAD, 73 places d'accueil de jour en EHPAD, et 102 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).

## LES ENJEUX



- 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



### *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 73 places en accueil de jour installées en EHPAD, et 102 places en accueil de jour autonome, soit un **taux d'équipement de 1,7 places** pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
- Le centre-est du département est la zone la mieux dotée en places d'accueil de jour, installées en EHPAD et au sein de structures autonomes (4,26 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).
- Une offre complémentaire de 44 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 installées accueil de jour autonome	Dont places installées accueil de jour Alzheimer Autonome	Nombre de places accueil de jour pour 1000 habitants de plus de 75 ans
Nord Toulousain	61	2,36	38	0	0	1,47
Toulouse	69	2,16	0	23	0	0,72
Lauragais	12	0,82	12	50	0	4,26
Sud Toulousain	21	1,12	23	14	0	1,98
Comminges-Pyrénées	16	1,38	0	15	15	1,30
<b>Haute-Garonne</b>	<b>179</b>	<b>1,7</b>	<b>73</b>	<b>102</b>	<b>15</b>	<b>1,71</b>

## 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 chaîne 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)

### LES ENJEUX

- 
- 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

## Éléments de synthèse

### Les atouts

- 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)

### Les points de vigilance et marges d'amélioration

- **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	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%

30%



APA  
établissement

70%



APA  
domicile

17%

des bénéficiaires APA  
à domicile sont  
classés en GIR1-2

### Services d'Aide 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€**

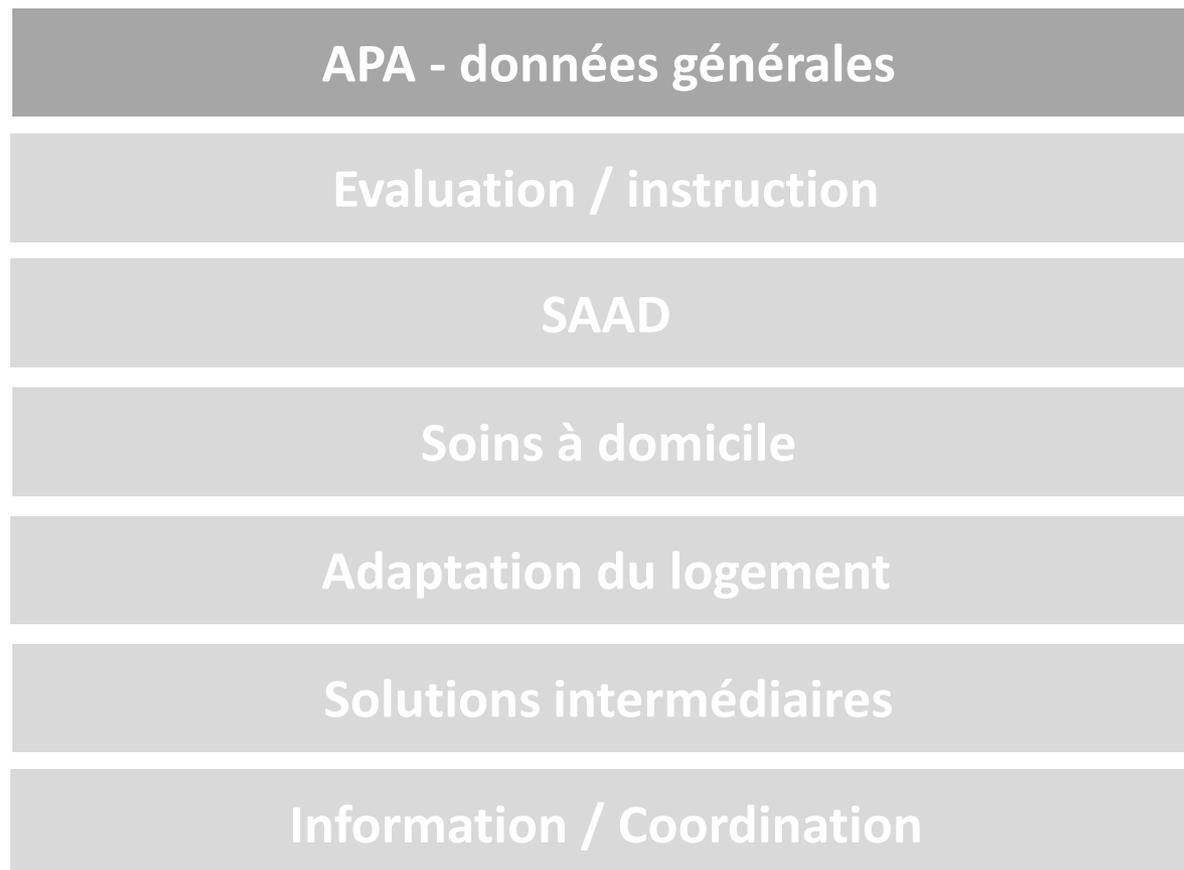


21 Résidences Autonomie  
et 3 MARPA



9 réseaux gérontologiques  
4 MAIA

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



# 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, au 31/07/2017, 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.

<i>Evolution des bénéficiaires de l'APA</i>	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

<i>Part de bénéficiaires parmi les 75 ans et plus ...</i>	2015
APA à domicile	17,3%
APA en établissement	8,1%
<b>APA dom. et étab.</b>	<b>25,4%</b>

Source : INSEE

- FOCUS aide sociale** : environ 7% des 1200 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

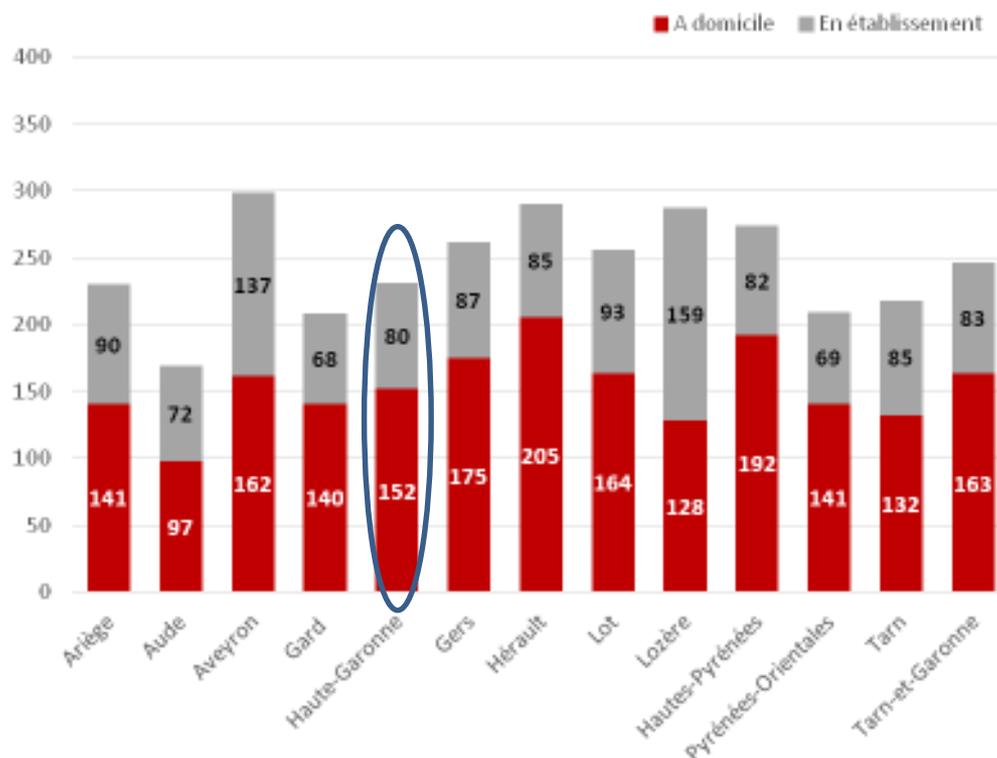
## Les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA (2/5)



*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 de la région quant à la part d'APA à domicile (70% pour la Haute-Garonne contre 63% pour la région Occitanie)

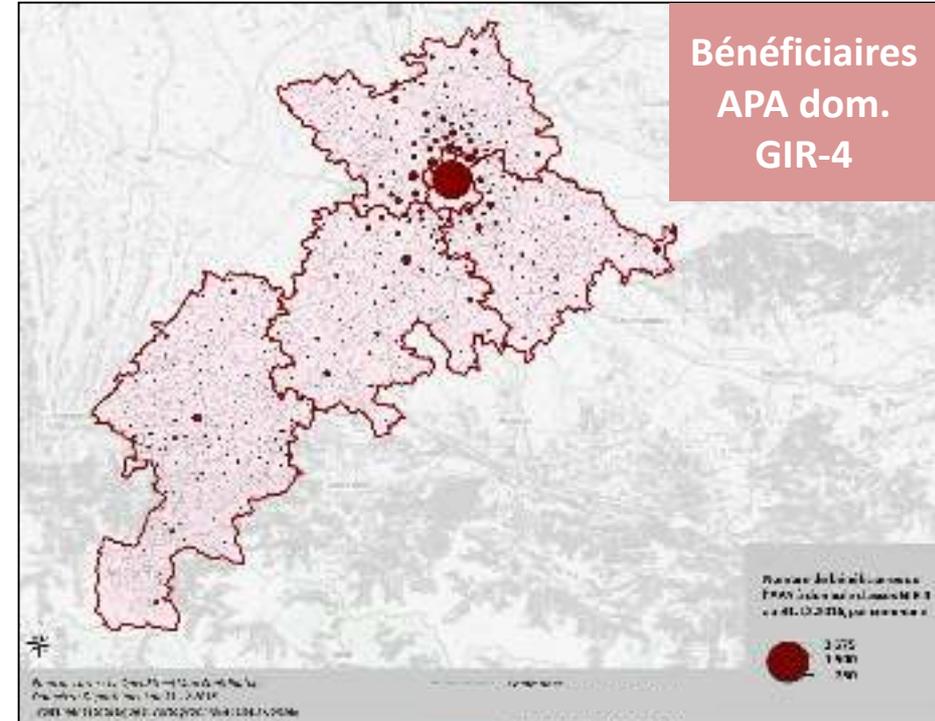
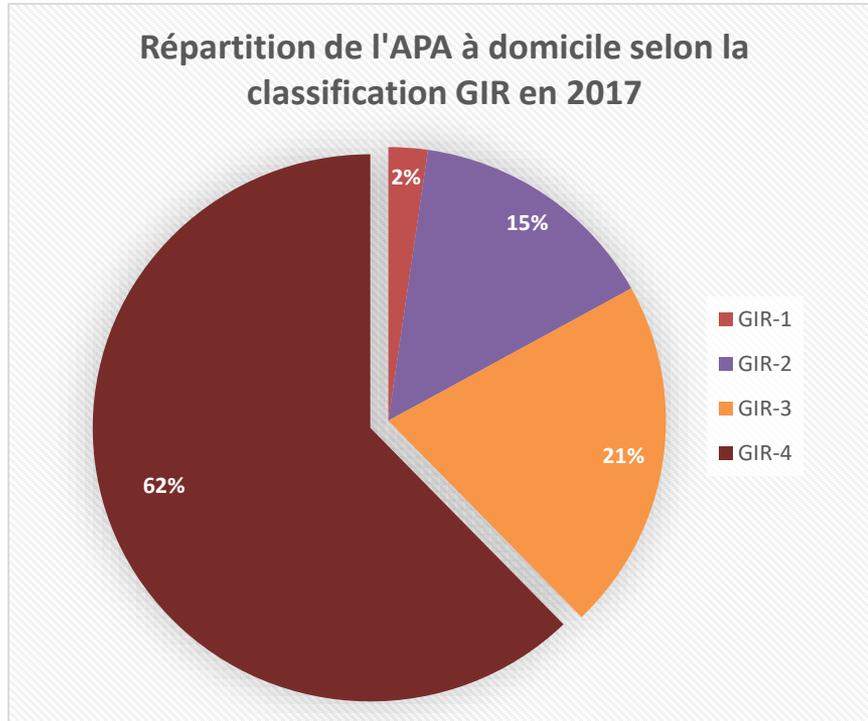
Nombre de bénéficiaires de l'APA en 2014 parmi 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans



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'expliquent 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 entraîné 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 2016/2015
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
<b>Haute-Garonne</b>	<b>19 686</b>	<b>192,0</b>

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



# L'entrée dans la dépendance

## L'évaluation médico-sociale



### *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 (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie) est transmise aux services du Département : la visite à domicile par les équipes d'évaluation (équipe 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 Maisons Départementales 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.

### LES ENJEUX

- **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



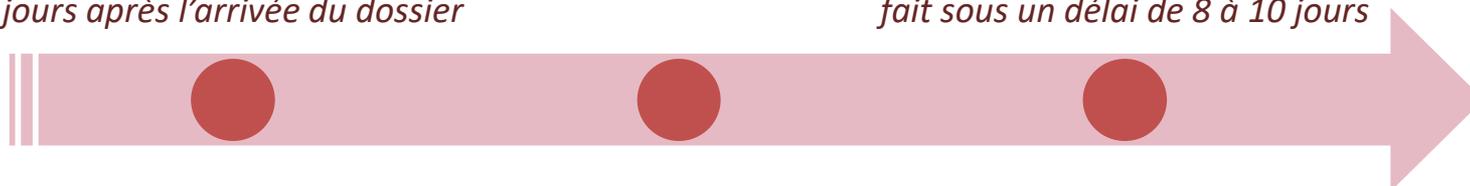


### *Des délais de traitement qui permettent une prise en charge rapide*

- 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 Départementale 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 suspensions de l'instruction en cas d'hospitalisation, de décision non prise par le bénéficiaire, ou de retard de traitement sur le territoire





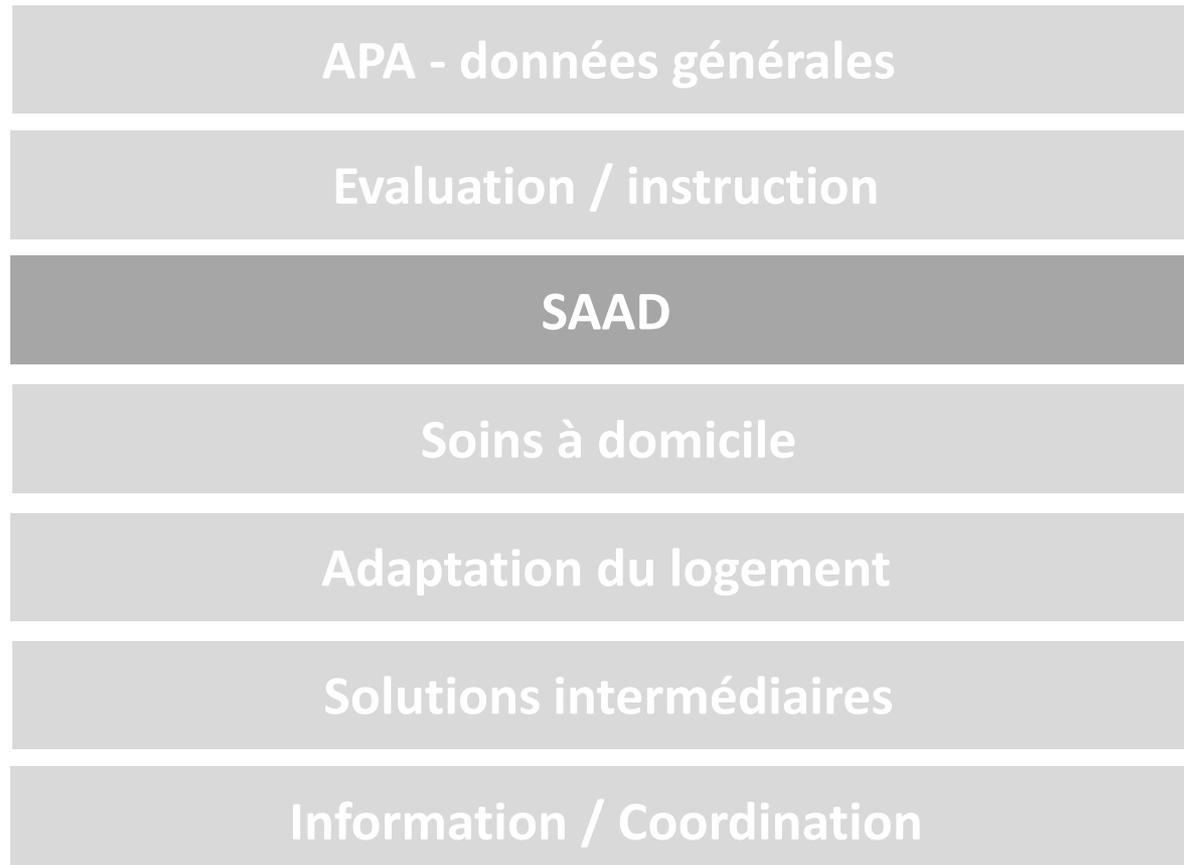
### *Des dispositifs récents pour l'amélioration des contrôles et la diversification des prestations*

- **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 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 (nouveau de la loi ASV)
  - Cela entraîne 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 » déployés 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

### LES ENJEUX

- **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.

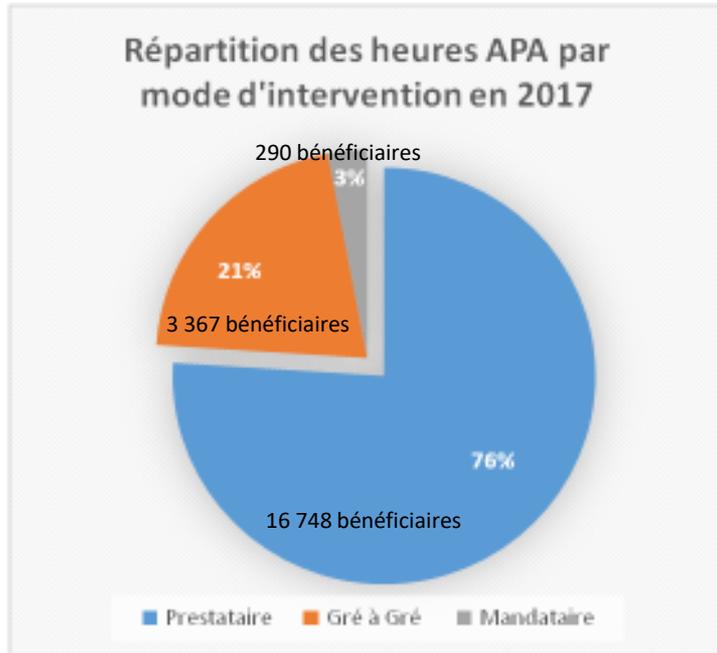
## 2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel





Depuis la mise en place de la loi ASV (1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> janvier 2016, 223 services sont autorisés sur le Département

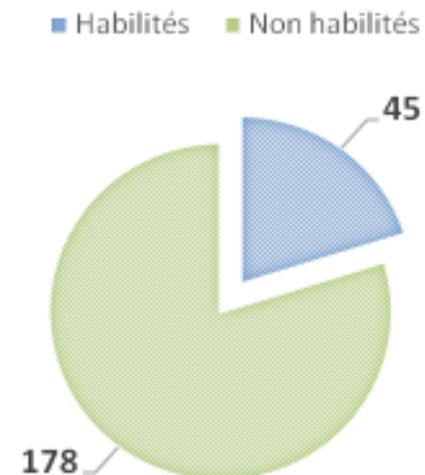
# L'offre d'aide à domicile

## Panorama des SAAD (75% des heures APA)



- Au 1<sup>er</sup> 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 médicosociale 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€

### NOMBRE DE SAAD



## LES ENJEUX

- **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'utilisateur pour ne pas engendrer de zones plus pourvues en services que d'autres (de manière équitable selon les besoins des territoires)



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

**223**

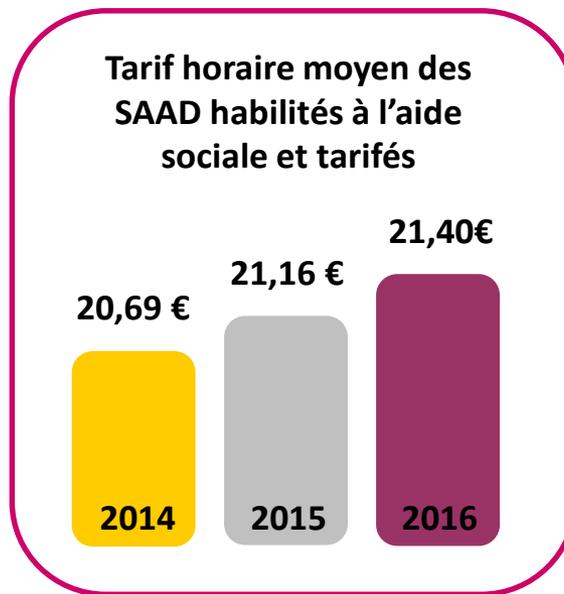
services sont autorisés

**45**

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

**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'utilisateur



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

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

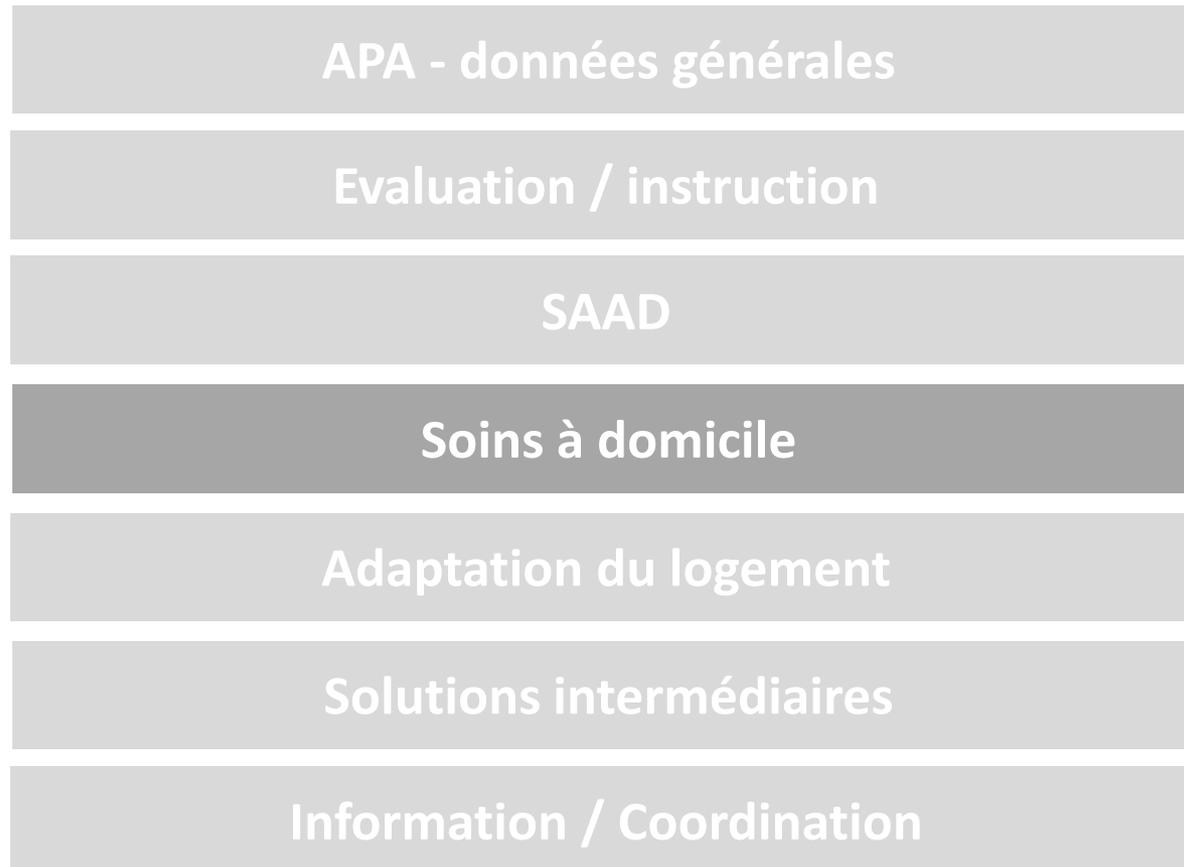


### *Un dispositif d'aide à distance pour le maintien à domicile des personnes âgées*

- 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 de 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

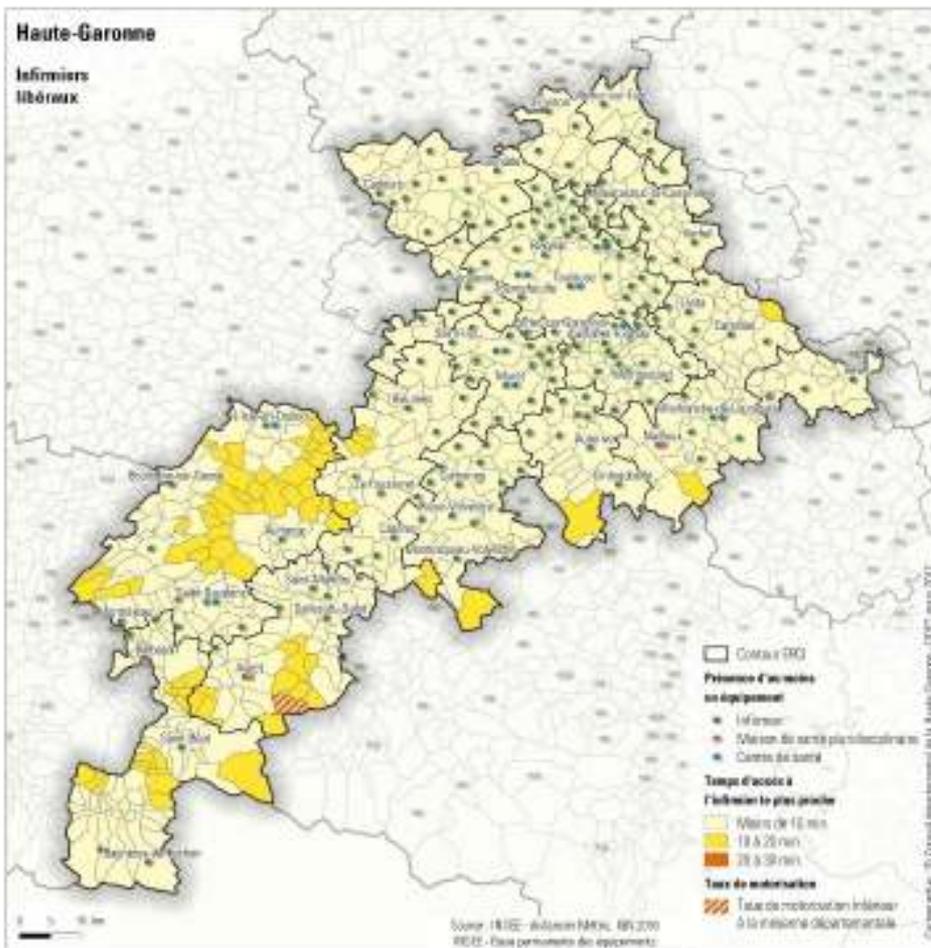


## 2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel





### 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 conséquent 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.



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

- **Les 36 SSIAD de 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** assurée 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'utilisateur 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**



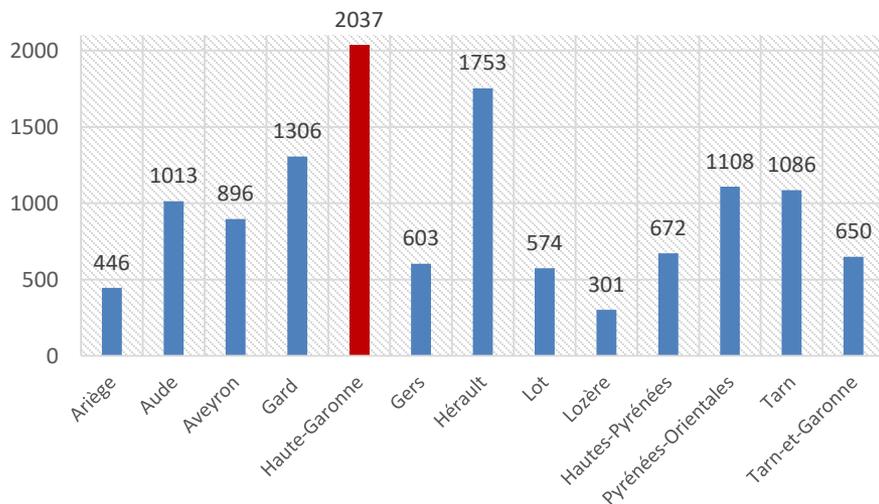
**Comme il en ressort de la concertation avec les professionnels**, de manière générale, les problématiques de l'aide à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD..) concernent le cœur même du métier et ses difficultés : pénibilité, image non valorisée dans le public, enjeux financiers (coût plus élevé d'un personnel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

# L'offre de soins à domicile

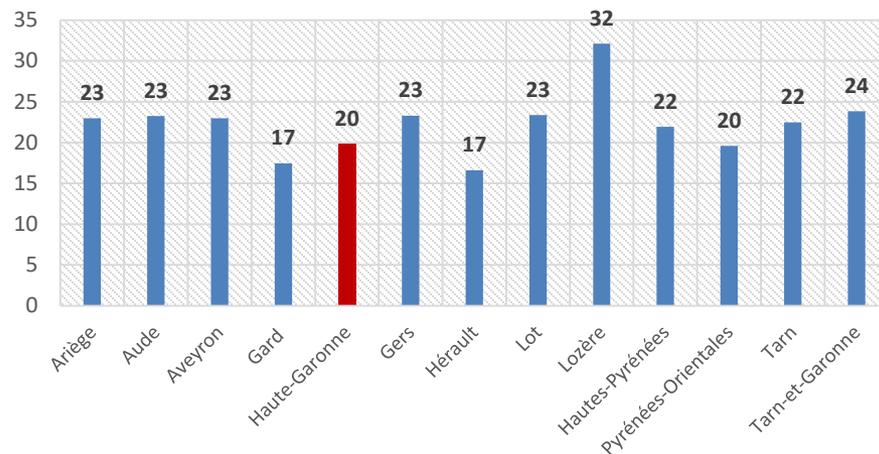
## Les SSIAD (2/2)



Nombre de places au sein des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD)



Nombre de places au sein des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD) pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (moyenne régionale : 22)



- 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 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 (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 adapté.



- Parmi les dispositifs mis en place par le Conseil Départemental on recense un allègement 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

## LES ENJEUX



- **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)



### *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) ?

### LES ENJEUX



- **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

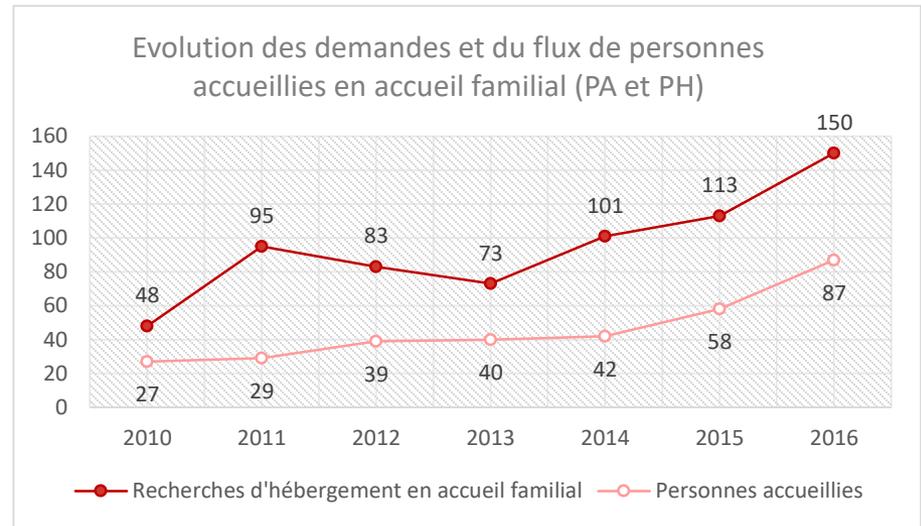
## 2.3 Les dispositifs de soutien à domicile et d'accompagnement dans le parcours résidentiel





### *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



### *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 CD31 (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 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 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.

### LES ENJEUX



- **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





### *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 Départementales 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 connaître, 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)

## LES ENJEUX



- **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.



### Les réseaux gérontologiques en Haute-Garonne



#### Réseaux de coordination gérontologique

- en projet :
  - Aucamville : Projet de développement de réseau gérontologique en cours
  - Frouds et Muret : Projet de coopération porté par le SCAS ESCALIUM : en suspens
- Réseau gérontologique Nord-Est toulousain
- Réseau gérontologique du Lauragais, périmètre : anciens cantons de Naillou et de Vilofranche de Lauragais
- Réseau gérontologique Territoire Cœur Lauragais (RGCL): périmètre de la communauté de communes de Cœur Lauragais
- Réseau de Revel : périmètre de l'ancien canton de Revel
- Réseau gérontologique de Saint-Jean: périmètre de l'ancien canton XV (St-Jean-Fusion-Castelmaurou-Rouffiac)
- Coordination gérontologique de Saint-Gaudens: périmètre de la MDS de St-Gaudens

#### Contexte géographique

- Maison des Solidarités
- Commune
- Pôle communal

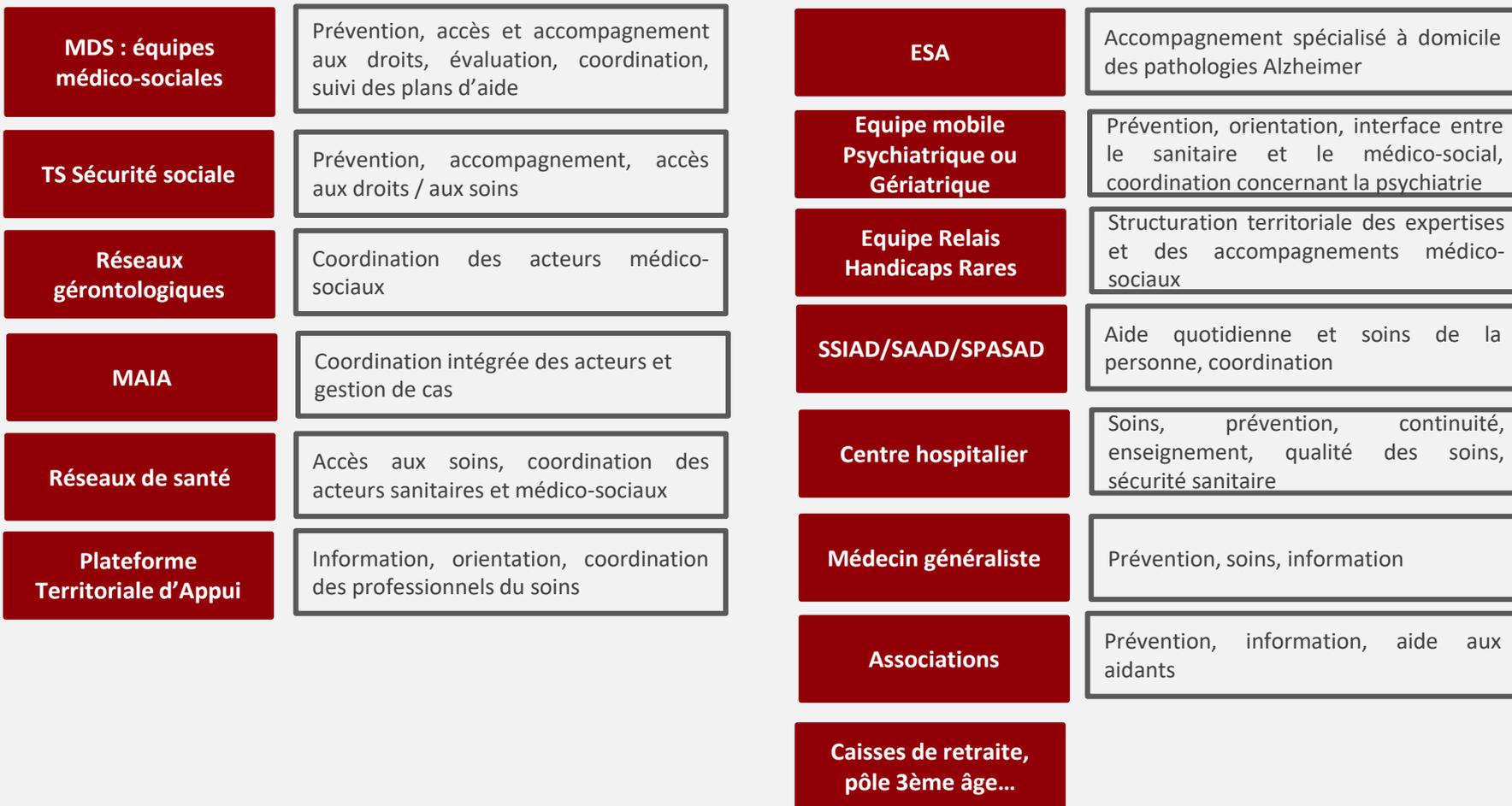
Source : cartographie fournie par les services du Département, une carte en cours d'évolution



# Dispositifs d'information et de coordination

## Coordination Personnes âgées

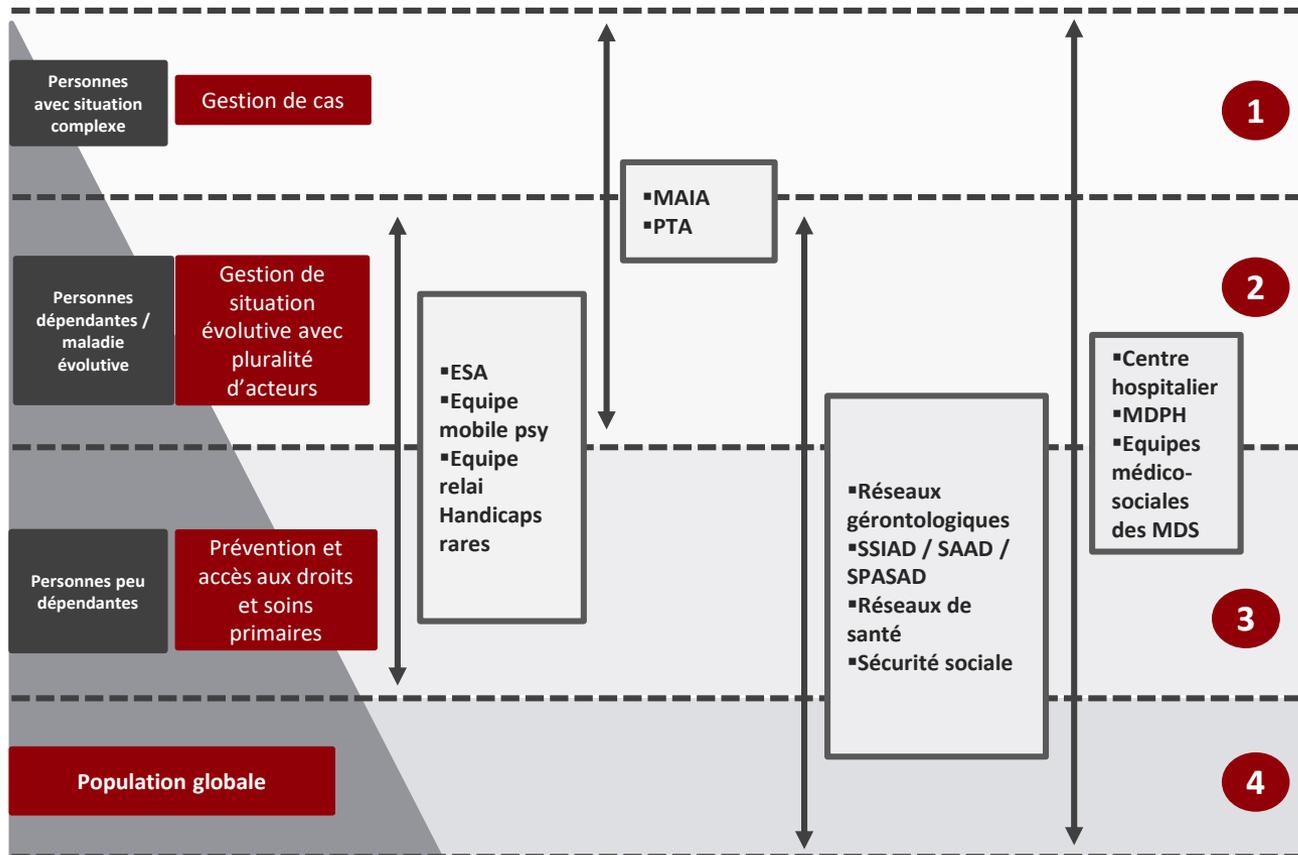
### Les acteurs



# 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 entraîner un renvoi de l'utilisateur d'acteur en acteur
- Une efficacité des moyens consacrés à la coordination pour l'utilisateur 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.



### *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 Départementales 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

## Éléments de synthèse

### Les atouts

- 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 lits 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

### Les points de vigilance et marges d'amélioration

- **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 apparaître 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



**10 144** places installées en EHPAD (**137** 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 installées 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

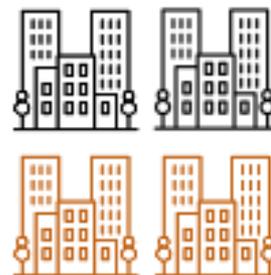
## Panorama (1/5)



**137**  
EHPAD



**10 144**  
lits  
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 lits existants :

2017	Part dans le nombre d'établissements existants	Part dans le nombre de lits 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



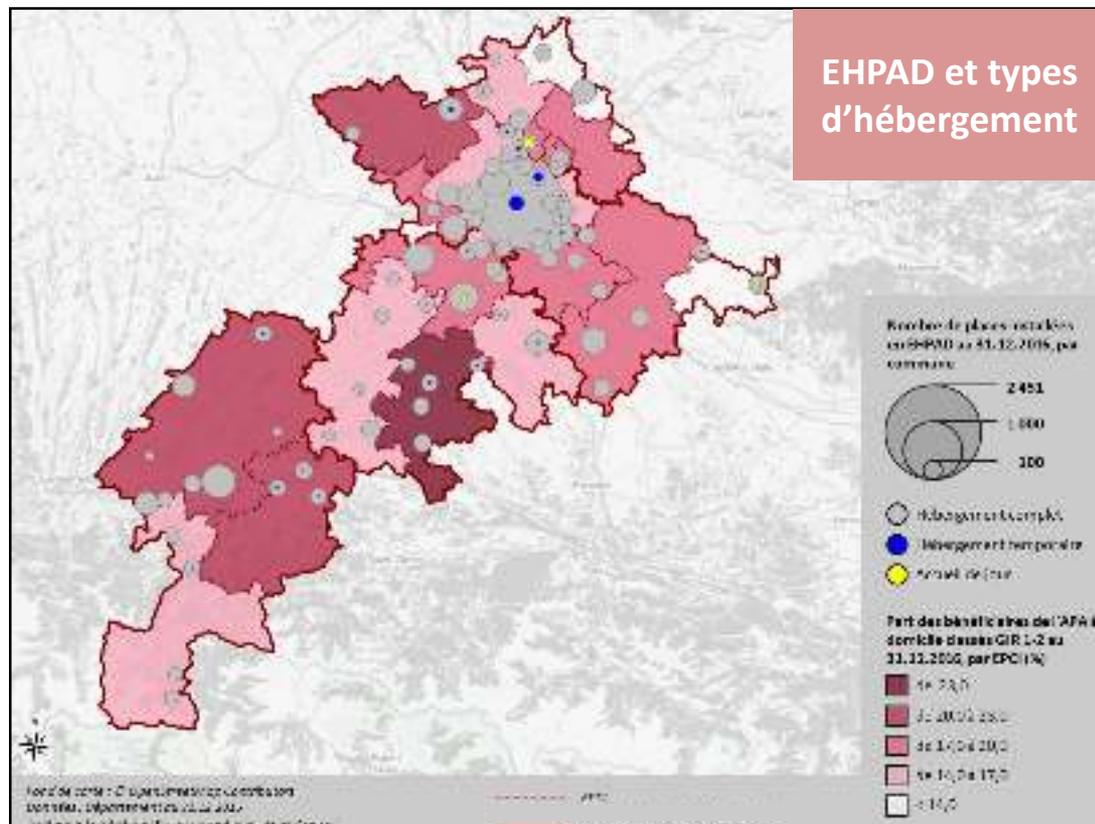
**Problématique d'accessibilité financière** aux établissements, particulièrement prégnante sur la métropole toulousaine

# 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 installées 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



### *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
<b>GMP</b>	<b>746</b>	754	718	760
<b>PMP</b>	<b>215</b>	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)



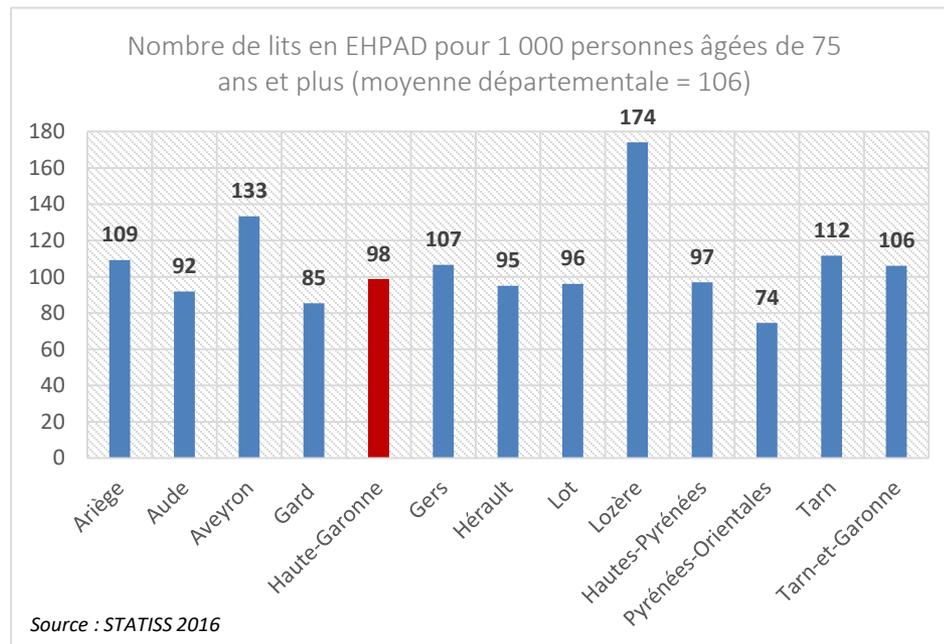
### Un taux d'équipement satisfaisant, au niveau de la médiane régionale

- Sur les **10 144 lits installés** en EHPAD en 2017 en Haute-Garonne (soit une augmentation de 13% en 10 ans) :

- 9 842 correspondent à de l'hébergement permanent, soit 97% des lits (dont 910 lits dédiés aux personnes atteintes de troubles neuro-évolutifs, notamment dans des unités protégées)
- 179 correspondent à de l'hébergement temporaire, soit 1,8% des lits
- 73 correspondent à de l'accueil de jour

- 49 lits 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 apparaît 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



### 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	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
<b>Haute-Garonne</b>	<b>10 144</b>	<b>98,9</b>	<b>9 842</b>	<b>179</b>	<b>73</b>	<b>910</b>	<b>412</b>

- 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.



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

## LES ENJEUX

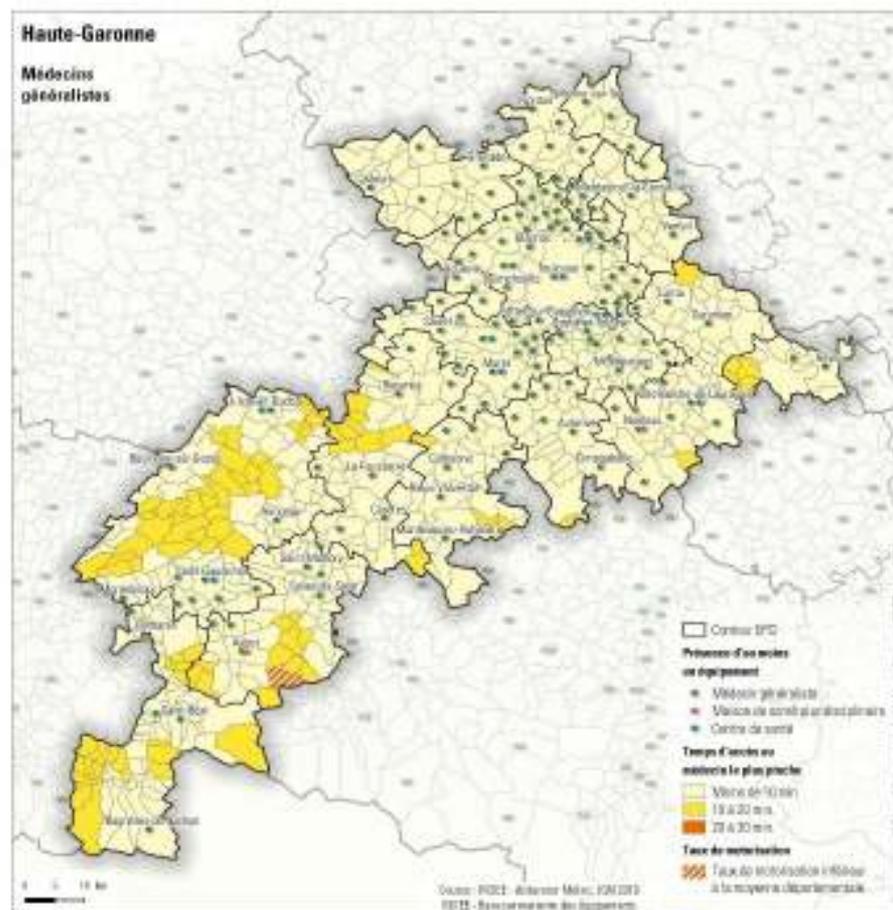


- **Accompagner les établissements** (dans la réévaluation des budgets), mais aussi **les équipes du Département** à l'utilisation de nouveaux outils d'analyse de la trajectoire financière des établissements : ratios d'analyse financière (CAF, FR, BFR, trésorerie), plan global de financement pluriannuel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



### 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

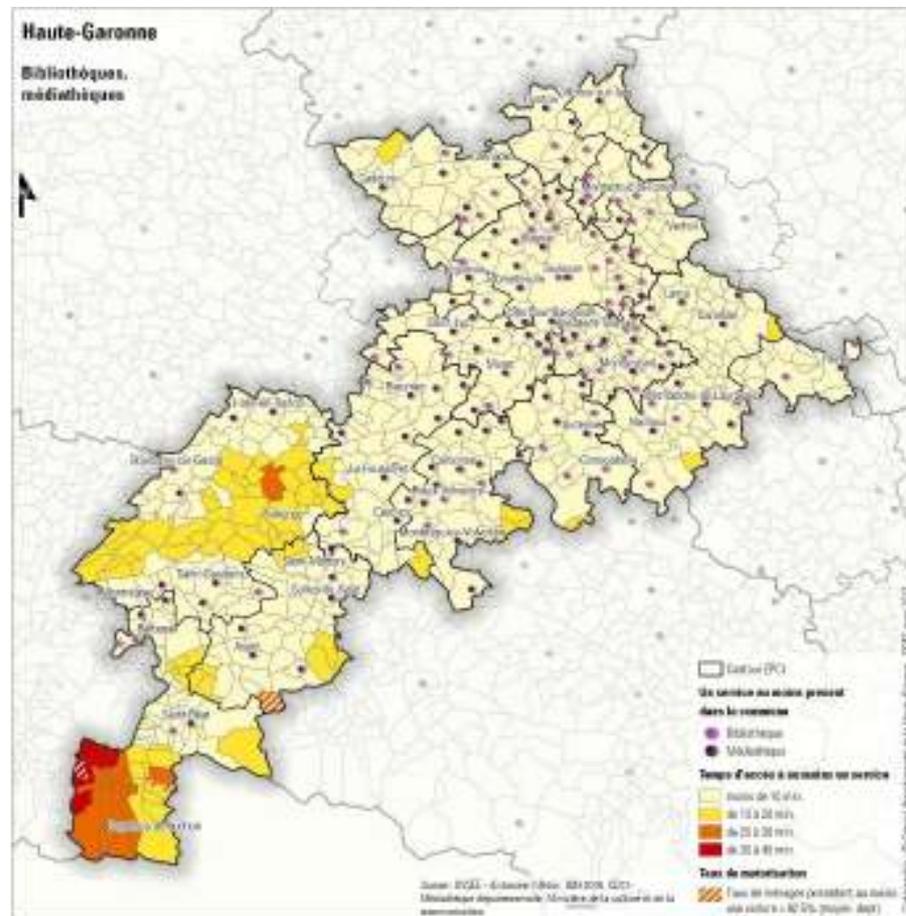
**Illustration à Jolimont :** installation d'un pôle de kinésithérapie au sein de l'EHPAD pour rapprocher les spécialistes des résidents

\*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 apparaît 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

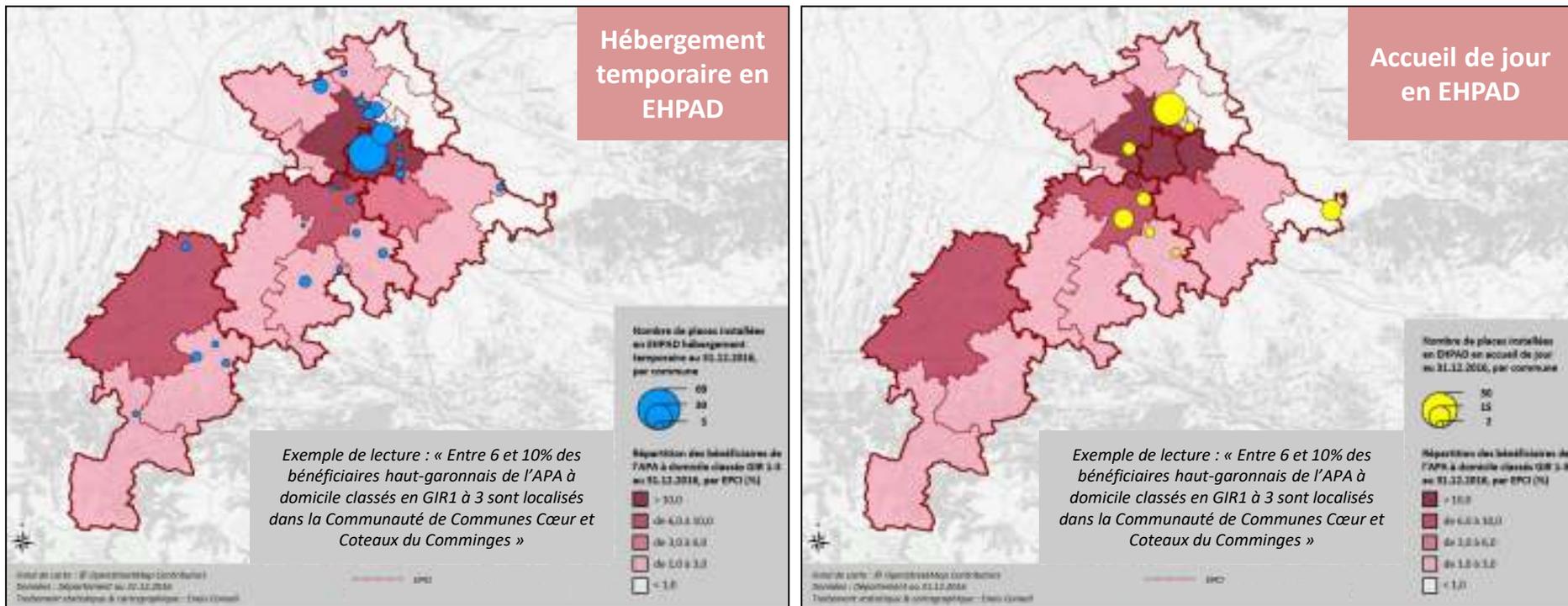
Personnes handicapées vieillissantes

# 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 :
  - 179 lits disponibles en **Hébergement temporaire** au sein des 137 EHPAD du département, soit un taux d'équipement de **1,75 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus** (moyenne régionale : 1,90)
  - 175 places disponibles en **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)

# 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, 102 places sont disponibles dans des structures d'accueil de jour autonome (dont 15 places dédiées Alzheimer)
- Enfin, l'évolution du secteur sanitaire avec la réduction du nombre de lits en USLD (424 lits pour 7 USLD en 2015, contre 412 lits pour 8 USLD en 2016) implique la réorientation de certaines prises en charge de moyenne ou longue durée vers les EHPAD

## LES ENJEUX



- **Définir un positionnement clair autour des projets d'accueil séquentiel à développer**: 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



### « 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 défiance** (...) 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**.



### *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.



### *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'adaptations 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)



### *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 1<sup>er</sup> 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)*

## LES ENJEUX

- **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'accompagnements



### *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.

## LES ENJEUX

- 
- **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 Vieillessement
- **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
- **EHPA** : établissement d'hébergement pour personnes âgées
- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **ESAT** : établissement et service d'aide par le travail
- **FAM** : foyer d'accueil médicalisé
- **FV** : foyer de vie
- **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
- **PASA** : pôle d'activité et de soins adaptés
- **PTA** : plateforme territoriale d'appui
- **SAAD** : service d'aides 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

