

Schéma départemental en direction des personnes âgées

2013

2017



ÉDITO



La mise en œuvre du nouveau schéma départemental 2013-2017 en direction des personnes âgées de l'Eure illustre la démarche qui inspire désormais, sous le nom de «Construisons ensemble», les actions du Conseil général et, d'une manière générale, toutes les politiques qui affectent le quotidien des Eurois. Il ne s'agit pas seulement de donner la parole à chacun mais d'offrir à tous la possibilité de participer à la définition des politiques que nous menons. C'est pour nous la garantie de bien répondre aux attentes des usagers.

La démarche participative a donc été privilégiée pour la réalisation de ce schéma afin de permettre une large consultation des Eurois et de nos partenaires du champ social. Nous avons commencé, au printemps 2012, par publier dans *C l'Eure* un questionnaire à destination des Eurois afin d'affiner notre perception des besoins des citoyens concernés. Puis, à l'automne, nous avons organisé des réunions territoriales (aux Andelys, au Neubourg, à Pont-Audemer et à Evreux) qui ont donné lieu à des échanges très riches avec les Eurois, parmi lesquels beaucoup de personnes âgées.

Au travers du nouveau schéma qui est présenté ici et qui va trouver une traduction concrète dans la mise en œuvre de 14 fiches-actions, nous affirmons le caractère indiscutable de la place des personnes âgées au cœur de la vie de nos territoires. Cette vision nous impose de garantir aux plus dépendantes d'entre elles un parcours de vie respectueux et bien-traitant ainsi qu'un accès facilité aux services auxquelles elles peuvent prétendre. Pour atteindre cet objectif, nous devons aussi soutenir les professionnels et les aidants, de façon qu'ils puissent remplir leur engagement dans les meilleures conditions.

C'est tout le sens de cette «feuille de route» dont je vous invite à découvrir le contenu et qui aborde en profondeur et dans toutes ses dimensions la question de la place des personnes âgées parmi nous... et nous à leurs côtés.

Cordialement,
J.L. Destans

Jean Louis Destans

Président du Conseil général de l'Eure

SOMMAIRE

Partie 1

Une démarche d'élaboration du Schéma départemental à la fois dynamique et partenariale..... 6

- A. Deux instances de suivi et de pilotage au service d'une démarche partenariale 7
- B. Un contexte institutionnel national mouvant..... 9

Partie 2

Portrait du territoire : les spécificités de l'Eure..... 24

- A. Un territoire de contraste :
spécificités géographiques et découpages institutionnels 25
- B. Le contexte démographique départemental..... 28
- C. Un vieillissement de la population à anticiper 31
- D. Quelques caractéristiques des publics : le niveau de ressources
et les bénéficiaires de l'aide sociale départementale 33

Partie 3

État des lieux du dispositif..... 38

- A. La vie à domicile 39
- B. L'offre de service en établissement..... 48
- C. L'offre alternative entre le domicile et l'établissement..... 55
- D. L'offre de soins..... 62

Partie 4

Axes stratégiques et plan d'actions du prochain schéma

AXE 1 : PRÉSERVER ET VALORISER LA PLACE DES PERSONNES AGÉES DANS LA SOCIÉTÉ	70
Les principales réalisations du précédent schéma	70
ACTION 1 : Faciliter l'intégration des personnes âgées dans la société	71
ACTION 2 : Diversifier l'offre de services	72
ACTION 3 : Favoriser le lien social et la mobilité des seniors et des personnes âgées dans l'Eure	73
AXE 2 : GARANTIR AUX PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES UN PARCOURS DE VIE RESPECTUEUX ET BIEN TRAITANT	74
Les principales réalisations du schéma départemental précédent	74
ACTION 4 : Adapter l'offre d'hébergement à l'évolution des besoins des personnes âgées	76
ACTION 5 : Diversifier l'offre d'accueil séquentiel et alternatif	77
ACTION 6 : Étendre l'offre d'aide et d'accompagnement à domicile	78
ACTION 7 : Renforcer la coordination des dispositifs et des acteurs pour assurer la cohérence et la continuité des accompagnements	79
ACTION 8 : Favoriser la co-responsabilisation des acteurs dans l'accompagnement des situations complexes	80
ACTION 9 : Garantir la qualité de prise en charge à domicile et en établissement	81
AXE 3 : S'ASSURER DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES AUX PERSONNES AGÉES	82
Les principales réalisations du schéma départemental précédent	82
ACTION 10 : Créer un observatoire de la dépendance	83
ACTION 11 : Optimiser l'information et l'accueil des personnes âgées et des familles	84
ACTION 12 : Faciliter l'accès aux dispositifs d'aide sociale	85
AXE 4 : SOUTENIR LES PROFESSIONNELS ET LES AIDANTS	86
Les principales réalisations du schéma départemental précédent	86
ACTION 13 : Poursuivre la politique de professionnalisation en élargissant les thématiques et en mixant les publics	87
ACTION 14 : Améliorer les mutualisations et collaborations entre les professionnels	88
ACTION 15 : Poursuivre la démarche de soutien aux aidants pour tous publics	89

Partie 5

Annexes



partie 1.

UNE DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL À LA FOIS DYNAMIQUE ET PARTENARIALE



L'élaboration du Schéma Départemental en direction des personnes âgées de l'Eure s'inscrit dans un cadre juridique qui reflète la dimension partenariale des politiques sociales. En effet, le Code de l'action sociale et des familles¹ prévoit que **les schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie sont arrêtés par le Président du Conseil général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'Agence régionale de santé (ARS)**. Il est également prévu que les représentants du secteur de la gérontologie, ainsi que les représentants des usagers, soient consultés pour avis sur le contenu de ces schémas. Le renouvellement des précédents schémas, s'il s'inscrit dans ce cadre légal, représente **aussi et surtout une opportunité pour les acteurs d'un territoire**: celle de s'interroger sur leurs politiques et leurs impacts, celle de croiser les regards sur les réponses apportées et les points d'amélioration, celle d'impulser de nouveaux partenariats et d'en approfondir d'autres, celle, enfin, de rendre lisibles et intelligibles les choix de la collectivité et ses priorités. **Le présent schéma est donc le fruit d'une riche concertation avec les acteurs du département** participant à la mise en œuvre des politiques en direction des personnes âgées, associés lors des différentes phases de la démarche.

A.

Deux instances de suivi et de pilotage au service d'une démarche partenariale



Le suivi de l'élaboration du schéma a été assuré par deux instances collectives d'animation : le comité de pilotage et le comité technique.

a) Rôles et composition du comité de pilotage

Le comité de pilotage est à la fois une instance chargée de la validation institutionnelle de la méthodologie du travail présentée, ainsi qu'un espace de débats autour de la définition des orientations stratégiques. Le Conseil général a souhaité que le comité de pilotage, du fait de son rôle moteur, rassemble largement les différents acteurs des champs du grand âge et du handicap, y compris les partenaires institutionnels. Présidé par la Vice-présidente en charge des affaires sociales, et l'élue déléguée aux personnes âgées et personnes en situation de handicap, il réunit des représentants de l'ARS, de la Caisse régionale de retraite et santé au travail (CARSAT), de la Caisse régionale de mutualité sociale agricole (MSA), de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation et de l'emploi (DIRECCTE) ainsi que des membres des services du Conseil général².

(1) Articles L 312-4 et L312-5 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) La composition exacte du comité de pilotage est décrite en Annexe 1 du présent document.

b) Rôles et composition du comité technique

Le comité technique, espace de propositions, de discussions et de coordination pour garantir la cohérence d'ensemble des travaux, est quant à lui présidé par le Directeur Solidarité Autonomie. Il rassemble les référents du projet au sein du Conseil général ainsi que les cadres des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les Directeurs d'unités territoriales d'action sociale (UTAS), et le Directeur de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

c) Une méthodologie résolument tournée vers la concertation et l'association des citoyens

La première phase de la démarche, permettant d'établir un bilan des réalisations du précédent schéma et une évaluation de la qualité du dispositif en faveur des personnes âgées a donné lieu à :

- Des entretiens individuels ou collectifs avec les agents en charge de la réalisation du précédent schéma au sein du Conseil général.
- La rencontre de nombreux acteurs dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs :
 - partenaires institutionnels,
 - échantillon de gestionnaires d'offre médico-sociale,
 - représentants d'usagers,
 - associations non gestionnaires...
- Un recueil de données exhaustif qui a abouti à la réalisation d'un atlas cartographique de l'action sociale et médico-sociale.
- Une approche comparative avec les données nationales, régionales, et pour trois départements de comparaison.



Les départements de comparaison ont été sélectionnés d'après des critères validés en comité de pilotage, soit la structure de population, le taux de pénétration de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), la proximité géographique.

Ainsi, ont été retenus :

- la Charente-Maritime
- La Vendée
- La Seine-Maritime

À ces trois départements de comparaison, ont été ajoutées les données à échelle nationale (France métropolitaine) et régionale.

Pour impulser une dynamique participative, cinq ateliers de la politique en faveur des personnes âgées ont été organisés afin de dégager collectivement des propositions au regard des problématiques identifiées lors de la phase d'état des lieux. Les différents groupes ont ainsi produit des propositions d'actions qui ont servi de base à l'élaboration des orientations du présent Schéma.

Cinq groupes ont été proposés entre le 21 et le 30 mai 2012, autour des thématiques suivantes :

- Maintenir le lien social pour les personnes aidées et les aidants ;
- Sécuriser les parcours de vie par une prise en charge continue ;
- Améliorer la qualité des prises en charge en valorisant les professionnels ;
- Favoriser l'innovation et les expérimentations ;
- Articuler gérontologie et handicap.

Par la suite, des groupes de travail ont été organisés auprès des partenaires (les SAAD et les EHPAD) afin d'affiner les propositions d'actions.

Au-delà de ces ateliers, le Conseil général a fait le choix d'associer pleinement les citoyens dans la participation à la définition de sa politique publique en faveur des personnes âgées.

Pour ce faire, deux moyens ont été déployés :

- **Une enquête** jointe au journal départemental «C l'Eure», diffusé à 250 000 exemplaires, a permis de mobiliser les citoyens autour de leur regard sur le vieillissement à travers leur connaissance de l'offre dédiée au grand âge, leur représentation, leurs craintes... Cette enquête a donné lieu à une analyse exhaustive et territorialisée des 600 réponses qui a permis d'éclairer les priorités que les citoyens identifient.
- **Des conférences territoriales** ont été organisées sur les quatre territoires d'action sociale du département, dont deux à Évreux. Ainsi, cinq rencontres entre les acteurs du Conseil général et le grand public ont eu lieu pour confronter les propositions formulées par les professionnels lors des ateliers de travail du mois de mai. Ces conférences ont permis de confirmer les propositions d'actions issues des groupes et de prioriser l'action du Département.



B.

Un contexte institutionnel national mouvant

Les dispositifs relatifs à la gérontologie ont connu de profonds bouleversements ces dernières années. Les lois et les réglementations ont évolué dans le sens d'un accompagnement global et individualisé de la personne, faisant écho à un respect incontestable de son projet de vie, à une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires, au développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile, etc. C'est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui modifie la perception de l'accompagnement des personnes en situation de dépendance, que celle-ci soit liée à l'âge ou au handicap. Elle affirme un certain nombre de principes, concourant tous à améliorer le bien-être et l'épanouissement des personnes :

- **L'évaluation continue des besoins** et des attentes de cette population en proie à des difficultés, avec comme objectif d'aider la personne à acquérir une autonomie et à conserver la dignité malgré un état de santé fragilisé voire dégradé.
- **L'exercice des droits et des libertés** de toutes les personnes prises en charge par un établissement ou un service social et médico-social (ESSMS)

ainsi que l'information sur ces droits fondamentaux. Cela implique la **mise en place de plusieurs outils dans les ESSMS** visant à les garantir et à prévenir tout risque de maltraitance : la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement de la structure, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge par exemple. L'exercice des droits **implique par ailleurs la participation directe de la personne** (ou avec l'aide du représentant légal) à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement mais également sa participation à la vie de l'établissement grâce à l'instance du Conseil de la vie sociale.

■ **La qualité de l'accompagnement** caractérisée par les conditions de confort matériel et la qualité des prestations, concernant notamment l'hébergement et le soin. Cette injonction se traduit également par **un bon niveau de qualification des professionnels et un recrutement en nombre suffisant des personnels**, notamment médicaux et paramédicaux. La mesure de la qualité de l'accompagnement est introduite par la loi de 2002, les ESSMS devant **mettre en œuvre une évaluation interne et externe** permettant d'apprécier leurs activités et la qualité de leurs prestations, de leurs modes d'organisation et de fonctionnement. Les objectifs de l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) créée en 2007, consistent à promouvoir la culture de la bientraitance, notamment par la diffusion de pratiques d'évaluation, de procédures et de recommandations. L'ANESM habilite également des organismes extérieurs pour réaliser l'évaluation externe de la qualité des prestations des ESSMS.

■ **La coordination et le partenariat** comme principes d'intervention à deux niveaux pour les établissements et services (« le projet de service de l'établissement ou du service doit définir des objectifs en matière de coopération et de coordination³ »). D'une part, la coopération doit se développer **entre les établissements et services médico-sociaux**. D'autre part, elle concerne le travail **entre les ESSMS et les établissements de santé**, affirmant l'enjeu du décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social, afin notamment de mieux considérer la personne dans l'ensemble de ses besoins et non selon une « logique d'institution ».

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renove l'action publique en matière de handicap, la précédente loi datant de 1975. Outre le fait qu'elle reconnaisse de manière claire les troubles psychiques et cognitifs comme pouvant relever d'une situation de handicap, elle marque un certain nombre d'avancées :

- elle crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées,
- elle instaure le droit à la compensation individuelle des conséquences du handicap,
- elle fonde la notion de convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées en fixant l'objectif de suppression des barrières d'âge.

(3) Article 12 de la loi du 2 janvier 2002.

La notion de convergence s'illustre concrètement à travers les missions de la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**, établissement public créé en 2004, qui consistent à :

- Financer les aides en direction des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des pertes d'autonomie.
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

Comme le souligne un rapport de l'Assemblée nationale de 2007⁴, « *dans le secteur de l'action sociale, les acteurs sont nombreux et les compétences sont éclatées, ce qui pose des problèmes de pilotage et de mise en cohérence des interventions sociales* ». L'Etat et les Conseils généraux sont donc les deux acteurs-clés dans le pilotage des dispositifs sociaux et médico-sociaux en direction des personnes âgées. Pour autant, d'autres acteurs interviennent dans ces politiques relevant de l'aide aux personnes en perte d'autonomie (les communes et leur centre communal d'action sociale (CCAS), l'Assurance maladie, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), la caisse d'allocations familiales (CAF)...) dont il convient d'explicitier l'action.

a) Les compétences du Conseil général sur le champ médico-social

Le Conseil général est positionné en tant que **chef de file de l'action sociale**. Sa compétence de droit commun en matière d'action sociale est désormais clairement affirmée. Il a bénéficié de nombreux transferts de compétences depuis les lois de décentralisation de 1982.

Depuis la loi du 22 juillet 1983, il a la charge de l'ensemble des prestations d'aide sociale, à l'exception de quelques-unes restant à la charge de l'État et précisément énumérées par la loi (par exemple certaines aides en matière de logement, hébergement et réinsertion). La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a renforcé le rôle du Conseil général dans ce domaine. Elle a prévu, à partir du 1^{er} janvier 2005, que « le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent⁵ ».

1 Les compétences obligatoires du Conseil général

L'aide sociale départementale s'adresse à deux types de publics par le biais de prestations différenciées : les personnes âgées et les adultes en situation de handicap. Le Code de l'action sociale et des familles précise que « les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du Département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours » (article L. 121-1). Ce sont **717 personnes âgées qui**

(4) Rapport d'information de l'Assemblée nationale, « L'action sociale du régime général de sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales », présenté par Mme Martine CARRILLON-COUVREUR, 20 février 2007.

(5) Article L. 121-1 du Code de l'action sociale et des familles.

bénéficient de l'aide sociale départementale dans l'Eure au 31.12.2011, soit six personnes sur 1 000 parmi la population âgée de plus de 60 ans. On distingue deux aides sociales départementales : celle versée à domicile, et celle versée en établissement.

L'aide sociale départementale versée à domicile est appelée aide-ménagère. Elle permet aux personnes résidant à domicile et n'ayant pas les ressources nécessaires pour répondre à leur besoin d'accompagnement à domicile, mais qui ne relèvent pas de l'APA (voir infra), de financer des heures de soutien à domicile. Cette aide sociale concerne **93 bénéficiaires au 31.12.2011**.

L'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui consiste à prendre en charge une partie des frais d'hébergement des personnes âgées en établissement, concerne quant à elle **624 bénéficiaires au 31.12.2011**. Par exemple, si les revenus de la personne âgée et l'aide financière que ses enfants sont susceptibles de lui apporter dans le cadre de l'obligation alimentaire ne lui permettent pas de couvrir en totalité ses frais d'hébergement en maison de retraite, la personne peut demander à bénéficier de cette forme d'aide pour couvrir la somme restant à payer. L'aide sociale à l'hébergement est attribuée par le Conseil général du département dans lequel la personne a habité les trois mois précédant l'entrée en établissement. Pour les personnes âgées comme pour les personnes en situation de handicap, cette prestation légale gérée et financée par le Département peut être obtenue dans le cadre d'un accueil permanent dans un établissement habilité.

Les personnes âgées de 60 ans et plus peuvent bénéficier de l'**APA**. Elle s'adresse aux personnes résidant de façon stable en France, à domicile ou en établissement, et vise à compenser la perte d'autonomie (évaluée grâce à la grille AGGIR⁽⁶⁾). L'APA n'est pas soumise à condition de ressources mais son calcul tient compte des revenus des bénéficiaires. Il s'agit d'une allocation destinée aux personnes âgées qui ont besoin, en plus des soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, d'une assistance pour accomplir les actes essentiels de la vie courante (par exemple : se laver, marcher, s'habiller), ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. **On compte 8002 bénéficiaires de l'APA sur le territoire eurois, dont 61% à domicile (4 850 bénéficiaires), soit un taux d'allocataire de 17,3% des personnes âgées de plus de 75 ans.**

¶ Le budget du Conseil général consacré chaque année à la politique en direction des personnes âgées

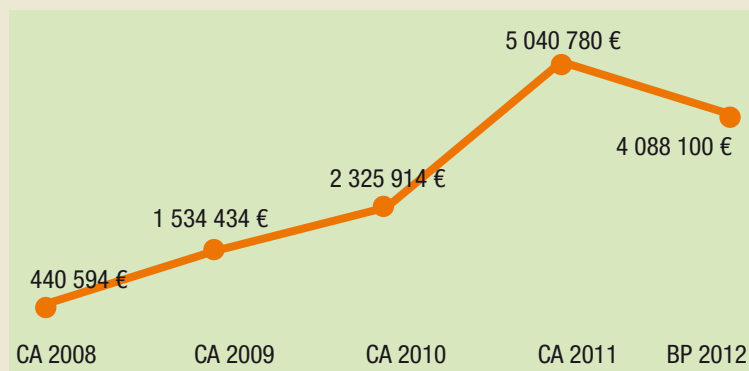
La politique à destination des personnes âgées représente annuellement **près de 60 millions d'euros**, soit un budget majeur au sein des politiques d'action sociale mises en œuvre par le Département. Ce budget, croissant d'années en années, comprend les dépenses d'investissement (liées pour l'essentiel au soutien aux constructions ou rénovations des établissements médico-sociaux), et les dépenses de fonctionnement.

(6) Grille AGGIR : grille Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources.

Evolution du budget d'investissement en faveur des personnes âgées (2008-2012)

CA 2008	440 594 €
CA 2009	1 534 434 €
CA 2010	2 325 914 €
CA 2011	5 040 780 €
BP 2012	4 088 100 €

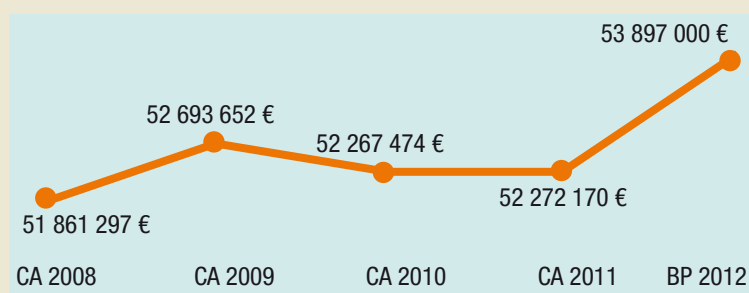
Évolution du budget de fonctionnement à destination des personnes âgées (2008 - 2012) en €



Evolution du budget de fonctionnement du Conseil général à destination des personnes âgées (2008 - 2012)

CA 2008	51 861 297 €
CA 2009	52 693 652 €
CA 2010	52 267 474 €
CA 2011	52 272 170 €
BP 2012	53 897 000 €

Évolution du budget de fonctionnement à destination des personnes âgées (2008 - 2012) en €

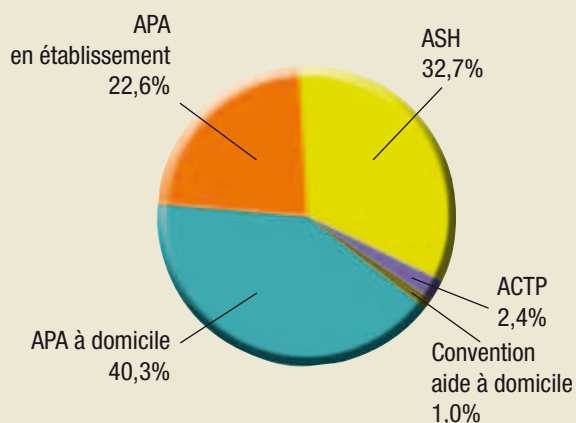


Au sein des dépenses de fonctionnement qui représentent le plus important budget (**54 millions d'euros au budget prévisionnel 2012**), on compte des postes de **dépenses majeures dont notamment le versement de l'APA à hauteur de 63%** (23% en établissement et 40% à domicile), ainsi que les **dépenses d'ASH pour 33%** des dépenses de fonctionnement.

Répartition des dépenses du CG par catégories

ASH	32,7%
Aide ménagère	0,4%
ACTP	2,4%
Placement familial	0,5%
Convention aide à domicile	1,0%
APA à domicile	40,3%
APA en établissement	22,6%
Divers	0,1%

Répartition des dépenses du CG par catégories, BP 2012



La politique du Conseil général en matière de coordination gérontologique

Les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique

Le Conseil général a créé quatre CLIC qui couvrent l'ensemble du territoire.



Focus : les textes qui organisent les CLIC

- Par la circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000, l'Etat préconisait la création de CLIC gérontologiques permettant de coordonner les réponses apportées aux besoins de la personne âgée isolée et/ou dépendante.
- La circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC définit les modalités de la campagne de labellisation pour 2001.
- Le cahier des charges national pour 2001 du dossier de labellisation d'un centre local d'information et de coordination gérontologique (ministère de l'emploi et de la solidarité); il précise les obligations auxquelles le CLIC doit répondre :
 - Identification d'un lieu d'accueil et d'écoute à la disposition des personnes âgées et handicapées, des familles, des professionnels etc. pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes ou non dépendantes en mettant à leur disposition l'information, les moyens et surtout les services leur permettant de rester chez eux.
 - La définition du périmètre géographique : il appartient au promoteur du CLIC de préciser l'aire géographique, de procéder au recensement de l'existant, d'identifier les besoins individuels ou collectifs et les offres disponibles localement susceptibles d'y répondre (accès aux droits, retraite, mutualité, culture, loisirs, santé : institutions, établissements de santé et services sanitaires, professionnels de santé, représentant des organismes de sécurité sociale, organismes sociaux et médico-sociaux, habitat/environnement matériel)
 - La définition des missions du CLIC
 - L'articulation du CLIC avec les dispositifs existants
 - L'articulation du CLIC avec les professionnels
 - Les moyens nécessaires au fonctionnement du CLIC
 - Les modalités de la formalisation du partenariat qu'implique le CLIC
- Réflexions et recommandations pour le développement des CLIC – 26 février 2001.
- Loi du 13 août 2004 : les CLIC ne sont plus pilotés par l'Etat et le Département et sont depuis le 1^{er} janvier 2005 sous la seule responsabilité du Département.

Dès 2002, le Département de l'Eure a étudié la possibilité de créer des CLIC, afin d'offrir le même service sur l'ensemble du territoire. Le précédent schéma gérontologique prévoyait leur installation. Mis en œuvre dans un premier temps sur le territoire de l'Unité Territoriale d'Action Sociale (UTAS) de Pont-Audemer avec Senior Info service, les quatre CLIC départementaux ont été opérationnels en janvier 2007.

Le territoire du département de l'Eure est donc aujourd'hui couvert par quatre CLIC portés par les quatre UTAS. Ils ont tous vocation à être un guichet unique de proximité qui conseille, informe et oriente les personnes âgées et leurs proches mais aussi l'ensemble des professionnels du secteur. Les CLIC jouent un rôle primordial de facilitation des démarches et de recensement des acteurs concentrant l'information à un seul niveau, et participent à la mise en place d'un réseau gérontologique de proximité. Ils assurent en outre l'identification et la gestion des situations individuelles, et plus particulièrement les situations sociales complexes de personnes âgées.

On note plusieurs spécificités des CLIC eurois :

- Ils sont intégrés aux équipes des UTAS du département, les équipes du CLIC sont composées d'agents du Conseil général mais au plus près des usagers.
- Les professionnels du CLIC ont également en charge des évaluations préalables à l'accès aux prestations financées par le Département (APA, prestation de compensation du handicap (PCH) et services ménagers).
- Ils accompagnent à la fois les personnes âgées ainsi que les personnes en situation de handicap, bien que dans une moindre mesure.

Les équipes sont composées en 2012 d'un professionnel de coordination par CLIC, assisté d'une secrétaire-animatrice, et des intervenants médico-sociaux (à périmètre variable en fonction des besoins sur le territoire) qui se déploie localement. On note également trois postes de médecin mutualisés pour les quatre territoires.

Formalisées dans **un référentiel** dès 2008 par les cadres responsables des CLIC au sein des UTAS et les référents au sein de la Direction Solidarité Autonomie, les principales missions des instances sont aujourd'hui :

**Accueillir,
orienter,
informer
le public**

- Créer un lieu de proximité pour répondre aux besoins d'information et d'orientation des personnes âgées de plus de 60 ans, des personnes handicapées quel que soit l'âge, de leur entourage et des professionnels des secteurs handicap et gérontologie.
- Informer les personnes âgées et handicapées, les familles, les professionnels à travers des actions individuelles et collectives.
- Orienter les personnes âgées et en situation de handicap.
- Contribuer à une mission d'observatoire avec l'objectif de rendre l'information accessible, homogène, et ordonnée, de constituer des recueils de cas, d'en effectuer et d'en diffuser l'analyse.

**Soutenir
les personnes
âgées et
handicapées
à domicile,
ainsi que
les aidants**

- Evaluer les besoins en tenant compte des souhaits, de l'environnement de la personne afin d'élaborer un projet d'accompagnement individualisé (PAI), en assurer le suivi. Il s'agit des plans d'aide APA, services ménagers mais aussi hors prestations : projet de vie, démarche de loisirs, demande de protection, visites aides et conseil, médiation, urgence etc.
- Soutenir les personnes âgées à domicile sur différents thèmes : aide à domicile, transport, logement etc.
- Apporter un soutien aux familles et aux aidants.
- Participer à la lutte contre l'isolement des personnes âgées et personnes en situation de handicap vivant à domicile.
- Participer à la prévention et au traitement de la maltraitance des personnes âgées et personnes en situation de handicap.
- Mettre en œuvre les politiques du Département en faveur des personnes âgées et personnes en situation de handicap.

**Coordonner
les dispositifs
existants
et animer
un réseau**

- Organiser et coordonner les actions de soutien à domicile dans le respect de l'identité de la personne.
- Coordonner les acteurs sociaux pour mieux accompagner les personnes en perte d'autonomie.
- Mutualiser les services de proximité au travers de partenariats pour faciliter les démarches.
- Préparer les sorties d'hospitalisation, éviter l'entrée en établissement lorsque c'est possible et souhaité par la personne, préparer l'entrée en établissement si besoin.
- Susciter une dynamique partenariale en faveur des personnes âgées et personnes handicapées (exemple lien ville/hôpital, ouverture des maisons de retraite sur l'extérieur...).

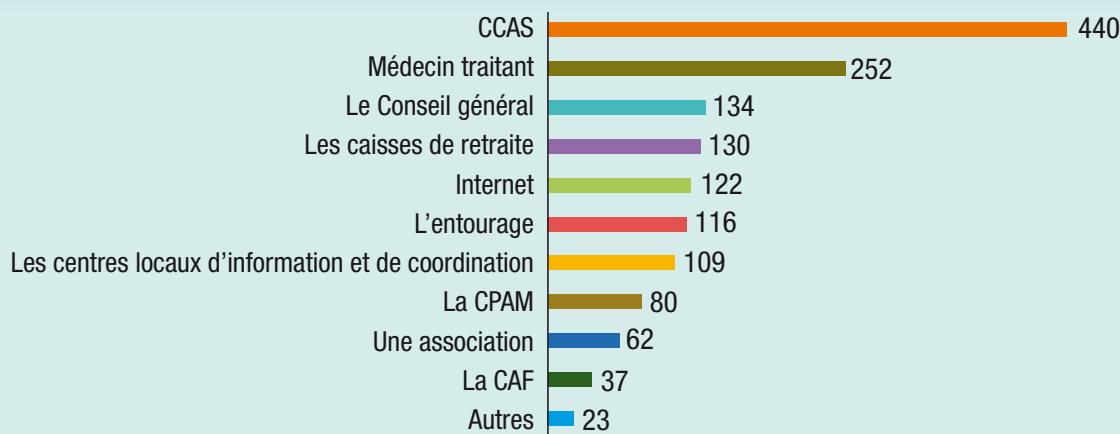
Les CLIC, en tant que services médico-sociaux au sens de la loi 2002-2, sont soumis à des démarches qualité et d'amélioration continue, qui donnent lieu à la création progressive d'outils (rapports d'activité, projet de service...). En tant que service du Conseil général, les professionnels du CLIC et leurs activités font l'objet d'une évaluation et d'un encadrement au même titre que les autres agents départementaux.

Malgré une installation réussie et une véritable implantation au niveau local, on peut souligner ici deux des difficultés rencontrées par les CLIC :

- Le paysage institutionnel gériatrique et du champ du handicap est complexe, les acteurs sont très nombreux et relèvent de secteurs différents (sanitaire, médico-social, social...), ce qui rend difficile l'animation d'un réseau de partenaires.
- Les CLIC sont davantage identifiés par les professionnels que par les publics concernés ou le grand public : les bureaux des CLIC se situant au sein des locaux des services de l'UTAS, les usagers ne fréquentent que peu le CLIC comme guichet physique d'information (voir « *Le regard des usagers* » ci-dessous). Des efforts importants en matière de communication notamment ont été récemment développés de manière à favoriser cette identification par le grand public, avec par exemple la publication du magazine **Tandem**, dédié aux aidants familiaux, qui diffuse une information importante :
 - sur les actions réalisées par les CLIC,
 - sur les programmes semestriels des actions « *Bien vieillir* » menées sur le territoire.

Le regard des usagers

«Après de qui vous êtes-vous renseignés pour connaître les aides existantes pour les personnes âgées.»



Source : Analyse questionnaire « C'l'Eure : construisons ensemble notre politique seniors ».

La majorité des répondants au questionnaire diffusé à travers le magazine *C l'Eure*, déclare se renseigner auprès des CCAS et des médecins traitants, répondant ainsi à une logique de proximité.

Les CLIC semblent aujourd'hui bien identifiés par les professionnels du secteur, mais leur légitimité est peut-être à renforcer auprès des usagers qui ne fréquentent que peu les locaux des CLIC.

1 Les MAIA en projet

Le Conseil général de l'Eure, via son CLIC d'Evreux, a souhaité s'engager dans la poursuite de l'amélioration de la coordination sanitaire, sociale et médico-sociale dans le secteur gérontologique à travers la réponse à l'appel à projet de MAIA, lancé par l'ARS. Afin de mener à bien les missions qui lui seront confiées, le CLIC s'appuiera sur le soutien des acteurs médico-sociaux, mais aussi du Centre hospitalier intercommunal (CHI) Eure Seine et de ses professionnels de santé afin d'assurer à toutes les personnes dépendantes un maintien à domicile sécurisé. Pour ce faire, le CLIC et ses partenaires se sont notamment fixés pour **objectifs** :

- **l'optimisation** de l'utilisation des ressources,
- **l'amélioration** des pratiques professionnelles,
- **la formalisation** de partenariats dans le but d'une meilleure concertation.

Actuellement, la MAIA, lancée en 2012, portée par le CLIC d'Evreux est le seul projet retenu sur le département de l'Eure. Toutefois, l'ARS souhaite poursuivre la dynamique de déploiement de ces dispositifs.



Le dispositif des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) est issu de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012. L'objectif consiste à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et ses aidants. La CNSA explique que « cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et d'améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

Les MAIA sont portées par des structures déjà existantes comme par exemple :

- Conseils généraux
- Réseaux gérontologiques ou CLIC
- MDPH
- Groupement de coopération médico-social
- Association

b) Les compétences de l'Etat dans le champ médico-social

Les unités territoriales de la **DIRECCTE** accordent **l'agrément aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** du département. Ces services s'inscrivent dans le cadre général du maintien à domicile des personnes âgées ou des adultes en situation de handicap en proposant des activités d'assistance aux personnes en perte d'autonomie. L'agrément permet à ces services d'exercer leurs prestations de service auprès de publics fragiles, notamment les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Chaque année, l'organisme agréé doit envoyer un rapport qualitatif et quantitatif de ses activités. Il doit également répondre aux prescriptions du cahier des charges élaboré par l'Agence nationale des services à la personne. Alors que la demande est instruite par la DIRECCTE, l'agrément est accordé par le Préfet de département après avis du Président du Conseil général. Cet avis porte sur la capacité de l'organisme demandeur à assurer une prestation de qualité ainsi que sur l'affectation des moyens humains, matériels et financiers proportionnés à cette exigence. L'instruction du dossier prend notamment en compte la continuité de service, la connaissance du contexte médico-social, la professionnalisation des intervenants, la mise en place d'une coordination... C'est également la DIRECCTE qui est chargée de recueillir et de transférer à l'ANESM et au Conseil général les rapports d'évaluation externe des SAAD du territoire afin de renouveler l'agrément des dits-services.

c) La loi HPST et la création des Agences régionales de santé

La loi réformant l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite HPST) constitue un **changement dans l'organisation des compétences de l'Etat dans les administrations déconcentrées**. Le principal interlocuteur du Conseil général relevant de l'Etat jusqu'au 1^{er} avril 2010 était la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) intervenant dans le champ des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales. Cet interlocuteur est remplacé par la délégation territoriale de l'ARS. En effet, cette loi est un projet d'organisation sanitaire et non de financement. Adopté en juin 2009 par le Parlement, le texte de loi a été promulgué et publié au journal officiel en juillet 2009. Ce texte comporte quatre titres : **la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique et l'organisation territoriale du système de santé**. Ce dernier titre a pour principal objet de créer des ARS, responsables du pilotage du système de santé en région. Cela signifie qu'elles portent la **déclinaison régionale de la politique nationale de santé** et sont sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de l'assurance maladie. Les objectifs présidant à la création de ces agences sont de plusieurs ordres :

- Décloisonner le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour améliorer les prises en charge
- Accentuer la territorialisation des politiques de santé
- Renforcer le caractère préventif des politiques de santé
- Mieux structurer et maîtriser l'offre ambulatoire
- Recentrer l'offre de soins vers les soins primaires
- Faciliter les restructurations et promouvoir l'efficience hospitalière
- Recomposer l'offre hospitalière au profit du domaine médico-social
- Simplifier le paysage institutionnel en regroupant 7 structures complémentaires (les Agences Régionales Hospitalières, les DRASS et DDASS, les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, les Groupements Régionaux de Santé Publique, les Missions Régionales de Santé et certains services des Caisses Régionales d'Assurance Maladie).

La création des Agences Régionales de Santé vise à **unifier et responsabiliser le pilotage territorial des politiques de santé**. Pour les pouvoirs publics, l'enjeu affiché est de clarifier l'offre, rendre plus lisible et mieux structurer le dispositif, améliorer la performance et la fluidité des parcours des patients et, ainsi, mieux répondre aux besoins, en tenant compte des caractéristiques et des spécificités de territoire et en réalisant des économies. Cette réforme répond dans un même temps au **besoin de désenclavement et à la mise en cohérence des trois secteurs** : sanitaire, médico-social et social, en favorisant la transversalité, la complémentarité et la coopération.

Il existe une agence par région, mais toutes sont coordonnées entre elles, sous l'égide d'un Comité National de Coordination des ARS mis en place au niveau du Ministère, garant de l'action et de la cohérence des instructions données. Des délégations territoriales servent de relais dans chaque département.

L'Agence Régionale de Santé a compétence sur la prévention et l'éducation à la santé, l'ensemble du secteur sanitaire, médecine de ville et soins hospitaliers, les pratiques des professionnels et les comportements des assurés, l'organisation de l'offre de soins hospitaliers et ambulatoires, le médico-social, l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés. Concernant plus précisément le secteur médico-social, les ARS sont en charge de l'autorisation, du contrôle et du financement des établissements et services médico-sociaux (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), unités de soins longue durée (USLD), services de soins infirmiers au domicile (SSIAD), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)...) financés par l'Assurance maladie, ainsi que des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) financés par l'Etat.

Pour répondre à ces missions, chaque ARS doit formuler un Programme Régional de Santé (PRS) fixant les orientations de son schéma régional de prévention, d'organisation sanitaire (volet hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale, mais également un **PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)**.

Dans le champ de la gérontologie, les **EHPAD** sont des établissements médicalisés dont la création est soumise à l'accord du Président du Conseil général et du Directeur général de l'Agence régionale de santé, ainsi qu'à la signature d'une convention tripartite signée pour 5 ans entre l'établissement, le Conseil général et l'ARS. Les **SSIAD**, intervenant tant auprès de personnes âgées que de personnes en situation de handicap, dispensent, sur prescription médicale, des soins techniques ou des soins de base. Leur financement est assuré intégralement par l'ARS.

┃ Les orientations du PRIAC Haute-Normandie 2011-2013

Le PRIAC a été institué par l'article 58 de la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il constitue un outil de programmation régional et pluriannuel qui organise l'adaptation et l'évolution de l'offre régionale de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) et des personnes âgées dépendantes. Il fixe les priorités régionales de financement des créations, extensions et transformations de places en établissements et services médico-sociaux à destination de ces publics, qui relevaient jusqu'alors de la compétence du Préfet de région et relèvent désormais (depuis le 1^{er} avril 2010) de celle du Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé (cette compétence étant conjointe avec le Président du Conseil Général sur un certain nombre de structures).

Le PRIAC a un effet contraignant puisque les autorisations de création, d'extension et de transformation d'établissements et services rentrant dans son périmètre, doivent être compatibles avec ses orientations (et avec les crédits disponibles notifiés dans le cadre des campagnes budgétaires annuelles). Avec la mise en place d'une nouvelle procédure d'autorisation, le PRIAC se retrouve à la base de toute démarche d'appel à projets.

Le PRIAC 2011-2013 de Haute-Normandie, élaboré de façon concertée, constitue un PRIAC « de transition » réalisé dans l'attente de la finalisation du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et du PRS.

La programmation 2011-2013 retient les orientations suivantes sur le secteur des personnes âgées :

- Favoriser le maintien à domicile par le développement des services d'accompagnement et des formules de répit pour soulager les aidants.
- Accompagner le vieillissement de la population par la création de places en établissement médicalisé dans une logique de rééquilibrage territorial, en favorisant leur développement prioritaire sur les territoires déficitaires au regard du taux d'équipement régional moyen (plutôt la Seine Maritime au regard des taux d'équipement très favorables de l'Eure).
- Développer des structures d'accueil adaptées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

■ Les orientations de l'ARS de Haute-Normandie

Selon le Code de la santé publique, «*le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie. Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé*». Ce schéma devra s'articuler avec les schémas départementaux : «*Ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région*».

Le PRS, et plus particulièrement le SROMS de la Haute-Normandie, formalisé en 2011, a défini des axes stratégiques que l'ARS s'engage à investir pour les prochaines années :

AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°1 :

Maintenir et renforcer l'accès à la santé et à l'autonomie

Priorité 1 - Rééquilibrer l'offre de santé

Priorité 2 - Faciliter l'accès des populations spécifiques au système de santé

Priorité 3 - Développer la prévention, la promotion de la santé et l'éducation de la population aux enjeux de la santé et au bon usage des structures et organisations de santé

AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°2 : Réduire les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé

Priorité 1 - Agir sur les déterminants de santé

Priorité 2 - Développer des programmes spécifiques d'amélioration de l'accès à la santé à destination des populations les plus à risque

Priorité 3 - Renforcer l'analyse pour mieux repérer les priorités de santé territoriales et suivre et évaluer les programmes de santé

AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°3 :
**Renforcer et garantir la qualité et l'efficacité des dispositifs
et la performance des organisations**

Priorité 1 - Mieux organiser la prise en charge de santé à l'échelle du territoire de premier recours et de proximité

Priorité 2 - Mener une politique ambitieuse de formation des professionnels de santé

Priorité 3 - Renforcer l'animation et la coordination de la politique d'amélioration de la qualité des prises en charge et des accompagnements de santé

Priorité 4 - Rendre le système de santé plus performant et plus réactif

**d) Les compétences d'autres acteurs
dans les champs social et médico-social**

1 Les communes

À la différence des départements qui attribuent l'aide sociale légale et peuvent allouer des aides sociales complémentaires, extralégales ou facultatives, **les communes développent une action sociale qui leur est propre** et relève exclusivement de l'aide facultative. Elles conservent toutefois des compétences d'action sociale importantes issues de la gestion de l'ancienne assistance publique. Aujourd'hui, les communes participent essentiellement à la mise en œuvre de l'aide sociale départementale.

Les compétences facultatives des communes sont définies par le code de l'action sociale et des familles et le code de la sécurité sociale :

- la compétence générale de l'action sociale est départementale, et peut par délégation du Conseil général, suite à une convention être déléguée au CCAS,
- la compétence générale du CCAS de prévention et de développement social dans la commune qui peut intervenir sous forme de prestations et de créations d'établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- les actions en direction des personnes âgées : création de foyers, mise en œuvre de l'APA par convention avec le département.

Le CCAS « *participe à l'instruction des demandes d'aide sociale dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il transmet les demandes dont l'instruction incombe à une autre autorité. L'établissement du dossier et sa transmission constituent une obligation, indépendamment de l'appréciation du bien-fondé de la demande*⁷ ».

(7) Loi du 6 janvier 1986 (codifiée à l'article L. 123-5 du code de l'action sociale et des familles).

Plus largement, les communes ou intercommunalités sont directement concernées par les politiques de **logement, d'accessibilité et de transport** dans une logique d'équité de traitement, quel que soit l'âge ou le handicap du citoyen concerné.

Selon une enquête de l' Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) de mai 2011⁸, parmi les champs les plus investis par les CCAS apparaissent en seconde position les services à domicile (qui mobilisent 52% des répondants à l'enquête), puis les actions d'animation et de prévention à l'égard des personnes âgées (44% des répondants) et enfin les établissements d'accueil pour personnes âgées (25% des répondants).

1 Les organismes de Sécurité sociale

Les caisses nationales de sécurité sociale participent également à l'action sociale : on distingue les caisses relevant du régime général de sécurité sociale, celles du régime agricole, des travailleurs indépendants, des professions libérales et des régimes spéciaux (marine, cultes, SNCF, RATP...).

Les branches famille, maladie et vieillesse du régime général de sécurité sociale mènent des actions à but social afin de **compléter les prestations légales de sécurité sociale qu'elles versent, à savoir prestations familiales, remboursement de frais médicaux et pensions de retraite**. Les fondements de l'action sociale des caisses du régime général sont fixés par des dispositions du code de la sécurité sociale qui se limitent à poser le principe d'une action sociale.

La **branche maladie** de la sécurité sociale relève de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des CARSAT. Elles « *exercent une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sanitaire et sociale destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité dans le cadre de programmes définis par l'autorité compétente de l'État* »⁹. L'essentiel de l'action sanitaire et sociale reste l'attribution d'aides individuelles visant à faciliter l'accès aux soins des assurés sociaux en situation de précarité, et à favoriser le maintien à domicile des assurés malades et handicapés.

L'action sociale de la **branche vieillesse** est assurée par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). « *La caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés [...] exerce une action sanitaire et sociale en faveur de ces derniers dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après consultation de son conseil d'administration* »¹⁰. Les compétences de la branche vieillesse en matière d'action sociale sont anciennes, limitées, spécialisées et désormais subsidiaires par rapport à la compétence générale des départements. **Elle joue cependant un rôle important en ce qui concerne les actions collectives de prévention en direction des personnes âgées relevant des groupes iso-resources (GIR) 5 ou 6.**

(8) Enquêtes et observations sociales, Panoramas des domaines d'interventions des CCAS, UNCCAS, mai 2011. Le champ qui arrive en premier position est la lutte contre les exclusions.

(9) Article L. 262-1 du Code de la sécurité sociale.

(10) Article L. 222-1 du Code de la sécurité sociale.



La création des CARSAT

Les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) ont changé d'identité au 1^{er} juillet 2010. Elles sont devenues des Caisses d'Assurance Retraite et Santé au Travail (CARSAT) à l'exception de celles de l'Île-de-France (CRAMIF) et d'Alsace et Moselle (CARMi-EST). Ce changement d'identité est lié à la loi HPST qui a transféré aux ARS des compétences des anciennes CRAM en matière de gestion hospitalière. Les CARSAT sont rattachées à deux caisses nationales : la CNAM et la CNAV.

La **MSA (Mutualité Sociale Agricole)**, régime de protection sociale du monde agricole en France, gère la protection légale et complémentaire de l'ensemble de la profession agricole (exploitants et salariés agricoles, ainsi que leurs familles). La MSA couvre ainsi les risques relevant de la maladie-maternité, de la retraite, de l'accident du travail et de la famille. Il peut également s'agir d'actions collectives comme des actions en direction des aidants, des actions de prévention ou encore le financement de maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA).



partie **2.**

PORTRAIT DU TERRITOIRE : LES SPÉCIFICITÉS DE L'EURE



A.

Un territoire de contraste : spécificités géographiques et découpages institutionnels

a) Les spécificités géographiques du département de l'Eure

- Le territoire de l'Eure se démarque par ses spécificités géographiques qui doivent impérativement être prises en compte lors de l'élaboration d'un schéma départemental en direction des personnes âgées.
- Le département demeure partagé entre deux pôles d'attractivité :
 - d'une part par la proximité géographique du département avec la région Ile-de-France, favorisant des mouvements de population importants et entraînant des comportements spécifiques (comme l'illustre bien l'installation en nombre de franciliens dans les EHPAD eurois),
 - et d'autre part, le nord du département qui bénéficie du rayonnement économique et de l'attractivité de la ville de Rouen.

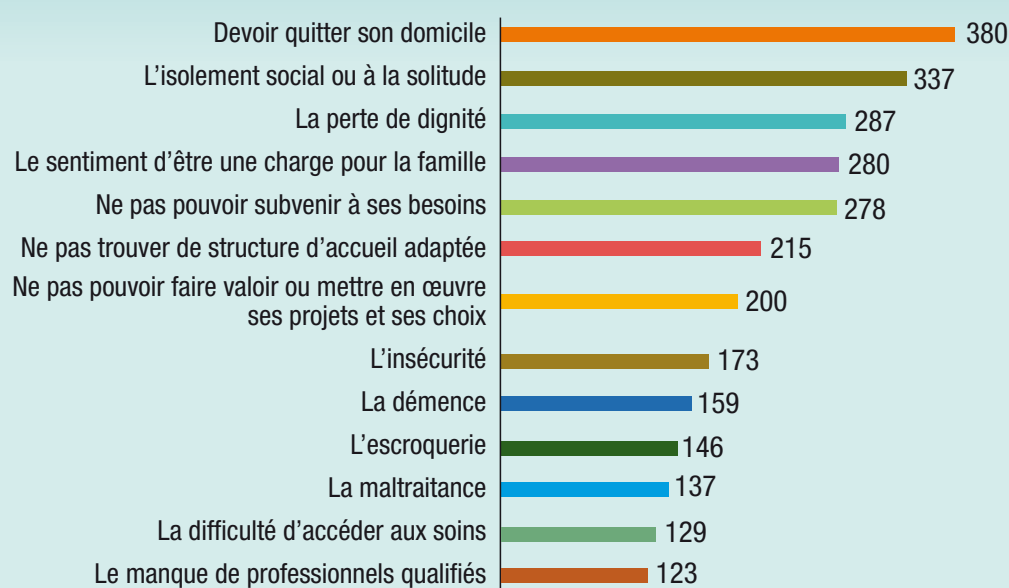
Localisation des habitants de l'Eure par commune



- **L'ouest du département est caractérisé par sa ruralité** qui constitue un enjeu majeur en matière de maintien du lien social et de lutte contre l'isolement des personnes âgées. En effet, dans l'UTAS de Pont-Audemer notamment mais plus globalement sur le département, les personnes ayant répondu au questionnaire « *C l'Eure : construisons ensemble notre politique seniors* » diffusé en été 2012, ont pour principales craintes l'isolement et la perte du lien social.

Le regard des usagers

« **Selon vous, quels sont les plus grands risques face à la perte d'autonomie ?** »



Source : Analyse questionnaire « *C l'Eure : construisons ensemble notre politique seniors* ».

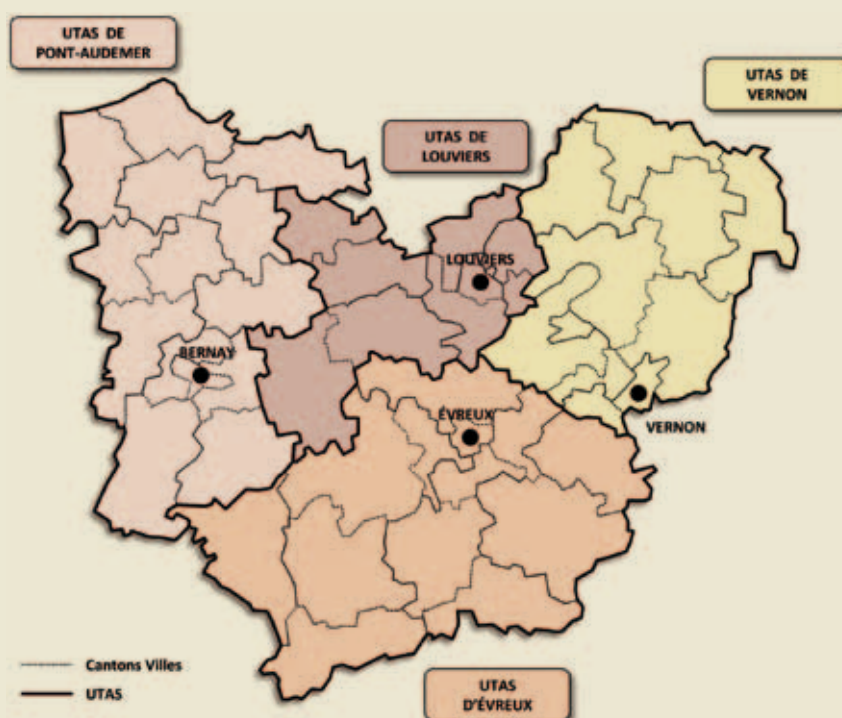
Les deux risques face à la perte d'autonomie les plus cités par les répondants sont :

- Devoir quitter son domicile
- L'isolement social ou la solitude

b) Des découpages institutionnels multiples

- Comme le montrent les cartes ci-dessous, les territoires retenus par le Conseil général et par l'Agence régionale de santé sont très différents, ce qui ne facilite pas la conduite de projets en commun ou même la coordination des acteurs autour des usagers.
- De même, l'implantation physique des institutions sur le territoire du département et les zones d'influence qui en découlent, complexifient encore davantage le paysage. Par exemple, les services spécialisés de psychiatrie accompagnent des usagers de toute la région Haute-Normandie, dépassant les logiques de découpage territorial du département ou des territoires de santé.

Découpage du département de l'Eure en UTAS⁽¹⁾



Découpages de la région Haute-Normandie par l'ARS



(11) Unités Territoriales d'Action Sociale.

Quels enjeux ?

- Un enjeu fort de lutte contre l'isolement et d'animation locale pour le maintien du lien social, notamment dans les territoires ruraux.
- Un enjeu de coordination des acteurs sur des territoires d'intervention variables, au profit d'une fluidité de parcours pour les personnes âgées
- La clarification des rôles, missions, responsabilités, secteurs d'intervention de chaque acteur limitera autant que possible les situations de renvoi d'une personne âgée d'interlocuteur en interlocuteur sans qu'elle ne trouve de réponse ou de prise en charge adaptée.
- Une dimension prospective à investir avec le déploiement des MAIA : un acteur centré sur la coordination, sur la facilitation du parcours de la personne âgée et sur la personnalisation de l'accompagnement, qui va s'intégrer progressivement dans le paysage institutionnel en complémentarité avec les CLIC.

B.

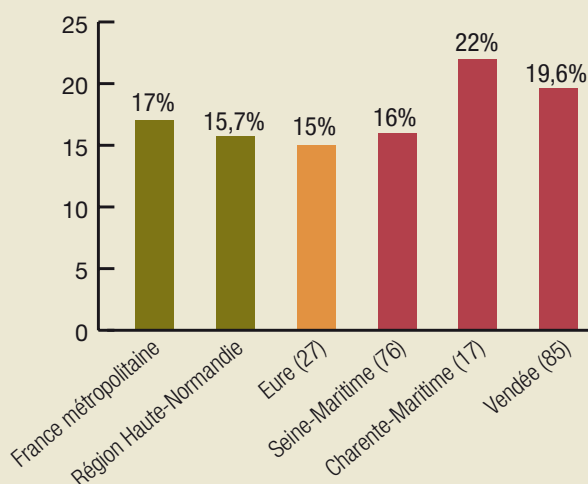
Le contexte démographique départemental

a) Une population euroise relativement jeune

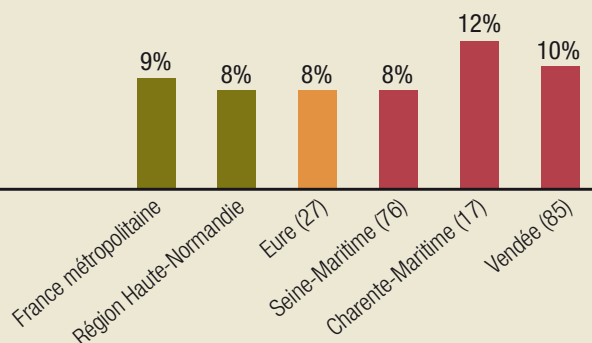
La population en chiffre :

- ▀ Le département de l'Eure comptait **584 800 habitants en 2008** (Source : INSEE).
- ▀ 27% de la population à moins de 20 ans alors que **8% de la population a plus de 75 ans**.

Part des personnes de plus de 65 ans sur la population totale

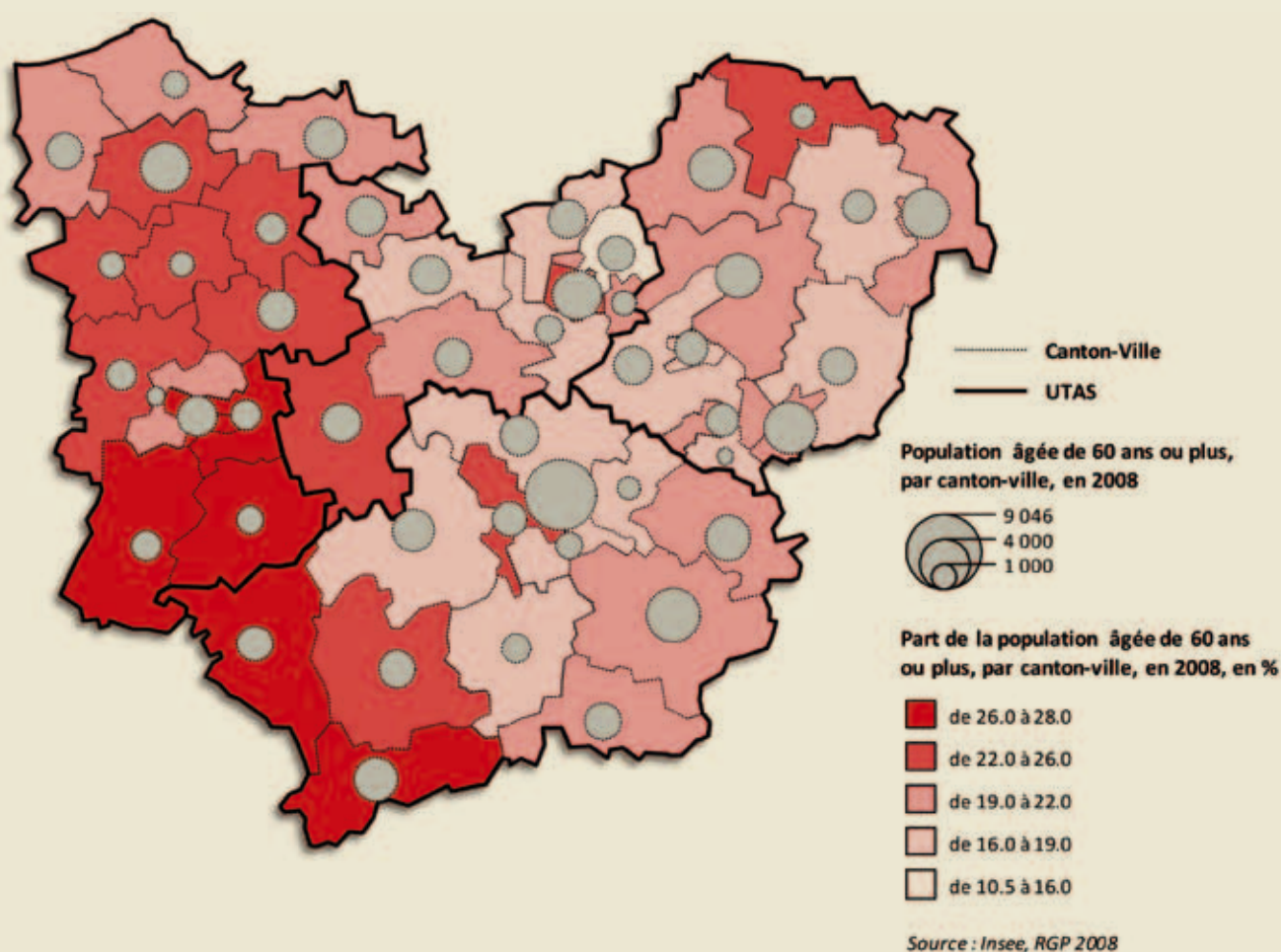


Part des personnes de plus de 75 ans sur la population totale



- La part des personnes âgées de plus de 65 ans et de plus de 75 ans dans la population euroise est sensiblement inférieure aux moyennes régionales et nationales, ainsi que des départements de référence. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 15% de la population totale du département. La part des personnes de plus de 75 ans est plus proche des moyennes régionale et nationale avec 8%.
- D'après les projections démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'accroissement démographique de l'Eure devrait ralentir au cours des vingt prochaines années au profit d'une relative stabilisation des effectifs.

La répartition de la population des 60 ans et plus dans l'Eure



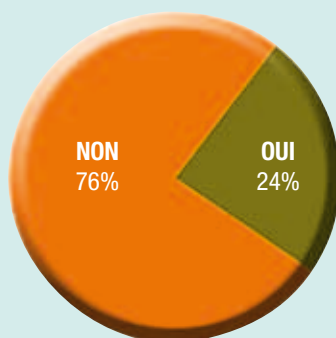
- La population des plus de 60 ans est davantage représentée à l'ouest du territoire, notamment sur l'UTAS de Pont-Audemer, avec une part de personnes âgées qui va jusqu'à doubler entre les cantons de l'est et de l'ouest du département. Cette répartition inégale des personnes âgées sur le territoire doit constituer un point d'attention pour les collectivités de manière à assurer des réponses satisfaisantes et équitables.

b) La prévention des effets du vieillissement

- Les CLIC se mobilisent et mènent dans chaque UTAS des actions collectives de prévention, notamment dans le cadre du programme « *Bien vieillir* » développé chaque année. Une brochure présentant les actions collectives est diffusée tous les semestres à grande échelle afin de sensibiliser le plus grand nombre de personnes âgées. Sont proposées aux seniors diverses activités sous forme d'ateliers, de spectacles ou encore de conférences comme par exemple : la conférence/forum « *Mon audition, j'en prends soin!* », le spectacle « *Tango et Chocolat* », les ateliers « *gymnastique anti-arthrose et antidouleurs* », les ateliers « *équilibre* », ou encore d'écriture collective.
- Le département bénéficie de l'appui des communes et des acteurs institutionnels tels que les caisses d'assurances maladie et les caisses de retraite pour mener à bien les actions collectives. Les coordinateurs se heurtent toutefois à la difficulté de mobiliser les acteurs locaux pour que ceux-ci pérennisent les actions : celles-ci demeurent de ce fait ponctuelles en termes géographiques et temporels.

Le regard des usagers

« Connaissez-vous les actions « *Bien vieillir* » proposées par le Conseil général et ses partenaires ? »



Source : Analyse questionnaire « C l'Eure : construisons ensemble notre politique seniors ».

Seulement 24% des répondants déclarent connaître les actions du programme « *bien vieillir* » proposées par le Conseil général alors que la tranche d'âge la plus représentée (60-74 ans) parmi les répondants constitue le public cible de ces actions.

Quels enjeux ?

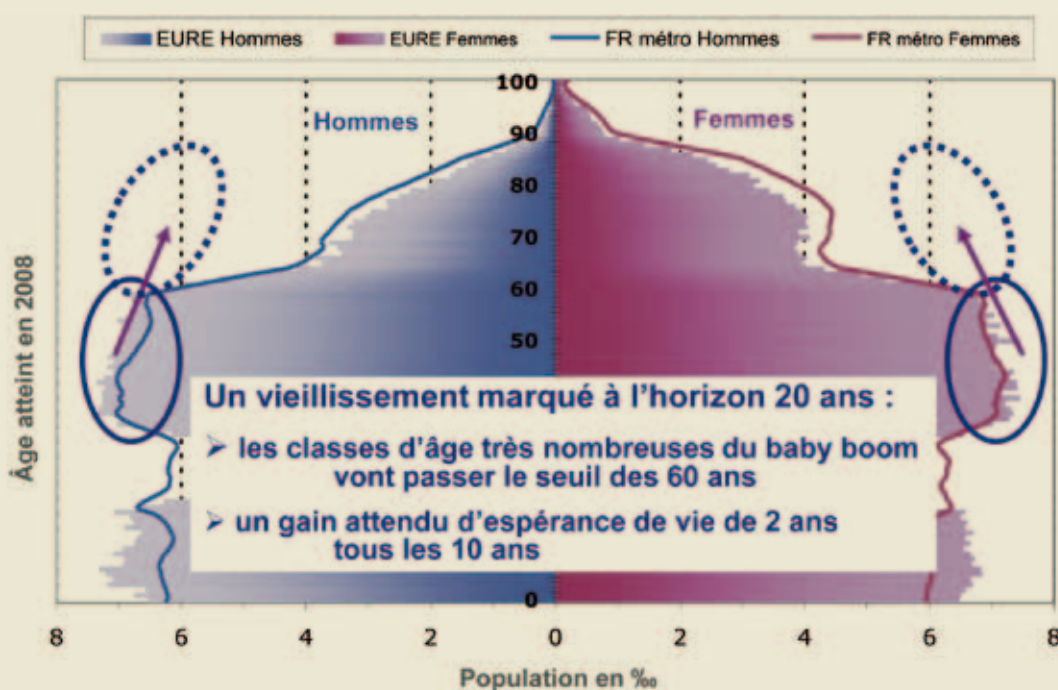
- Coordonner/travailler en partenariat sur les questions liées à la prévention des effets du vieillissement qui se trouvent à l'intersection entre les missions des différents acteurs (secteur sanitaire, les caisses de retraite, le Conseil général etc.) à travers notamment la promotion de la santé, la lutte contre l'isolement, la prévention de la perte d'autonomie.
- Un enjeu inhérent à l'identification des territoires prioritaires en matière de gérontologie pour répondre d'une part au volume de demandes et d'autre part aux besoins.

C.

Un vieillissement de la population à anticiper

- Comme le montre la pyramide des âges ci-dessous, une part importante des 29-50 ans glissera vers la tranche d'âge supérieure d'ici une dizaine d'années. Ce schéma est le même sur tous les territoires du département.

Des perspectives de vieillissement relativement rapide

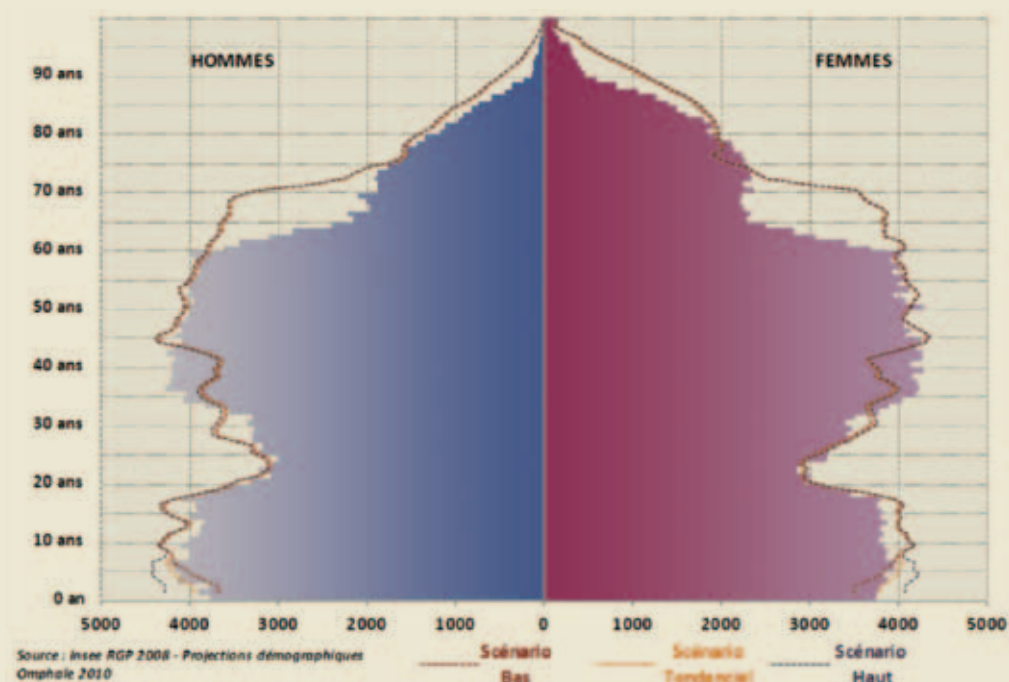


Source : Insee, RP2008 exploitation principale

Schéma personnes âgées de l'Eure : contexte démographique

- D'ici 20 ans, les classes d'âges très nombreuses du baby-boom dépasseront le seuil des 60 ans et constitueront les personnes âgées de demain. Contrairement à l'accroissement de la population totale qui devrait ralentir, le nombre de personnes de 85 ans et plus devrait tripler d'ici 2040.

**Structure comparée de la population par âge et sexe en 2008 et 2017
selon 3 scénarii d'évolution pour le département de l'Eure**



Quels enjeux ?

- Anticiper le vieillissement de la population facilitera l'adéquation entre l'offre et la demande dans le temps : un enjeu à considérer dès à présent.
- Un enjeu fort de prévention des effets du vieillissement pour le prochain schéma en direction des personnes âgées, puis d'accompagnement de la grande dépendance à l'horizon 2040.

D.

Quelques caractéristiques des publics : le niveau de ressources et les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

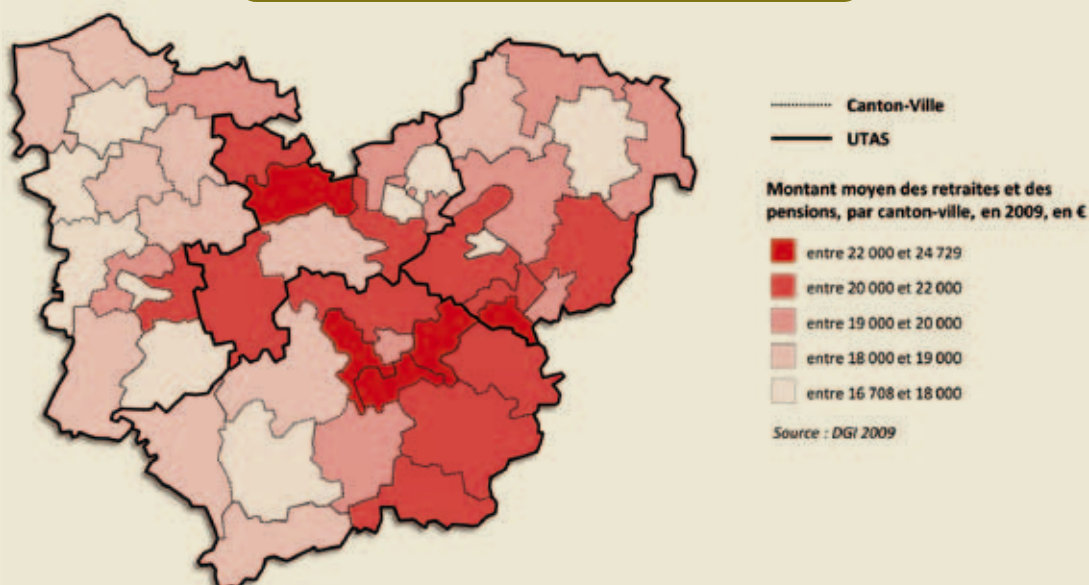
Quelques chiffres :

- Le niveau moyen de retraites et pensions par an et par personne est de 19 811€ dans le département de l'Eure.
- En moyenne, parmi les plus de 60 ans, 6 personnes sur 1 000 bénéficient de l'aide sociale départementale (en établissement ou aide-ménagère).
- L'APA à domicile représente pour le Conseil général de l'Eure une dépense de 21,7 millions d'euros de budget en 2012 pour 4850 bénéficiaires.
- 17,3% des personnes âgées de plus de 75 ans sont bénéficiaires de l'APA, soit un taux comparativement faible au regard des moyennes retenues.

a) Les niveaux de ressources des personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

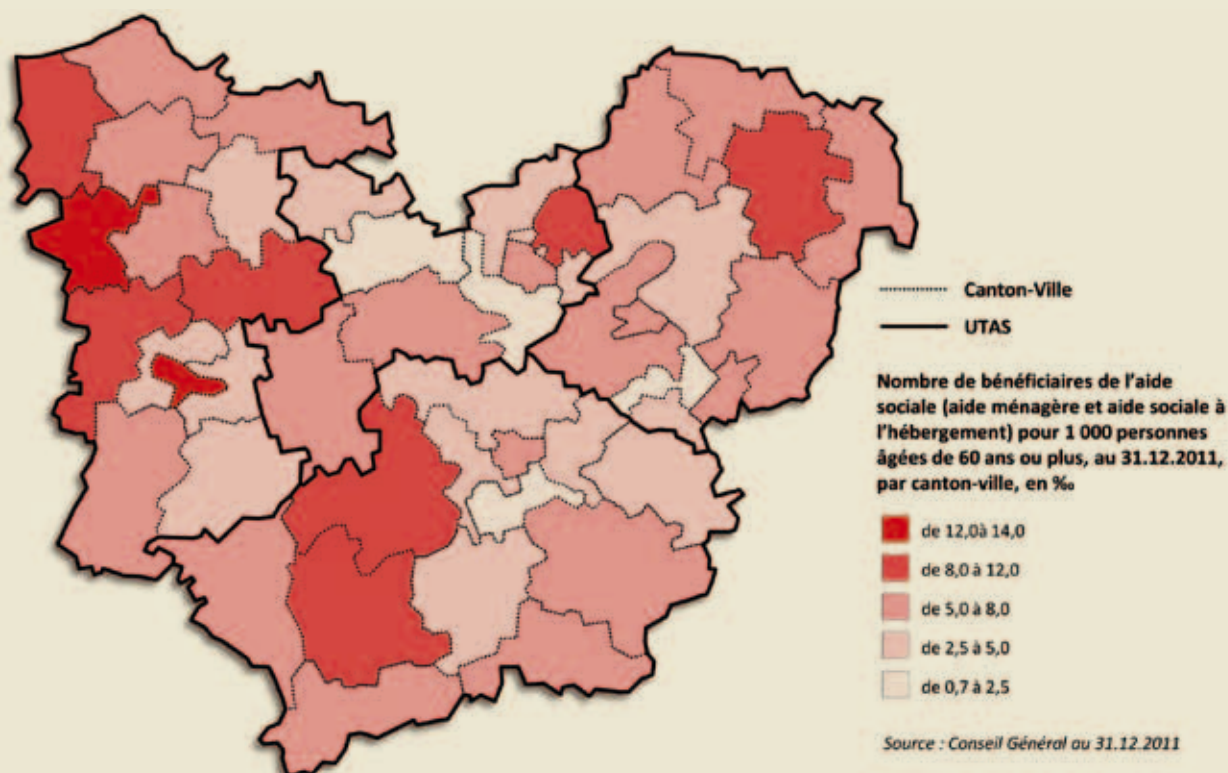
- Comme le montre la carte ci-dessous, les retraites et les pensions sont plus élevées dans les zones attractives du département, plus proches de l'Ile-de-France. L'ouest apparaît comme plus défavorisé.
- Le montant moyen des retraites et des pensions le plus élevé est affiché dans l'Unité territoriale d'action sociale (UTAS) d'Evreux, avec un écart-type¹² de 2 824 €.

Montant moyen des retraites et des pensions en 2009



(12) L'écart-type correspond à la moyenne des écarts. Plus un écart-type est important, plus les situations sont hétérogènes au sein de l'unité analysée, ici les UTAS. Plus il est réduit, plus la situation est homogène.

Les bénéficiaires de l'aide sociale



L'aide sociale départementale

L'**aide sociale départementale** s'adresse aux personnes aux revenus les plus faibles. On parle d'**aide-ménagère** quand le soutien du Conseil général intervient dans le cadre du maintien à domicile d'une personne âgée, et d'**aide sociale à l'hébergement** quand cette aide financière vient atténuer le coût à la charge de la personne en établissement.

Aide sociale départementale	Nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère	Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale en établissement	TOTAL Nombre de bénéficiaires de l'ASD
Evreux	19	216	235
Vernon	11	152	163
Louviers	17	94	111
Pont-Audemer	46	162	208
TOTAL	93	624	717

Source : services du Conseil général, 2011.

- En comparant la carte ci-dessus avec la carte concernant les montants moyens des pensions et retraites, on observe une corrélation entre de faibles retraites ou pensions et la répartition des allocataires de l'aide sociale départementale. Ainsi, de manière logique, la carte ci-dessus est inverse à celle des retraites les plus élevées. Elle met en lumière une surreprésentation dans l'UTAS de Pont-Audemer.
- 49% des bénéficiaires de l'aide-ménagère résident dans l'UTAS de Pont-Audemer.
- 35% des bénéficiaires de l'aide sociale en établissement sont domiciliés dans l'UTAS d'Evreux.
- Cette spécificité dans la répartition géographique peut être reliée à la couverture territoriale des établissements sur le département.

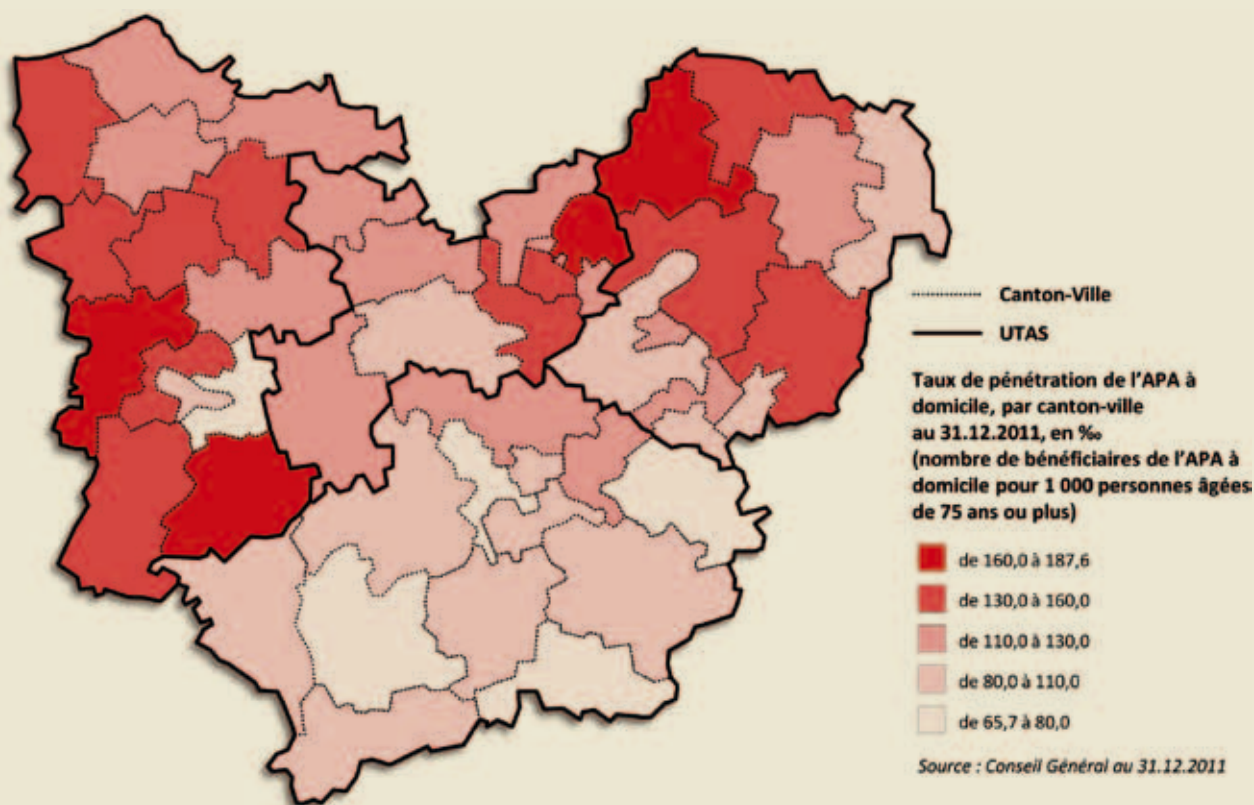
b) Les indicateurs de fragilité des personnes : le niveau de dépendance et les risques d'isolement



L'APA

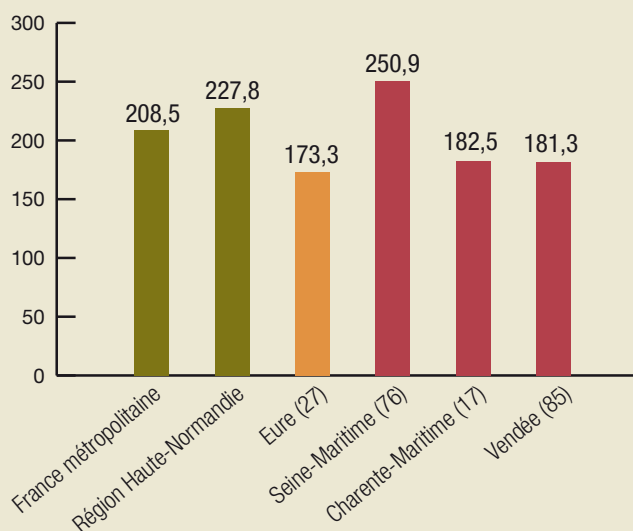
L'APA s'adresse aux personnes âgées de **60 ans et plus résidant à domicile ou en établissement** et confrontées à des situations de perte d'autonomie. L'APA est une allocation personnalisée répondant aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire. Elle n'est **pas soumise à condition de ressources** mais son calcul tient compte des revenus des bénéficiaires à travers le ticket modérateur (part que le bénéficiaire doit payer, entre 0% et 90% de l'allocation). Elle permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés.

Les bénéficiaires de l'APA à domicile

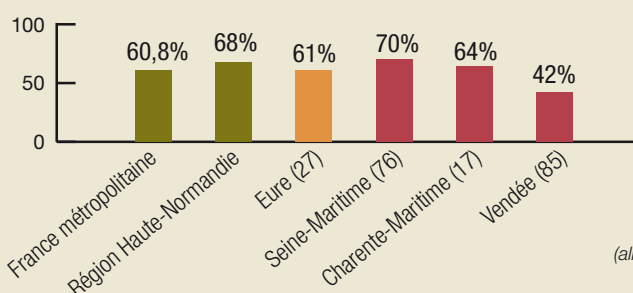


- Comme le montre la carte ci-dessus, les taux de pénétration de l'APA (soit le nombre d'allocataires pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans) par canton et par UTAS sont fortement hétérogènes. Les bénéficiaires sont concentrés dans la partie nord du département. Ces disparités peuvent questionner à la fois la communication sur le dispositif et notamment le relais par les acteurs locaux comme les SAAD, ou encore les profils socio-économiques des populations concernées.

Nombre d'allocataires de l'APA pour 1 000 personnes de plus de 75 ans



Part des allocataires de l'APA à domicile sur l'ensemble des bénéficiaires de l'APA



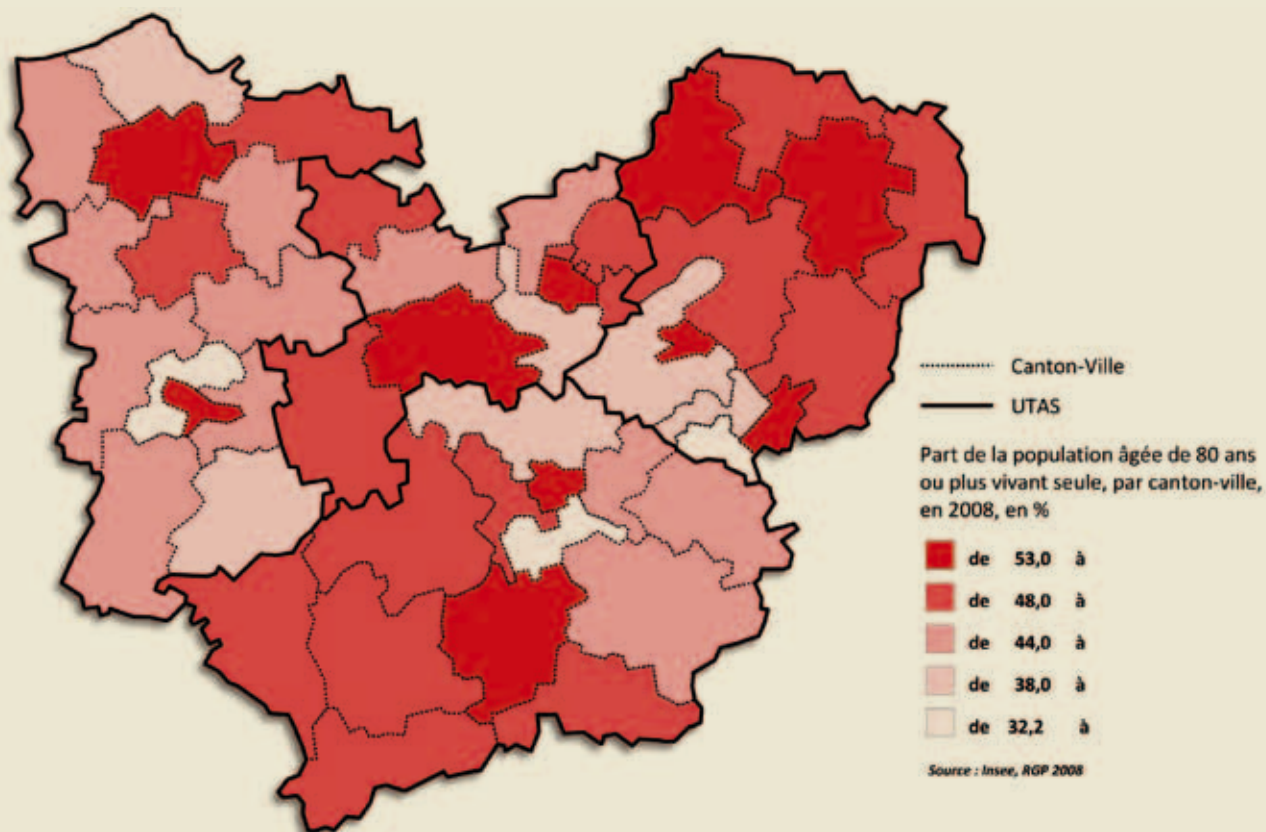
Sources : STATISS 2011
(allocataires au 01/01/2011).

APA	Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile	Part des bénéficiaires de l'APA à domicile	Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement	TOTAL Nombre de bénéficiaires de l'APA
Evreux	1 296	53%	1 139	2 435
Vernon	1 228	63%	714	1 942
Louviers	1 008	65%	538	1 546
Pont-Audemer	1 318	63%	761	2 079
TOTAL	4 850	61%	3 152	8 002

Source : services du Conseil général, 2011.

- Le nombre d'allocataires de l'APA dans le département de l'Eure (173,3 %) est comparativement inférieur aux ratios nationaux (208,5 %) et régionaux (227,8 %).
- La part de l'APA à domicile (sur l'ensemble des bénéficiaires de l'APA) dans l'Eure s'élève à 61% (donc 39% en établissement), ce qui est comparativement très proche de la moyenne nationale (60,8%) mais légèrement inférieur au taux régional (68,0%).

Les personnes de 80 ans et plus qui vivent seules à domicile



- Le versement de l'APA à domicile est à relier à la volonté croissante des personnes de rester à domicile, exprimée à travers différentes enquêtes depuis plusieurs années. Ce phénomène constitue un risque potentiel d'isolement des personnes âgées à domicile.
- La carte ci-dessus montre que sur dix cantons (les plus sombres), plus de la moitié des personnes âgées de plus de 80 ans vivent seules à leur domicile, jusqu'à 60% dans certains cantons. La moyenne départementale s'élève à 45%.

Quels enjeux ?

- Un enjeu fort en matière d'équité et d'accessibilité aux services au regard de l'hétérogénéité des conditions socio-économiques d'un territoire à l'autre.
- Le cumul des différents facteurs de fragilité (isolement social, ruralité, perte d'autonomie) des personnes âgées de l'Eure, appelle à la vigilance des acteurs du médico-social.
- Le nombre conséquent de personnes de plus de 80 ans vivant seules à domicile constitue un point de vigilance pour le Département et ses partenaires en matière de prévention et de repérage des situations complexes, mais questionne également l'accessibilité aux places en établissement (voir la partie relative aux établissements).



partie **3.**

ÉTAT DES LIEUX DU DISPOSITIF



A.

La vie à domicile

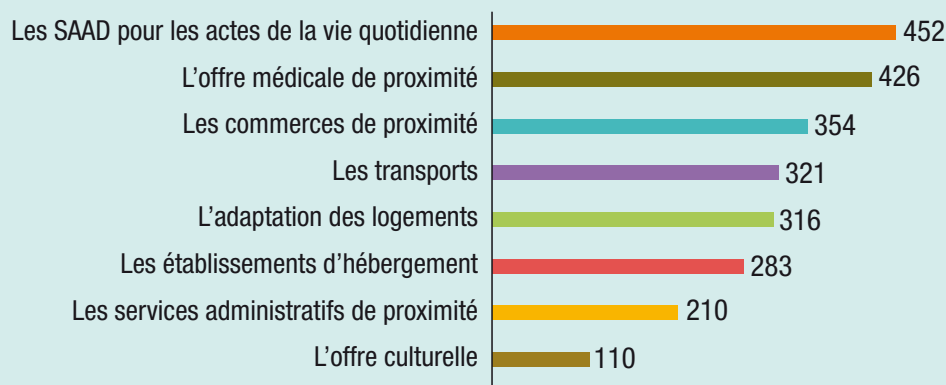
Quelques chiffres :

- 42 SAAD agréés par la DIRECCTE, dont 27 sont autorisés et tarifés par le Département.
- 75% des SAAD autorisés sont portés par des municipalités ou des intercommunalités de statut public (5 CCAS, 1 CIAS, 14 Communautés de communes, 7 associations).

Initiée notamment par la loi de 2005¹³, et confirmée par la volonté de vivre à domicile exprimée par une grande majorité des personnes qu'elles soient âgées ou en situation de handicap¹⁴, la notion de libre choix de la personne encourage à considérer les solutions de maintien à domicile comme primordiales. Pour répondre à cet enjeu, le Département a fait le choix de mettre en place une véritable politique d'aide au soutien à domicile en partenariat étroit avec la DIRECCTE.

Le regard des usagers

« Domaines qu'il faudrait développer pour améliorer le quotidien des personnes âgées »



Source : Analyse questionnaire « C l'Eure : construisons ensemble notre politique seniors ».

La problématique du maintien à domicile au cœur de l'accompagnement des personnes âgées au regard des réponses au questionnaire.

(13) Loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

(14) 90 % des Français préfèrent vivre à domicile que d'intégrer une maison de retraite, selon un sondage OpinionWay (réalisé auprès de 1 006 individus représentatifs de la population du 22 au 23 mars 2012, pour l'Observatoire de l'intérêt général).

a) Les SAAD

1 Les caractéristiques des SAAD dans le département de l'Eure



Les services d'aide et d'accompagnement à domicile et leur régulation

Il existe différents systèmes de régulation des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

1/ Le premier est le système de **l'agrément** : un service intervenant à domicile dépose un dossier auprès des services de l'État qui prouve qu'il respecte le cahier des charges de l'agrément fixé par décret (*Arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail*). Si la DIRECCTE accepte le dossier du service, il devient agréé, et obtient par cet agrément, le droit d'intervenir auprès de publics fragiles (personnes âgées, personnes en situation de handicap, enfants de moins de 3 ans).

2/ Les services d'aide à domicile (SAAD) peuvent demander aux Conseils généraux d'entrer dans le régime de **l'autorisation**. Par engagement réciproque, les SAAD autorisés et le Conseil général entretiennent dès lors, des rapports privilégiés, notamment à travers la tarification de leur activité.

Activité des SAAD autorisés

en nombre d'heures facturées	2010	2011	BP 2012
Minimum	12 578	12 512	10 450
Maximum	386 401	366 520	346 300
Moyenne	73 092	68 618	64 512
TOTAL	1 973 495	1 852 695	1 741 834

Source : services du Conseil général.

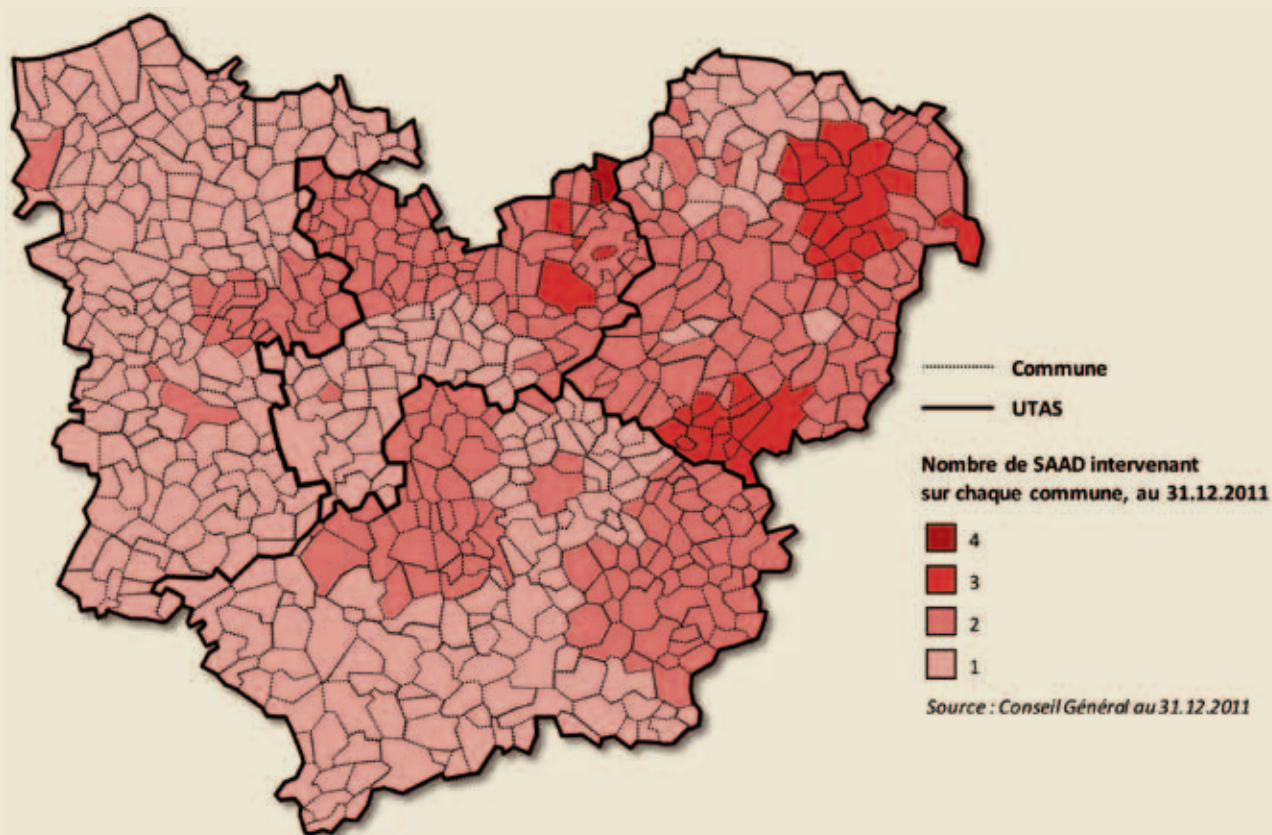
- Le nombre d'heures annuelles réalisées par chaque SAAD autorisés varie entre 12 512 et 366 520 heures en 2011, autour d'une moyenne de 68 618 heures.
- Parmi les 1 852 695 heures réalisées par les 27 services autorisés, on compte 1 350 000 heures qui relèvent du Conseil général dans le cadre l'APA, de la PCH et de l'aide sociale départementale à domicile (aide-ménagère), soit 73 % de leur activité
- Il ressort que la taille des services est particulièrement hétérogène avec une activité qui peut être jusqu'à 30 fois supérieure d'un service à l'autre.



Aide à domicile et emploi

Si l'on tente de chiffrer l'emploi nécessaire pour réaliser les 1 250 000 heures annuelles de prestations dans le cadre de l'APA et les 100 000 heures dans le cadre de la PCH, on peut estimer à environ 900 équivalents temps plein (ETP) l'emploi nécessaire. Sachant que toutes les heures de travail des aides à domicile ne sont pas des heures réalisées chez l'utilisateur (temps de trajet, formations, réunions...), on peut raisonnablement estimer nécessaires 1 000 ETP d'aides à domicile pour réaliser ces heures. Les SAAD constituent donc un considérable bassin d'emplois non délocalisables.

La couverture territoriale inégale par les services autorisés



■ Cette carte est à rapprocher de la répartition des personnes âgées sur le territoire et de la part des personnes âgées de plus de 80 ans vivant seules à domicile (présentée en partie 2 de ce document) :

- Sur le canton d'Etrepagny les réponses semblent à la hauteur des demandes pour accompagner une part considérable de personnes âgées seules à domicile.
- Les personnes résidant dans la moitié Ouest de l'UTAS d'Evreux et l'UTAS de Pont-Audemer trouvent peu de réponses diversifiées (un seul SAAD autorisé sur la majorité des communes des deux UTAS) alors que les enjeux d'isolement et de fragilité sont importants.
- A l'inverse, la carte met en évidence que le Nord du département a une couverture en SAAD plus satisfaisante. Plusieurs communes bénéficient de la présence de trois voire quatre SAAD pour répondre aux besoins de leurs habitants.

■ Une diversification progressive des activités des SAAD

La proximité des services d'aide et d'accompagnement à domicile avec les personnes âgées les a amenés à diversifier leurs activités afin de répondre à des besoins spécifiques, notamment ceux exprimés en milieu rural. Certains services ont ainsi développé des activités de portage de repas, ou encore de transport adapté pour faciliter les déplacements des personnes en perte d'autonomie et permettre leur soutien à domicile.

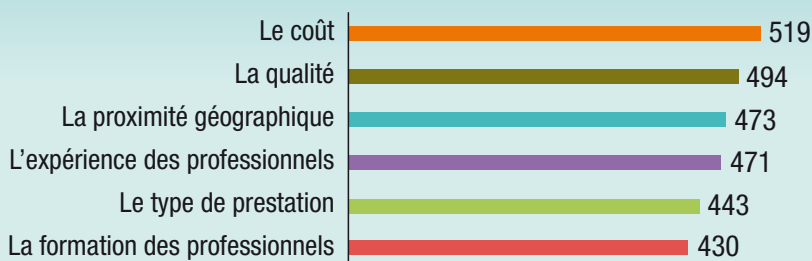
La diversification des services au profit d'une véritable palette d'offres, complétée par des solutions de sécurisation telles que la téléalarme (dispositif départemental qui concerne 650 eurois en 2012 et permet à la personne âgée en difficulté d'appeler les secours ou ses proches), constituent les conditions favorables pour un soutien à domicile optimal sur le territoire.

1 La nouvelle réforme de la tarification des SAAD

- Le secteur de l'aide à domicile connaît actuellement et depuis quelques années des difficultés financières importantes liées à :
 - Une contraction de la demande : les Conseils généraux ont tendance à limiter les plans d'aide APA pour maîtriser leurs dépenses,
 - Une solvabilisation de la demande imparfaite : les plans d'aide ne couvrent pas l'ensemble des besoins, phénomène amplifié par les tarifs croissants appliqués dans les services et donc un constat parfois de sous-consommation des plans d'aide pour limiter les restes à charge,
 - Des charges croissantes pour notamment professionnaliser les intervenants et moderniser la gestion des services, y compris pour les services autorisés avec des objectifs de performance et de productivité de plus en plus exigeants.
- Afin de répondre à une situation de tension économique mais également à un enjeu de transparence et d'équité entre les services et entre les usagers, le Conseil général a décidé en janvier 2012 de réformer la tarification en place depuis 2008. Après avoir défini une doctrine de tarification en 2008 en collaboration avec les SAAD (à travers des groupes de travail), le Conseil général a revu son projet et a initié une nouvelle méthode de définition des tarifs appliqués aux SAAD, permettant davantage de transparence et une rapidité dans la tarification. Depuis début 2012, en fonction de son appartenance au secteur public ou associatif et en fonction de sa masse salariale et du volume d'activité, chaque SAAD se voit appliquer un tarif horaire forfaitaire. Les frais de déplacements, les subventions autres et les charges spécifiques donnent lieu à des échanges individualisés pour répondre aux caractéristiques de chaque service.

Le regard des usagers

« Critères de choix en cas de recours à un SAAD ou à un établissement »



Source : Analyse questionnaire « C l'Eure : construisons ensemble notre politique seniors ».

Les répondants prennent en considération l'ensemble des critères proposés pour faire le choix d'un établissement ou de leur SAAD prestataire.

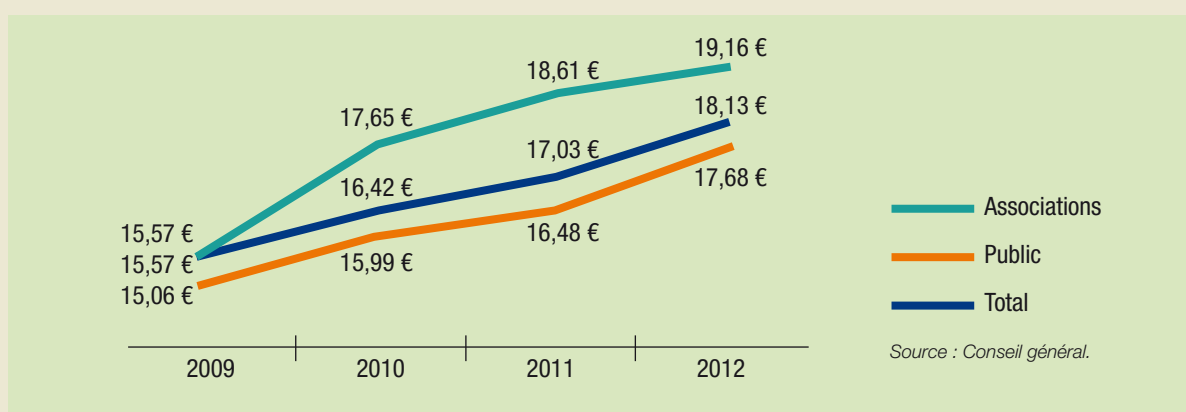
Le critère du coût est toutefois le plus cité.

Les répondants sont dans l'attente d'une prise en charge de qualité accessible financièrement.

année	TOTAL		Associations		Public	
	moyenne en €	écart type	moyenne en €	écart type	moyenne en €	écart type
2009	15,57 €	1,43	15,57 €	1,04	15,06 €	1,24
2010	16,42 €	1,32	17,65 €	0,61	15,99 €	1,23
2011	17,03 €	1,48	18,61 €	1,38	16,48 €	1,07
2012	18,13 €	1,29	19,16 €	1,19	17,68 €	1,00
taux d'évolution tarifs 2009-2012	16,44%		23,06%		17,40%	

Source : services du Conseil général.

Evolution des tarifs SAAD autorisés



- Cette nouvelle tarification permet ainsi de lisser les écarts de prix entre le secteur privé et le secteur public, avec un écart-type (tous SAAD autorisés confondus) qui passe de 1,48 en 2011 à 1,29 avec les tarifs 2012. Cette nouvelle tarification est aussi l'occasion de renouveler et d'enrichir le dialogue de gestion entre tarificateur et services autorisés.
- Une exigence croissante de performance pour les services, incarnée par :
 - Un contexte national de modernisation des services et de structuration du secteur.
 - Des outils de pilotage des services qui se renforcent : approfondissement du dialogue de gestion avec les tarificateurs.
 - Un déploiement d'outils tels que la télégestion pour améliorer le contrôle d'effectivité et le suivi des interventions.
- Au regard des enjeux de pérennité des services et de viabilité financière, et comme le prévoyait le précédent schéma, un système de télégestion a été mis en place avec le soutien de la CNSA pour tous les services autorisés¹⁵ à travers la convention de modernisation signée avec le Conseil général. Après avoir étudié différentes solutions techniques, Domiphone a été retenu et les modalités techniques de mise en œuvre ont été définies en interne. Le système de télégestion partagé a donc été installé au cours du mois d'avril 2011. A ce jour, des ajustements autant dans le paramétrage de l'outil, que dans son utilisation restent à parfaire.

(15) La convention signée avec la CNSA prévoit un financement du matériel, des coûts de fonctionnement et des formations sur 3 ans.

¶ Des efforts importants réalisés pour améliorer la qualité de service à domicile

- Le Conseil général a ainsi sollicité l'aide de la CNSA « dans le but de soutenir la modernisation, la structuration et la professionnalisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile, mais aussi pour développer l'offre de service notamment par le développement de l'accueil de jour, l'aide à la mobilité et l'adaptation des services »¹⁶. Un axe important de formation a été mis en œuvre, à la fois à destination des professionnels du domicile, mais également des professionnels d'encadrement. On note également la création du poste de référent Qualité au sein de la DSA.



Eléments de bilan des actions de professionnalisation :

Formation des aides à domicile

En 2009 et 2010, 55 personnes ont obtenu le titre complet Assistant de vie aux familles (ADVF), en parallèle, 28 personnes ont obtenu le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) en Validation des Acquis de l'Expérience.

Depuis 2006, 1 172 personnes ont suivi des modules de formation thématique.

Formation des professionnels d'encadrement

Des journées thématiques ont été proposées aux professionnels d'encadrement, telles que des journées de travail sur le cahier de transmission, sur les outils de la loi du 2 janvier 2002 (notamment l'évaluation interne), sur l'évaluation des compétences des aides à domicile ou encore la gestion des conflits.

En dépit de l'accent mis sur la professionnalisation et la valorisation des professionnels, le secteur reste toujours peu attractif sur plusieurs plans :

- Des contrats souvent à temps partiels et des conditions de rémunérations peu avantageuses,
- L'isolement et des temps de trajets importants,
- Une activité fatigante physiquement et moralement avec l'accompagnement de personnes très fragiles.



L'emploi direct

10% des heures d'APA attribuées environ sont réalisées par des salariés en emploi direct. Dans le respect du libre-choix de la personne, le Conseil général doit dès lors encourager et soutenir la qualité de ces prestations. En effet, une réflexion est en cours avec la Fédération nationale des particuliers employeurs (FEPEM) pour donner une plus grande visibilité de ce secteur au Conseil général tout en apportant des garanties de qualité de service aux usagers à travers l'installation d'un Relais pour les Assistants de Vie (encore en cours de réflexion).



Le département figure parmi les **60 pôles d'excellence territoriaux** issus du **concours national des villes** qui avait en 2010, pour thème, « **les aînés au cœur de nos villes et de nos territoires** ». La politique menée par le Conseil général à destination des personnes âgées a été valorisée par les membres du jury qui a pris en compte l'effort réalisé en matière de formations et de qualifications des professionnels intervenant à domicile.

(16) Bilan de la convention de modernisation CG-CNSA au 24.12.2011.

Quels enjeux pour les SAAD ?

- Des réflexions nationales sont également en cours sur le seuil de viabilité des services. L'objectif serait de trouver un équilibre entre : un volume d'heures suffisant pour assurer une continuité d'intervention (avec un dimensionnement des équipes qui permet d'absorber la demande) et être viable économiquement sur un marché aujourd'hui concurrentiel.
- Un enjeu de diversification de l'offre et de flexibilité des horaires pour prendre en considération les rythmes de vie des personnes âgées (couchers tardifs, levers tôt, passages de nuit...) surtout pour les CCAS/CIAS au regard des conditions d'emploi de la fonction publique territoriale.
- Pour respecter le cahier des charges de l'agrément, la continuité y compris le dimanche doit pouvoir être organisée : soit par le service lui-même s'il étend ses horaires d'intervention aux week-ends, soit en organisant un relais auprès d'un autre service en capacité d'intervenir.
- Une attention particulière est à porter sur les besoins des personnes âgées en milieu rural qui peuvent être plus diversifiés au regard de leur isolement et de l'éloignement des services de proximité ou commerces.
- L'accès équitable à une offre de portage de repas constitue un enjeu pour le prochain schéma notamment en milieu rural.
- Une problématique de lutte contre l'isolement des professionnels, inhérente aux temps de trajets relativement importants qu'ils effectuent régulièrement.
- Soutenir les services pour pallier leurs difficultés en matière de recrutement.

b) Les établissements non médicalisés pour les personnes âgées : les foyers-logements

Cette offre d'établissements non médicalisés¹⁷ pour les personnes âgées comprend les foyers logements (FL) et les MARPA, soit des logements individuels dans une enceinte collective pour personnes âgées non dépendantes. Par ailleurs, les résidents peuvent être accompagnés grâce aux interventions extérieures de SAAD, voire de SSIAD. Les personnes âgées qui résident dans les établissements non médicalisés sont considérées comme résidant à domicile.

Cette offre intermédiaire permet aux personnes âgées non dépendantes de vivre dans un cadre de vie sécurisé tout en gardant leur indépendance. Ces hébergements sont garants du maintien du lien social des personnes âgées par les animations qu'ils proposent et par la rupture de l'isolement qu'ils permettent.

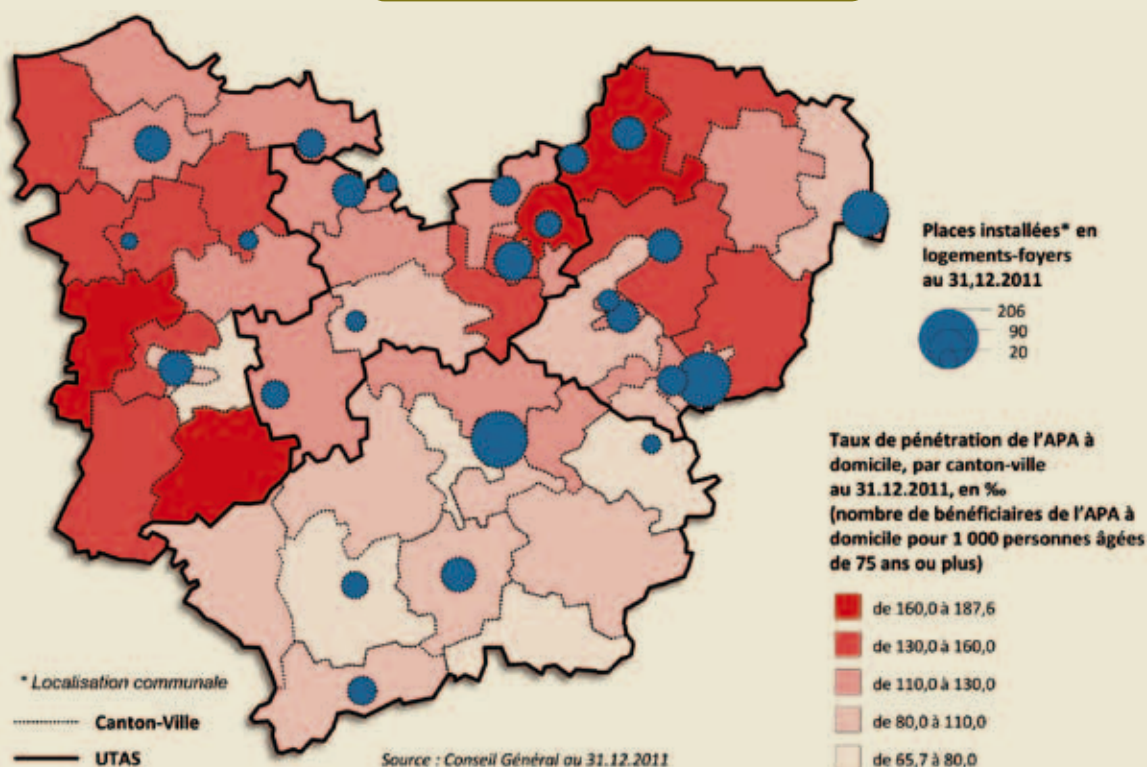
Les foyers-logements en chiffre :

- 1 736 places en foyer-logement soit un taux d'équipement moyen de 40 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans.

(17) Le détail de la localisation des logements en foyers est disponible en annexe de ce document.

- Une surreprésentation des foyers-logements dans les zones urbaines (voir carte ci-dessous).

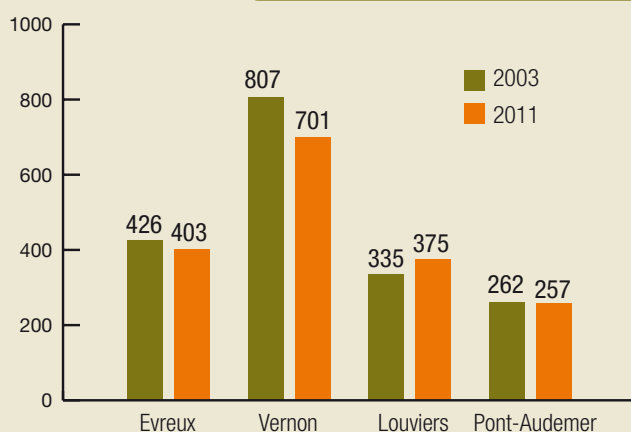
Répartition des places de logements-foyers



1 Evolution du nombre de logement en foyers entre 2003 et 2011

- Le nombre de places en foyer-logement est en diminution entre 2003 et 2011 sur presque tous les territoires à l'exception de l'UTAS de Louviers, soit 5% de places en moins sur la période.
- Cette baisse est due en partie à la démolition ou à la reconversion de foyers sur la période.

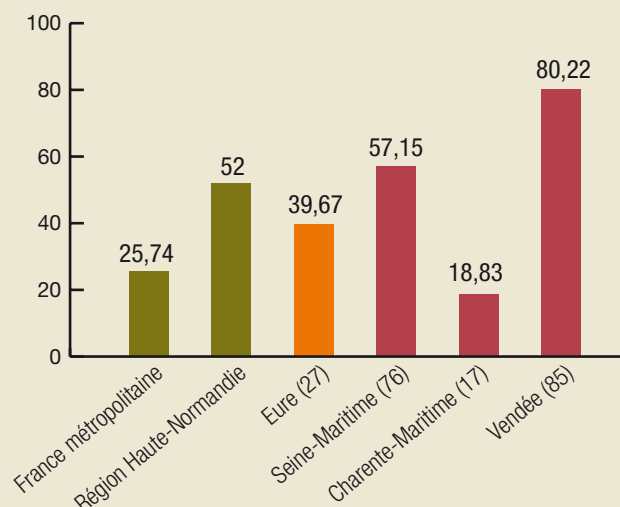
Evolution du nombre de logements en foyers entre 2003 et 2011



	2003	2011
Evreux	426	403
Vernon	807	701
Louviers	335	375
Pont-Audemer	262	257
total	1830	1736

Source : services du CG au 31-12-2011.

1 Comparaison des taux d'équipement en places de foyers-logements pour 1 000 personnes de plus de 75 ans



Le nombre de places de foyers-logements pour 1000 personnes de plus de 75 ans dans le département de l'Eure (39,67 places) est inférieur à celui de la Région Haute-Normandie (52 places) et supérieur à la France métropolitaine (25,74 places).

Sources : STATISS 2011
(logements installés au 01/01/2011).

Quels enjeux pour les foyers-logements ?

- Une problématique de maîtrise des niveaux moyens de dépendance des foyers-logements. En effet, de plus en plus de résidents sont classés en GIR 3 et 4 alors que le GMP (GIR Moyen Pondéré) des foyers-logements est plafonné par voie réglementaire à un GMP de 300.
- La question de la sortie des résidents de foyers-logements se pose dès lors que leur perte d'autonomie est avérée. Une coordination renforcée apparaît nécessaire pour assurer la continuité des accompagnements.
- Une problématique de vétusté du bâti et d'attractivité de certains établissements en partie résolue par de nouvelles constructions mais des travaux de modernisation à poursuivre.
- Un enjeu de diversification de l'offre par le développement de nouvelles formules de logements tels que les projets de MARPA portés par la MSA.

B.

L'offre de service en établissement

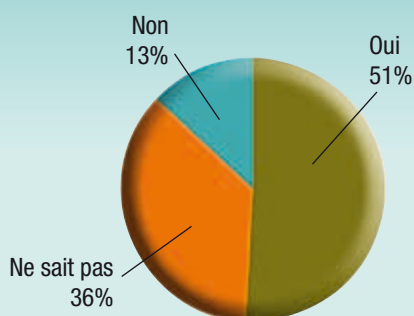
a) L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD et USLD)

Les EHPAD et USLD en chiffres :

- Le département de l'Eure compte au total **4 885 lits d'hébergement permanent autorisés** en EHPAD et en Unités de soins de longue durée (USLD) au 31.12.2011 (Source Conseil général).
- **Les établissements par statut juridique :**
 - 3 établissements associatifs,
 - 21 établissements publics (10 autonomes, 11 rattachés à un hôpital),
 - 18 établissements privés à buts lucratifs.
- **Les établissements habilités à l'aide sociale :**
 - 3340 places habilitées à l'aide sociale soit 73% des lits d'hébergement permanent,
 - 32 établissements sur 47 au total sont habilités à l'aide sociale.
- **Réalisation de travaux de rénovation :**
 - 8,8 millions d'euros ont été engagés par le Conseil général pour restructurer 14 établissements pour la période 2007-2011.

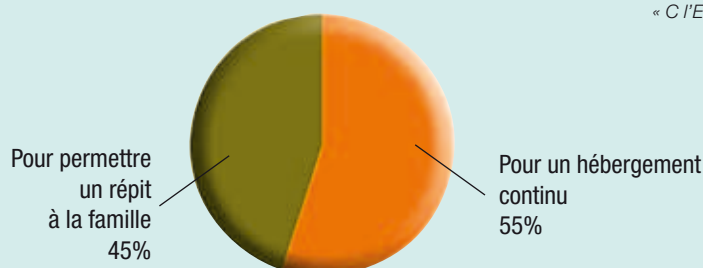
Le regard des usagers

« Si le maintien à domicile de l'un de vos proches ou de vous-même s'avérait problématique, envisageriez-vous un hébergement en EHPAD ? »



L'hébergement en EHPAD est perçu par les répondants comme la dernière solution face à un maintien à domicile problématique.

« Si oui, pour quelle raison ? »



Source : Analyse questionnaire
« C l'Eure : construisons ensemble notre politique seniors ».

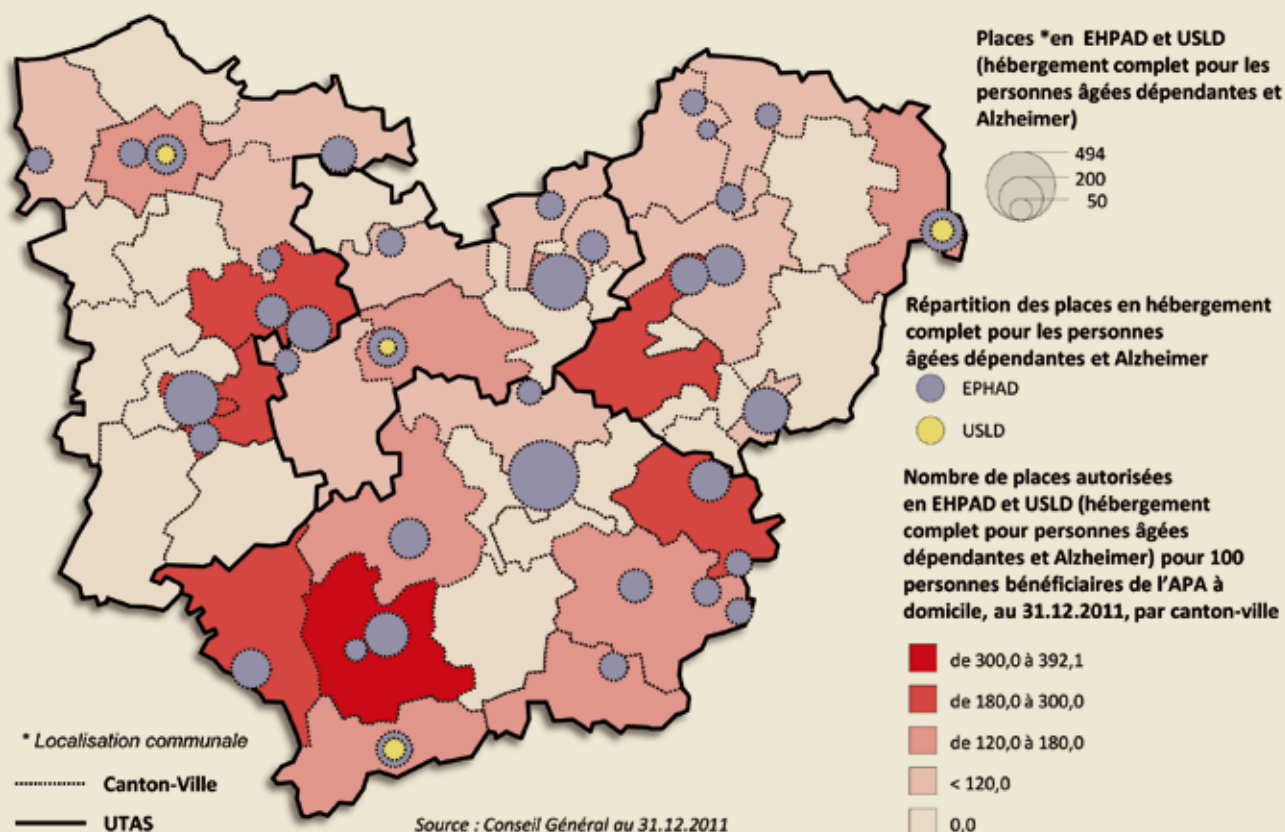
1 Récapitulatif du nombre de places autorisées par UTAS pour tout public (personnes âgées dépendantes et places dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer)

Tout public	Nombre d'établissement	Nombre de places autorisées Hébergement complet	Nombre de places autorisées Hébergement temporaire	Nombre de places autorisées Accueil de jour
Evreux	20	1739	19	75
Louviers	8	800	20	24
Vernon	10	995	10	36
Pont-Audemer	10	1211	18	24
TOTAL	48	4745	67	159

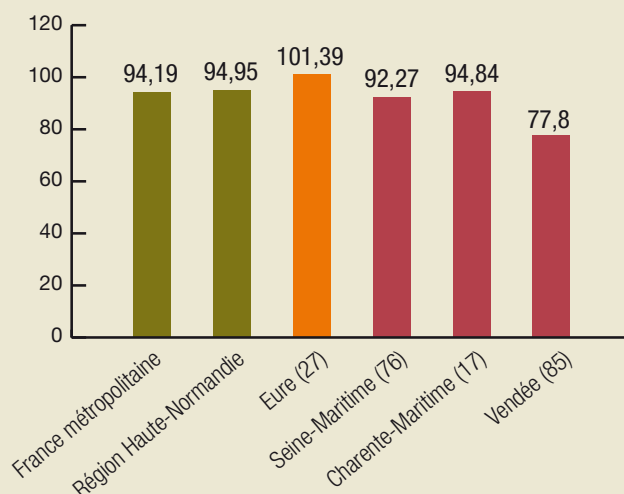
Une offre d'établissements médicalisés pour personnes âgées caractérisée par une dualité entre secteur public et secteur privé lucratif

La carte ci-dessous met en lumière des différences marquées entre les territoires en termes de taux d'équipement. Les franges nord-est et ouest du département apparaissent moins dotées que les autres territoires.

Répartition des places autorisées d'hébergement complet en EHPAD et USLD



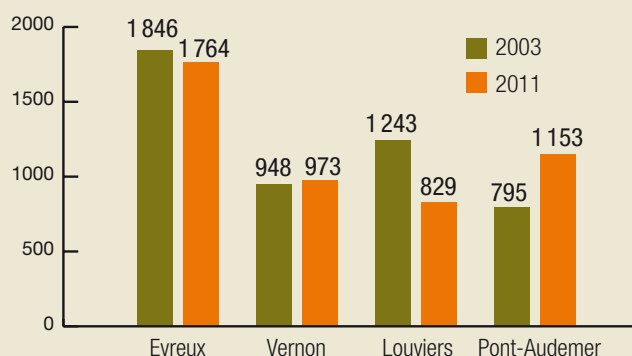
Nombre de lits d'hébergement permanent en EHPAD pour 1 000 personnes de plus de 75 ans



Le nombre de lits d'hébergement permanent ou complet dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour 1 000 personnes de plus de 75 ans (101,39 lits) est supérieur à toutes les données comparatives, tant au niveau régional (94,95 lits) que national (94,19 lits).

Source : STATISS 2011 (places installées au 01/01/2011).

Evolution du nombre de places installées en EHPAD et en USLD par UTAS entre 2003 et 2011 (hébergement complet)

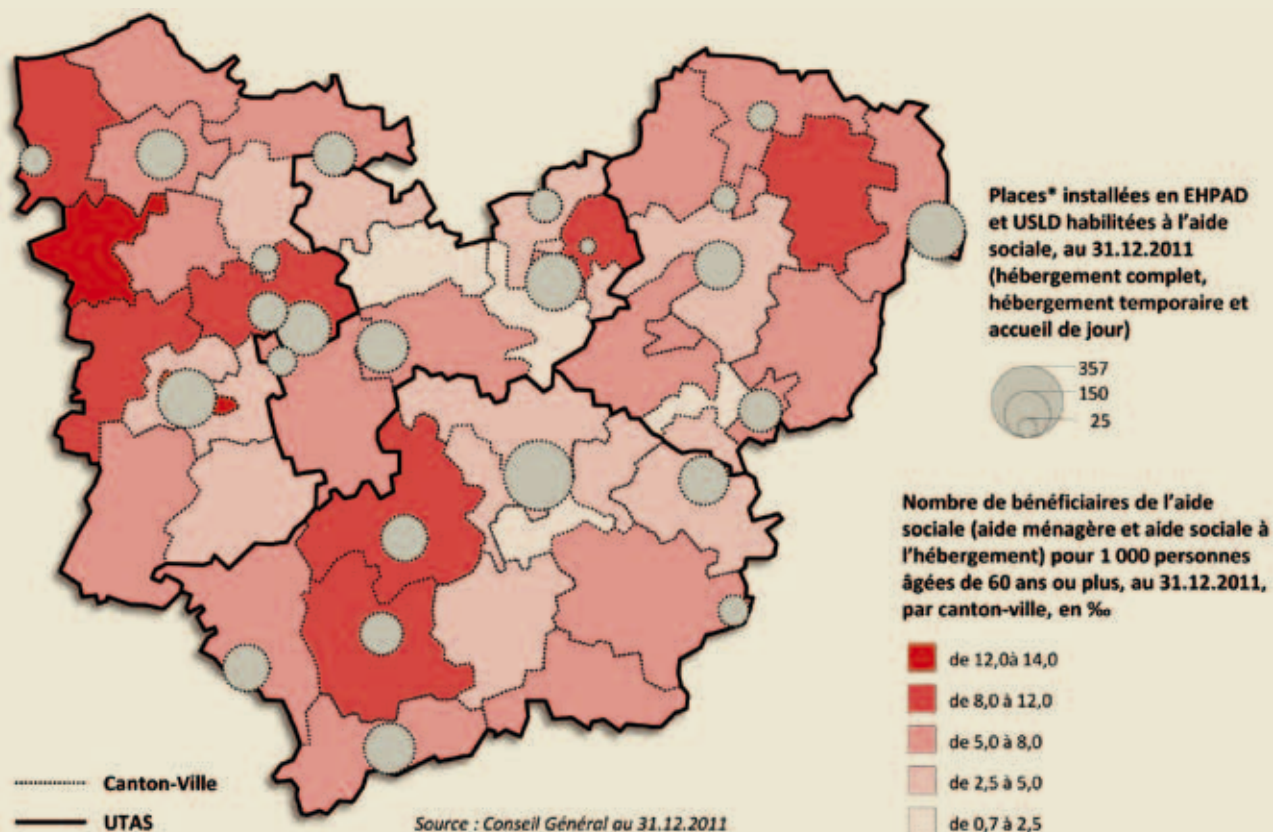


	2003	2011
Evreux	1 846	1 764
Vernon	948	973
Louviers	1 243	829
Pont-Audemer	795	1 153
total	4 832	4 719

Source : services du CG au 31-12-2011.

- La création de 358 nouvelles places entre 2003 et 2011 dans l'UTAS de Pont-Audemer est venue lisser ces disparités entre les territoires.

Répartition des places installées en EHPAD et USLD habilitées à l'aide sociale



Des taux d'occupation variables entre les établissements des quatre UTAS

On observe sur l'UTAS de Pont-Audemer une **pression sur l'offre beaucoup plus importante** (98% de taux d'occupation en 2011) que sur l'UTAS d'Evreux mieux dotée (taux d'occupation de 77%). Ces écarts notoires peuvent s'expliquer par l'accessibilité financière des établissements par secteur (voir ci-dessous), mais aussi par des taux d'équipement variables dans les différents territoires.

Taux d'occupation des EHPAD (2011)

UTAS Evreux	77%
UTAS Vernon	89%
UTAS Louviers	91%
UTAS Pont-Audemer	98%
Eure	87%

Une accessibilité financière difficile pour les Eurois :

- Si l'offre en EHPAD et en USLD est importante, il est apparu que l'adéquation entre les places habilitées à l'aide sociale et la population qui pourrait y prétendre n'est pas optimale : l'occupation des places habilitées à l'aide sociale par des personnes non bénéficiaires, présentant donc des ressources plus importantes, limite la portée de ce dispositif.
- Par ailleurs, on sait que la proximité du département de l'Eure avec l'Ile-de-France influence l'installation d'établissements au regard de l'attractivité qu'ils peuvent exercer sur la population francilienne.

b) La qualité des prises en charge et des accompagnements

- Le renforcement significatif des effectifs professionnels :
 - les créations de postes à travers les conventions tripartites ont permis sur une durée de 10 ans, de faire progresser considérablement les taux d'encadrement.
 - 450 ETP ont été créés, ce qui témoigne à la fois d'un souci de la qualité des prises en charge et du dialogue instauré entre chaque établissement et le Conseil général (et l'ARS concernant les EHPAD) par le biais des conventions tripartites signées entre 2003 et 2008 (en cours de reconduction pour une deuxième génération de convention).
 - Une diversification des professionnels dans les établissements par la création de postes d'animateurs (20 ETP).

GMP USLD 2011

Evreux	851
Vernon	721
Louviers	892
Pont-Audemer	868
Eure	833

GMP EHPAD 2011

Evreux	701
Vernon	696
Louviers	721
Pont-Audemer	720
Eure	707

GMP EHPAD 2011

Privés lucratifs	704
Associatifs	690
Publics autonomes	705
Publics hospitaliers	693

Source : Données Conseil général, 2010 et 2011.

- Le niveau moyen de dépendance en établissement varie de manière importante entre les territoires : sur les secteurs affichant des niveaux de ressources moins importants, le niveau de dépendance est supérieur.

En 2011, dans les EHPAD, les GMP vont de 696 à 721, avec une moyenne à 707, et dans les USLD, ils vont de 721 à 892, pour une moyenne de 833.

La caractéristique territoriale est plus déterminante que le statut juridique des établissements pour comprendre les écarts entre les niveaux de dépendance des résidents. Cet élément peut être rapporté au niveau de ressources moyen des seniors, qui influe sur leur possibilité d'entrée en établissement. Les personnes les moins dépendantes restent davantage à domicile et les établissements concentrent des personnes dont l'autonomie est moindre.

■ La mise en œuvre des démarches Qualité

Leur niveau d'appropriation au sein des établissements est très variable. Sans pouvoir qualifier de manière exhaustive l'avancée de ces travaux dans tous les établissements, il semble qu'un certain nombre d'établissements privés ont déjà entrepris des démarches qualité alors que les établissements publics peinent à investir cet enjeu.

Quels enjeux pour les EHPAD et les USLD ?

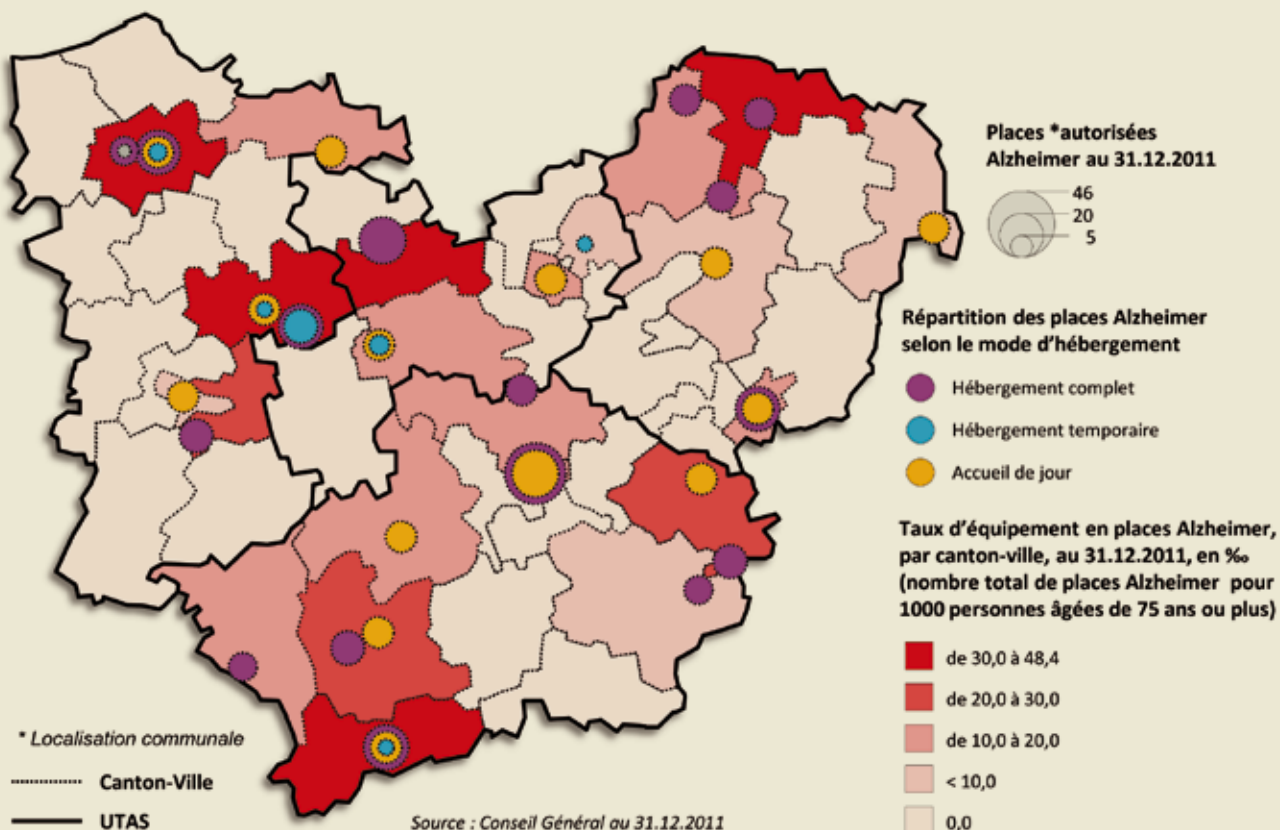
- Un travail sur les formations du personnel est à poursuivre pour assurer aux personnes âgées des prises en charge adaptées, au regard de l'évolution progressive des publics vers un niveau de dépendance particulièrement important. En effet, les GMP des établissements vont croissant, mais avec des écarts notoires entre territoires et entre statuts des structures.
- Un outil commun de gestion des places disponibles permettrait de mieux orienter les personnes âgées en fonction de leur profil, d'optimiser les équipements et de qualifier plus finement les besoins.

c) Une offre spécifique en direction des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer diversifiée et équitablement répartie sur le territoire

L'offre Alzheimer en chiffre :

- **301 lits autorisés en EHPAD**, spécifiques aux personnes présentant des troubles des fonctions supérieures.
- **159 places d'accueils de jours** autorisées au 31.12.2011
- **34 lits d'hébergement temporaire** sur 81 sont réservés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- **4 centres de consultation mémoire** représentant au total une file active de 1 174 personnes en 2011.
- Le Réseau Mémoire Eure installé au centre hospitalier d'Elbeuf, compte aujourd'hui une file active de 254 patients sur son secteur géographique (trans-départemental).
- 13 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) autorisés, une unité d'hébergement renforcée (UHR) médico-sociale et deux unités d'hébergement renforcées sanitaires qui sont en cours d'installation.
- Un projet de MAIA verra le jour sur l'UTAS d'Evreux, porté par le CLIC. D'autres projets de MAIA sont en cours de préparation pour venir compléter cette offre de coordination intégrée.

Répartition des places autorisées en EHPAD et USLD dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer



- Un effort significatif en termes d'offre dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a été réalisé, permettant ainsi des accompagnements variés et répartis de façon équitable sur le territoire départemental.
- Une volonté affichée d'adapter les prises en charge pour plus de flexibilité et de solutions « à la carte » pour les personnes âgées et leurs aidants.

■ ... en lien avec plusieurs réseaux de prévention et dépistage

- Les centres de consultations permettent d'identifier et de diagnostiquer les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de manière à leur proposer un accompagnement pertinent et de les orienter vers les bons interlocuteurs.
- La diversité de l'offre spécifique à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer constitue un atout, que l'installation d'une MAIA viendra optimiser autour d'Evreux.

Quels enjeux pour accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou de troubles apparentés ?

- Le taux d'équipement en établissement d'hébergement médicalisé est comparativement satisfaisant mais on observe des différences marquées entre les territoires. Un enjeu d'homogénéité des accompagnements entre les territoires se pose.
- Un des enjeux pour que ce nouveau dispositif apporte une forte plus-value sur le territoire, consistera à garantir la complémentarité entre les missions de la MAIA et celles des CLIC.
- Le réseau mémoire, à forte valeur ajoutée pour les professionnels comme pour les usagers, apporterait une plus-value supplémentaire si ses moyens lui permettaient de se déployer davantage.

C.

L'offre alternative entre le domicile et l'établissement

L'offre alternative en chiffre :

- **159 places d'accueil de jour** au 31-12-2011. Un effort considérable a été effectué avec le soutien de la CNSA à travers la convention de modernisation à partir de 2008.
- Les unités d'accueil de jour sont composées d'une douzaine de places pour répondre à la fois à une problématique de seuil (nombre minimum de personnes accueillies pour organiser un service), et à une volonté de conserver un dispositif « à taille humaine ».
- **81 lits d'hébergement temporaire**, dont 71 places ont été créées depuis 2002.

a) Les solutions de répit pour les aidants familiaux

L'accueil séquentiel est un outil indispensable dans le dispositif de maintien à domicile et du répit des aidants, il (hébergement temporaire et accueil de jour), répond à une volonté d'échapper au « tout domicile » ou « tout établissement ». L'offre séquentielle est un mode de réponse qui doit être articulé avec des accompagnements spécifiques de l'aidant familial pour limiter les risques d'épuisement et d'isolement. La CNSA rappelle à ce titre dans son rapport d'activités l'importance de proposer des solutions d'accompagnement 2011 en formulant des préconisations pour l'optimisation des offres spécifiques.



Qui sont les aidants familiaux ?

Un aidant peut être défini comme « *la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne* »¹⁸. Si la notion fait aujourd'hui consensus, elle est encore mal connue du grand public et les personnes concernées peinent à s'en réclamer au vu de l'absence de statut et de reconnaissance publique.



Qu'est-ce que le droit au répit ?

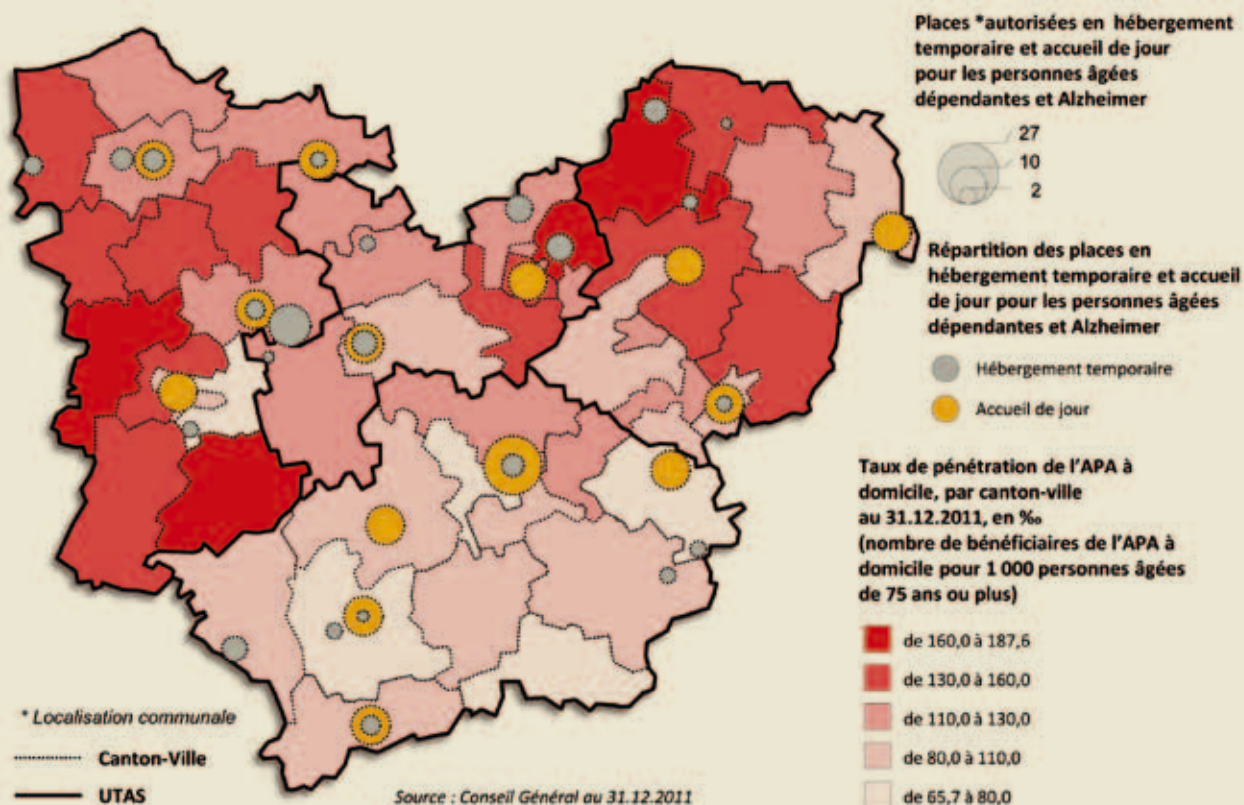
Le droit au répit fait l'objet de la mesure 1 « développement et diversification des structures de répit » du plan Alzheimer 2008 – 2012, qui précise l'importance de développer des structures d'accueil permettant aux aidants de souffler. L'accueil séquentiel est également indispensable à la stimulation cognitive des personnes âgées vivant au domicile, proposant des activités spécifiques en direction des personnes atteintes d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Le droit au répit doit être élargi à tous les aidants non professionnels ayant en charge une personne en perte d'autonomie.

(18) C'est ainsi que le terme aidant est défini dans le Guide de l'aidant familial, édité en 2007 par le Ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité ; cette définition est largement reprise dans les articles académiques ou travaux officiels. En outre, une définition de l'aidant familial est donnée dans l'article R 245-7 du code de l'action sociale et des familles afin de déterminer les aidants éligibles à un dédommagement dans le cadre de la PCH ; il ne concerne donc que les aidants de personnes handicapées.

Une offre déséquilibrée d'accueil séquentiel à destination des personnes âgées

- La répartition des places d'accueil séquentiel sur le territoire est équilibrée, avec des réponses existant sur chacun des quatre territoires infra-départementaux. Néanmoins, au regard du taux de pénétration de l'APA, on peut se demander si l'adéquation entre l'offre et le besoin des personnes âgées, en termes quantitatifs est assurée.

Accueil séquentiel pour les personnes âgées dépendantes et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer



L'accueil de jour : une offre très satisfaisante mais une occupation à optimiser et à dynamiser

- Les taux d'occupation demeurent faibles même s'ils tendent à augmenter peu à peu au fil des années. Les difficultés principales identifiées par les gestionnaires relèveraient à la fois d'un coût trop élevé des transports malgré le soutien de la CNSA et du Conseil général pour l'achat de véhicules dédiés, du fait que cette prestation ne soit que rarement intégrée aux plans d'aide APA (déjà totalement consommés par les bénéficiaires).
- Les accueils de jour sont destinés à des publics atteints de troubles cognitifs mais avec différents degrés d'expression, ce qui pose plusieurs questions :
 - Les projets thérapeutiques des accueils de jour ne peuvent plus être mis en œuvre à partir d'un certain stade de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, les personnes ne s'intégrant plus aux groupes et nécessitant un taux d'encadrement de un pour un. Les personnes doivent être refusées et

progressivement sortir du dispositif pour l'équilibre du groupe, ce qui pose la question de l'accompagnement si la personne ne peut intégrer une place d'accueil permanent, ou de son aidant si elle retourne à domicile.

- Les profils de bénéficiaires présentant des troubles cognitifs et l'accompagnement spécifique nécessaire limitent la possibilité d'accueillir d'autres publics âgés.
- La mixité au sein des groupes, avec des personnes à différents stades de la maladie et de la perte des repères, est très complexe : les personnes les plus alertes ne souhaitent pas de projeter et se mélanger avec des malades plus troublés, les professionnels ne peuvent pas proposer un accompagnement dissocié et multiple au regard des taux d'encadrement existants.

1 L'hébergement temporaire : un nombre de places qui apparaît insuffisant

- Il ressort que les places d'hébergement temporaire sont utilisées pour des besoins d'hébergement d'urgence, dénaturant ainsi la vocation d'offre alternative au maintien à domicile de ces places.
- De même, on constate régulièrement que ces places sont occupées par des personnes en attente de place en hébergement complet, avec un risque qu'elles ne trouvent pas de solutions permanentes avant la fin de leur séjour temporaire.

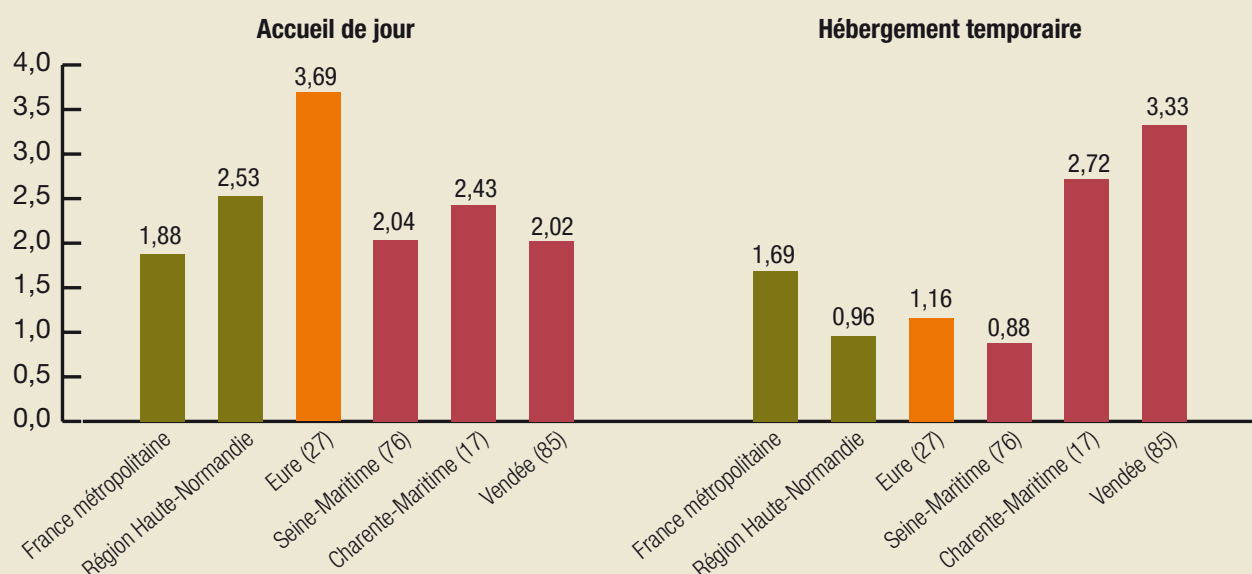


Cadre réglementaire de l'hébergement temporaire

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale confère un cadre légal à l'accueil temporaire qui englobe sous cette appellation : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. La loi est complétée par le décret d'application n° 2004-231 du 17 mars 2004 qui encadre les modalités de fonctionnement des accueils temporaire.

De manière plus spécifique, l'hébergement temporaire est un mode d'accompagnement qui se situe principalement sur le versant du soutien à domicile. En effet, la personne accueillie dans ce dispositif a vocation à retourner à domicile. Il représente une ou quelques courtes périodes dans le parcours de vie de la personne et de ses aidants. De plus, les situations de perte d'autonomie complexe engendrant pour les proches un besoin d'aide ponctuelle sont particulièrement concernées par l'hébergement temporaire.

Nombre de places d'accueil séquentiel pour 1000 personnes de plus de 75 ans



Source : STATISS 2011 (places installées au 01/01/2011).

- La comparaison des taux d'équipement en accueil séquentiel dans l'Eure et dans les départements de référence, confirme que le département est comparative-ment bien doté en accueil de jour avec 3,29 ‰ places, là où le taux d'équipement en hébergement temporaire est l'un des plus bas de l'échantillon avec 1,16 ‰ places contre une moyenne nationale à 1,69‰.

b) L'offre spécifique de soutien et d'accompagnement des aidants : des actions à redynamiser

■ Plusieurs actions à destination des aidants familiaux :

- Le programme Réseau d'aide aux aidants (RESAIDA) mis en place à titre expérimental par le Conseil Général en 2004 et rejoint par la MSA et la CARSAT.
- Le journal dédié aux personnes âgées et leurs aidants, créé par le Conseil général qui a pour objectif de « mieux informer, créer des passerelles, animer un réseau et aider celles et ceux qui peuvent se sentir isolées »¹⁹, publié depuis novembre 2011 à raison d'un numéro par trimestre environ. Son titre, « Tandem », évoque la relation entre la personne qui propose son aide et la personne qui la reçoit.

■ Les CLIC investis dans le repérage des aidants familiaux

- Bien que les CLIC aient constitué des bases de données recensant les coordonnées des aidants une fois identifiés, une difficulté demeure dans le repérage des aidants en besoin (exprimé ou non) d'accompagnement ou de soutien mais qui ne sollicitent pas le CLIC. Mieux les repérer permettrait de pouvoir prévenir les ruptures de prises en charge et accompagner en amont.
- L'étude AGALMA portant sur l'identification des leviers de recrutement des aidants bénéficiaires de l'APA révèle que les aidants reconnaissent l'intérêt des activités organisées par les CLIC mais renoncent à participer faute de relais auprès des aidés. Les auteurs de l'étude ont mis en lumière les différents besoins exprimés par les aidants :
 - Un besoin de reconnaissance.
 - Des besoins d'information et de conseils.
 - Des attentes spécifiques (soutien psychologique, soutien matériel, aide pour les démarches administratives, conseils juridiques et des formations spécifiques pour répondre aux besoins quotidiens de leur proche).

Quels enjeux pour une offre alternative ?

- **Un enjeu d'identification et de repérage des aidants en difficulté qui limite la portée des solutions d'accompagnement et de soutien aux aidants, le dispositif pourrait être redynamisé.**
- **Un travail de communication et de déculpabilisation auprès des aidants familiaux est à entreprendre pour faciliter le recours à ces solutions. De plus, ces unités étant rattachées à des EHPAD, cela pourrait contribuer à améliorer l'image des établissements auprès des personnes âgées et de leurs proches**
- **Réorienter/Développer l'offre d'hébergement temporaire en vue de constituer une véritable solution de répit pour les aidants.**

(19) Source : *Edito Tandem* n°1.

c) L'accueil familial

L'accueil familial en chiffre :

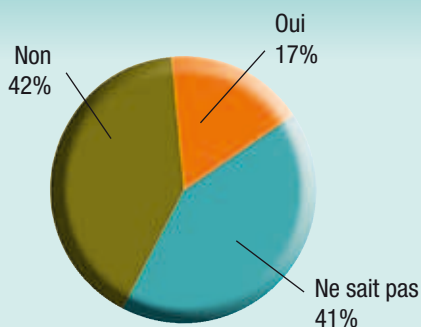
- 218 accueillants agréés au 31 décembre 2011.
- 124 personnes âgées accueillies.
- 39% des familles d'accueil se situent dans l'UTAS de Pont-Audemer.

L'accueil familial représente une réelle alternative entre la vie à son propre domicile et la vie en institution. Néanmoins, les modalités ont été réellement définies en 1989 - notamment en confiant la responsabilité des agréments au Président du Conseil général - puis avec la loi de modernisation sociale de 2002. Ce dispositif d'accueil familial qui consiste à accueillir à son domicile des personnes âgées, ou handicapées, à titre onéreux, et dans la limite de 3 personnes est relativement développé dans l'Eure au regard des autres départements.



Le regard des usagers

« Si le maintien à domicile de l'un de vos proches ou de vous-même s'avérait problématique, envisageriez-vous un hébergement en famille d'accueil ? »

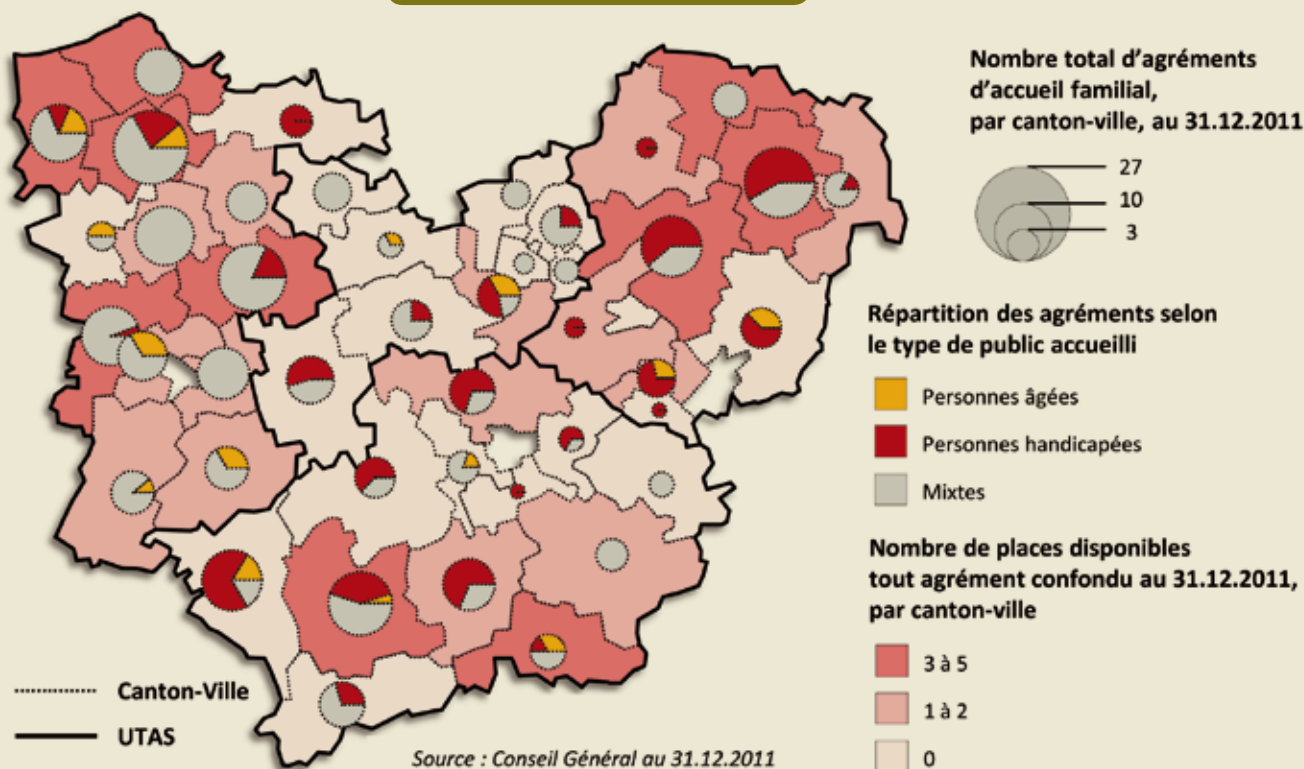


41% des répondants méconnaissent les prises en charge en famille d'accueil.

Ce constat interroge sur la visibilité et la connaissance du grand public de ce dispositif pourtant développé dans le département de l'Eure.

Source : Analyse questionnaire « C l'Eure : construisons ensemble notre politique seniors ».

La répartition des accueils familiaux



- Une répartition des accueils familiaux sensiblement hétérogène sur le territoire départemental. Les accueillants familiaux étant principalement regroupés sur l'UTAS de Pont-Audemer.

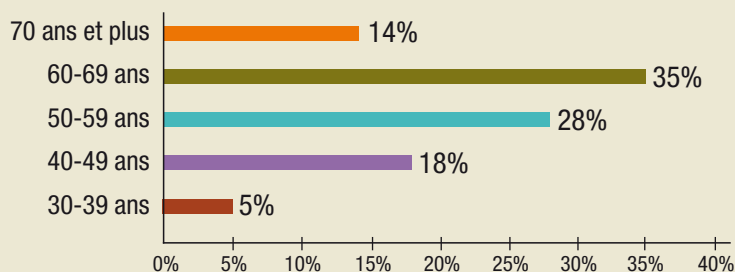
Tableau récapitulatif de l'accueil familial dans le département de l'Eure

UTAS	Evreux	Louviers	Pont-Audemer	Vernon	Total
Nombre d'accueillants	53	28	86	51	218
En %	24 %	13 %	39 %	23 %	
Nombre de personnes accueillies	92	53	141	58	344
En %	27 %	15 %	41%	17 %	
Dont Personnes âgées	24	23	66	11	124

Les accueillants :

Dans leur grande majorité, les accueillants sont des femmes à 89 %, 8 % des hommes, et 7 % des agréments sont délivrés à des couples.

Pyramide des âges des accueillants



Répartition des accueillants par tranche d'âge

30-39 ans	5%
40-49 ans	18%
50-59 ans	28%
60-69 ans	35%
70 ans et plus	14%

- 35% des accueillants sont dans la tranche d'âge des 60-69 ans. les 50-59 ans représentent quant à eux 28%.

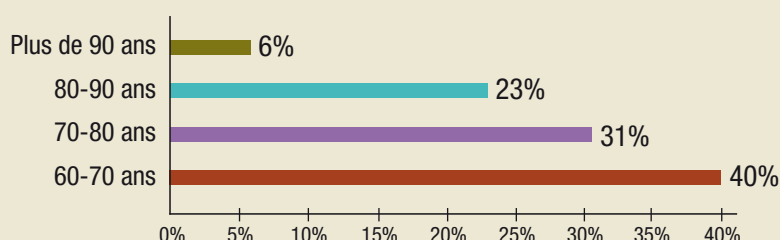
Les personnes accueillies

Les personnes âgées représentent 36% des personnes accueillies, les personnes handicapées étant davantage représentées. Par ailleurs, sur les 124 personnes âgées accueillies, 67% sont des femmes.

- Des disparités hommes/femmes apparaissent dans les différentes tranches d'âge. La surreprésentation des femmes dans les tranches d'âges 80-90 ans ainsi que dans celle des plus de 90 ans est à l'image de l'écart entre l'espérance de vie des femmes et des hommes.

- Le nombre d'accueillants familiaux est passé de 200 en 2005 à 218 en 2011, soit une évolution de 9 %. Néanmoins, il est à noter que l'augmentation des nouvelles demandes est plus importante, compte tenu du nombre d'accueillants ayant mis fin à leur activité, principalement pour des questions d'âge. En effet, depuis 2004, ce sont 109 personnes qui ont cessé leur activité. Le Département a ainsi procédé à 127 nouveaux agréments, soit environ 16 nouvelles familles chaque année.
- Ce secteur d'activité demeure néanmoins méconnu, bien que plusieurs actions de communication aient été réalisées telles que :
 - Présentation dans les forums : forum aide à domicile, forum des métiers, et lors de chaque réunion d'information organisée par les CLIC.
 - Réalisation d'une plaquette distribuée dans les mairies et chez les professionnels de l'action médico-sociale en 2006. Ce support de communication est en cours de réédition.
 - En 2010, Organisation d'une conférence relayée par la presse écrite et la radio.

Pyramide des âges des personnes accueillies



Répartition des accueillis par tranche d'âge

60-70 ans	40%
70-80 ans	31%
80-90 ans	23%
Plus de 90 ans	6%

■ La formation des accueillants comme garantie de la qualité des prises en charge :

- Dès 1998, et avant l'obligation légale, le Conseil général a mis en place des formations initiales. A ce jour, 202 familles d'accueil ont participé à ces formations qui sont désormais obligatoires. Néanmoins, elles n'ont pas été imposées à certaines personnes, agréées depuis très longtemps et qui ne souhaitent pas y participer.
- Par ailleurs, d'autres formations ont vu le jour dans le but de garantir la qualité des accompagnements telles que :
 - Des formations continues.
 - Des groupes de rencontres, avec la psychologue du service. Depuis 2003, ce sont 139 personnes qui ont participé à ces groupes de parole.
 - Des préparations à l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS) sont également proposées.

■ L'évolution des dispositifs :

- En 2011, création d'une structure Agapanthe, « employeur d'accueillants familiaux » pour développer l'accueil temporaire.

- En 2012, démarches par un groupe financier pour développer le concept de villas Edeniales, un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) est en cours dans le secteur de Beaumesnil pour la construction de logements de ce type, destinés à recevoir un accueillant et 3 accueillis.

Quels enjeux pour l'accueil familial ?

- Développer l'hébergement temporaire ou les solutions alternatives pour aider les accueillants familiaux.
- Développer de nouvelles formes d'accueil familial (de jour, de nuit, temporaire), pour faciliter les parcours des personnes âgées.
- Communiquer autour du métier, notamment pour anticiper les cessations d'activité en lien avec l'âge des accueillants.
- Favoriser l'intégration des accueils familiaux dans les réseaux des acteurs du secteur gérontologique et du handicap.
- Soutenir les accueillants afin de sécuriser les accompagnements.

D.

L'offre de soins

L'offre de soins en chiffre :

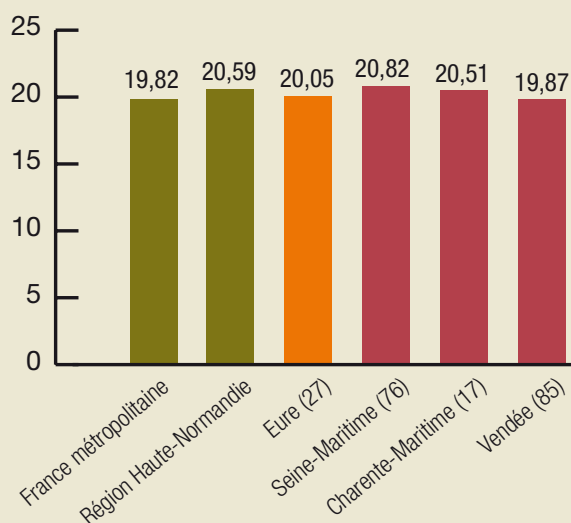
- 1,6 médecins généralistes et 4,2 infirmières pour 1 000 habitants dans le département de l'Eure (Source : STATISS 2011).
- 20 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans.
- 17 réseaux de santé²⁰ implantés dans la région Haute-Normandie qui apportent leur expertise sur des sujets spécifiques et viennent compléter l'offre gérontologique et gériatrique.

1 Une démographie médicale préoccupante

Dans l'ensemble du département de l'Eure, la démographie médicale est particulièrement préoccupante. Compte-tenu de la pyramide des âges des professionnels de santé et des professionnels paramédicaux, de nombreux départs à la retraite sont à prévoir au cours des prochaines années avec de grandes difficultés à organiser un relais vers des remplaçants.

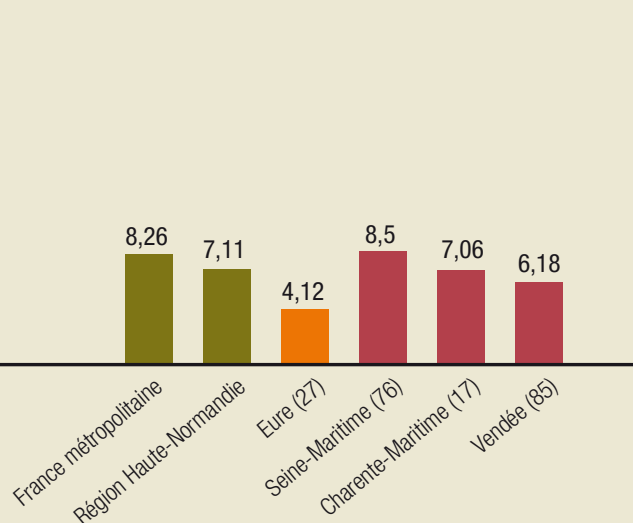
(20) On compte 23 réseaux de santé dans la Région, dont 4 Régionaux et 17 interviennent sur tout ou partie du département de l'Eure, notamment en ce qui concerne le public âgé des réseaux de soins palliatifs (Respa 27, Respect, et DouSolPa).

**Nombre de places de SSIAD
pour 1 000 personnes de plus de 75 ans**



Source : STATISS 2011 (nombre de places au 01/01/2011).

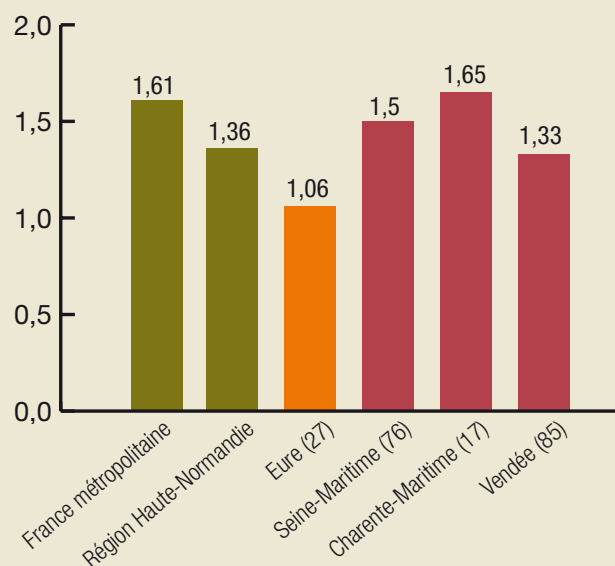
**Nombre d'infirmières libérales
pour 1 000 habitants**



Source : STATISS 2011 (nombre de professionnels au 01/01/2011).

■ Si le nombre d'infirmières pour 1 000 habitants est inférieur dans l'Eure aux données comparatives, L'ARS, dans le cadre du SROMS a fait un effort significatif en matière de développement de places de SSIAD. Le taux d'équipement actuel rattrape la moyenne régionale, avec un chiffre légèrement supérieur à la moyenne française.

**Nombre de médecins généralistes
pour 1 000 habitants**



Source : STATISS 2011 (nombre de professionnels au 01/01/2011).

Le nombre de médecins généralistes est également inférieur à toutes les autres données comparatives.

Le faible taux de médecins généralistes a pour conséquence :

- Diminution voir suppression des visites à domicile.
- Difficultés pour les nouveaux arrivants qui ne parviennent pas à trouver de médecin traitant.

¶ ...mais une offre sanitaire de proximité en développement

- **Quatre équipes spécialisées Alzheimer (ESA)** ont été installées pour couvrir l'ensemble du département (les objectifs sur le département sont donc atteints). Ces équipes sont gérées par :
 - L'ADMR d'Evreux
 - Le CH de Bernay/Pont-Audemer
 - Le CH de Gisors
 - Le CH d'Elbeuf/Louviers, intervenant sur les deux départements (Seine-Maritime et Eure).
- **Une équipe de géronto-psychiatrie** à vocation départementale a été créée pour assurer le lien entre les centres hospitaliers et les EHPAD.
- **Une équipe mobile d'évaluation gériatrique** travaille en collaboration avec les équipes d'évaluation gérontologique à domicile, sur demande, afin de faciliter l'évaluation des cas complexes. Un cahier des charges clarifie les modalités d'interventions et les critères qui justifient un recours à cette équipe, afin de maîtriser la charge de travail au regard des moyens humains mobilisables.
- **Le déploiement de filières spécialisées en gériatrie** constitue un véritable vecteur de coordination et facilite les prises en charge continues.
- Par ailleurs, **les réseaux locaux de prévention et de promotion de la santé** proposent notamment des formations professionnelles et accompagnent des projets collectifs de prévention, afin de soutenir les professionnels mais également de répondre à un enjeu de prise de conscience des citoyens et d'anticipation des difficultés.



partie **4.**

AXES STRATÉGIQUES ET PLAN D' ACTIONS DU PROCHAIN SCHÉMA



AXE 1

PRÉSERVER ET VALORISER LA PLACE DES PERSONNES AGÉES DANS LA SOCIÉTÉ

70

Les principales réalisations du précédent schéma.....	70
ACTION 1 : Faciliter l'intégration des personnes âgées dans la société.....	71
ACTION 2 : Diversifier l'offre de services.....	72
ACTION 3 : Favoriser le lien social et la mobilité des seniors et des personnes âgées dans l'Eure.....	73

AXE 2

GARANTIR AUX PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES UN PARCOURS DE VIE RESPECTUEUX ET BIENTRAITANT

74

Les principales réalisations du schéma départemental précédent.....	74
ACTION 4 : Adapter l'offre d'hébergement à l'évolution des besoins des personnes âgées.....	76
ACTION 5 : Diversifier l'offre d'accueil séquentiel et alternatif.....	77
ACTION 6 : Étendre l'offre d'aide et d'accompagnement à domicile.....	78
ACTION 7 : Renforcer la coordination des dispositifs et des acteurs pour assurer la cohérence et la continuité des accompagnements.....	79
ACTION 8 : Favoriser la co-responsabilisation des acteurs dans l'accompagnement des situations complexes.....	80
ACTION 9 : Garantir la qualité de prise en charge à domicile et en établissement.....	81

AXE 3

S'ASSURER DE L'ACCESSIBILITE DES SERVICES AUX PERSONNES AGÉES

82

Les principales réalisations du schéma départemental précédent.....	82
ACTION 10 : Créer un observatoire de la dépendance.....	83
ACTION 11 : Optimiser l'information et l'accueil des personnes âgées et des familles.....	84
ACTION 12 : Faciliter l'accès aux dispositifs d'aide sociale.....	85

AXE 4

SOUTENIR LES PROFESSIONNELS ET LES AIDANTS

86

Les principales réalisations du schéma départemental précédent.....	86
ACTION 13 : Poursuivre la politique de professionnalisation en élargissant les thématiques et en mixant les publics.....	87
ACTION 14 : Améliorer les mutualisations et collaborations entre les professionnels.....	88
ACTION 15 : Poursuivre la démarche de soutien aux aidants pour tous publics.....	89



Le schéma à destination des personnes âgées du Département de l'Eure s'articule autour de :

Trois priorités départementales :

- Soutenir et restructurer le secteur de l'aide à domicile.
- Définir de nouvelles modalités de coordination de l'action.
- Organiser et diversifier l'offre d'hébergement dans une logique de parcours.

Quatre axes stratégiques :

- Préserver et valoriser la place des personnes âgées dans la société.
- Garantir aux personnes âgées dépendantes un parcours de vie respectueux et bienveillant.
- S'assurer de l'accessibilité des services aux personnes âgées.
- Soutenir les professionnels et les aidants.

Quinze actions pour mettre en œuvre les axes stratégiques du schéma

- Le schéma départemental articule et planifie les principales actions du Département suivant les axes stratégiques et les priorités départementales que s'est fixé le Département.

Le bilan du précédent schéma :

- Les principales réalisations du précédent schéma figurent par thématique en introduction des quatre axes stratégiques du plan d'actions. Ce bilan a vocation à éclairer les orientations retenues pour le schéma 2013-2017 qui s'inscrivent dans la continuité des actions menées par le Département de l'Eure.

Quelques clés de lecture des fiches actions

Quelques chiffres, résultats du questionnaire "construisons ensemble notre politique seniors".

Encourager, inciter, solliciter l'ensemble des parties prenantes pour mener à bien les objectifs opérationnels fixés dans le plan d'actions.

Le Département interviendra pour faciliter une relation ou la compréhension d'une situation.

Figure dans cette rubrique l'ensemble des parties prenantes à l'action. A l'exception du Conseil général qui est de fait impliqué.

L'échéance de chaque mise en œuvre est précisée dans cette rubrique.

La mise en relation avec les autres documents directeurs du Département est indiquée dans cette rubrique.

Sont indiquées ici les autres actions du schéma auxquelles participe la fiche-action.

Cette action participe également aux fiches 1-3-4-5-7-13-15

AXE 1
PRÉSERVER ET VALORISER LA PLACE DES PERSONNES AGÉES DANS LA SOCIÉTÉ

Action 2
Diversifier l'offre de services

CONTEXTE

Une offre de service diversifiée contribue à lutter contre l'isolement et participe à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Pour un maintien à domicile efficace, les prises en charge doivent d'une part couvrir les besoins d'accompagnement quotidiens et d'autre part répondre à des besoins plus ponctuels pour sécuriser le domicile (petits travaux par exemple). L'utilité sociale de ce dispositif réside également dans l'évitement de situations d'isolement permanent (lequel est souvent générateur de syndrome de glissement vers la perte d'autonomie).

En outre, l'ouverture des établissements vers l'extérieur contribue à revaloriser l'image de ces structures et à faciliter le lien entre les personnes âgées à domicile et en établissement.

À la question « Connaissez-vous les différents dispositifs existants pour les personnes âgées ? », le portage de repas a été le plus cité parmi les dispositifs d'accompagnement proposés (70% des réponses).

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Soutenir et développer les initiatives de diversification d'offres de services à domicile.
- Ouvrir les établissements vers l'extérieur.

MISE EN ŒUVRE

- Valoriser et encourager les initiatives de diversification d'offres de services à domicile : portage de repas, petits travaux...
- Favoriser un volet « Bien vieillir » sur le territoire qui pourra se traduire par la réalisation de projets mis en lien avec les communes et intercommunalités.
- Favoriser la mise en relation des acteurs locaux (communes, EHPAD, FL, centres hospitaliers, etc.) et intercommunalités.
- Poursuivre et soutenir les initiatives de diversification des services à disposition de leurs usagers (portes ouvertes et ateliers, etc.)
- Inciter les établissements et services à participer à l'organisation des manifestations Grand public (exemple : fête de la peinture, fête des bibliothèques).

Les objectifs opérationnels ont été validés par le Conseil général suite à la tenue des assises des solidarités et des conférences territoriales.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RÉSULTATS

- Nombre de projets de territoire avec un volet « Bien vieillir ».
- Bilan de la diversification des services (nombre de services, type de services...).
- Nombre de personnes âgées extérieures aux établissements bénéficiant des services proposés dans les structures.

MOYENS

- Accompagnement en matière d'ingénierie dans les projets de territoire : Conseil Général, communes, intercommunalités.
- Financement des contrats locaux de santé : ARS.
- Moyens humains de coordination : Gestionnaires des établissements et des services, MSA, CARSAT.

POSITION DU DÉPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Communes
- Intercommunalités
- Gestionnaires des établissements et des services
- CARSAT
- MSA
- CODERPA
- ARS

ÉCHÉANCES

- Sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création
- Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma départemental d'aménagement numérique.

AXE 1

PRÉSERVER ET VALORISER LA PLACE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA SOCIÉTÉ

Les principales réalisations du schéma départemental précédent :

→ Une information renforcée en direction des personnes âgées et de leurs proches

- La mise en place des CLIC a fortement participé au développement de l'information de proximité.
- La thématique de la place des personnes âgées dans la société est prise en compte dans le programme des actions collectives chaque année.
- La création de la revue Tandem envoyée régulièrement (tous les deux mois) aux seniors et aux personnes âgées. Cet outil constitue un véritable canal de communication et d'information pour faire connaître les actions du Département.
- La diffusion régulière de plaquettes d'information.

→ L'animation dans les EHPAD a constitué un axe fort de la politique menée par le Département

- Le recrutement de 23 ETP d'animateurs lors des dernières conventions tripartites a favorisé la réalisation d'animations, garantissant ainsi le maintien du lien social des personnes âgées résidant en établissement.

→ Une ouverture réussie des établissements vers l'extérieur

- Des actions et des animations ouvertes à des personnes extérieures à l'établissement ont été organisées, intégrant ainsi les établissements dans la vie de la cité (fête de la peinture, actions intergénérationnelles).
- Des sorties vers l'extérieur sont également programmées pour les résidents.

Action 1

Faciliter l'intégration des personnes âgées dans la société

CONTEXTE

Le Département souhaite valoriser la place des personnes âgées dans la société. A cet effet, il pilote un certain nombre d'actions qui visent à faciliter le lien entre la personne et son environnement. Ce sont ces initiatives qu'il s'agit de poursuivre et de promouvoir, notamment en redonnant du sens et du contenu aux liens entre les générations ou en diversifiant les actions de prévention.

Par ailleurs, bien que pilote, le Département doit pouvoir s'appuyer sur un réseau partenarial dense afin de favoriser l'émergence d'échanges et d'initiatives sur l'ensemble du territoire.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Soutenir et développer les initiatives de lutte contre l'isolement.
- Faciliter le lien entre les personnes âgées à domicile et celles qui sont en établissement.

MISE EN ŒUVRE

- Mener des actions intergénérationnelles (partage de savoirs, groupes de rencontres...).
- Permettre aux personnes âgées de participer à la vie sociale : café des âges, associations, CODERPA... en favorisant le parrainage des personnes isolées par des personnes âgées déjà intégrées dans des actions d'animation.
- Mener des débats de société dans une logique de partenariat.
- En lien avec l'ARS, inciter les acteurs locaux à diversifier les actions de prévention de la santé prévues dans le schéma régional de prévention.
- Promouvoir les activités physiques.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RÉSULTATS

- Nombre d'actions territoriales et partenariales et nombre de participants.
- Nombre d'actions de prévention réalisées par les différents partenaires de manière autonome ou collective.

MOYENS

- Moyens humains de coordination : Conseil Général, ARS, CARSAT, MSA.

POSITION DU DÉPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Associations
- Gestionnaires des établissements et services
- Partenaires de l'action sociale
- CARSAT
- MSA
- ARS
- CODERPA/Aînés ruraux

ÉCHÉANCES

- Sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création
- Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma départemental d'aménagement numérique.

Cette action participe également aux fiches 2-11-15

Action 2

Diversifier l'offre de services

CONTEXTE

Une offre de service diversifiée contribue à lutter contre l'isolement et participe à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Pour un maintien à domicile efficace, les prises en charge doivent d'une part couvrir les besoins d'accompagnement quotidiens et d'autre part répondre à des besoins plus ponctuels pour sécuriser le domicile (petits travaux par exemple). L'utilité sociale de ce dispositif réside également dans l'évitement de situations d'isolement permanent (lequel est souvent générateur de syndrome de glissement vers la perte d'autonomie).

En outre, l'ouverture des établissements vers l'extérieur contribue à revaloriser l'image de ces structures et à faciliter le lien entre les personnes âgées à domicile et en établissement.



À la question « Connaissez-vous les différents dispositifs existants pour les personnes âgées ? », le portage de repas a été le plus cité parmi les dispositifs d'accompagnement proposés (70% des réponses).

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Soutenir et développer les initiatives de diversification d'offres de services à domicile.
- Ouvrir les établissements vers l'extérieur.

MISE EN ŒUVRE

- Valoriser et encourager les initiatives de diversification d'offres de services à domicile : portage de repas, animations à domicile, jardinage et petits travaux...
- Favoriser un volet « Bien vieillir » dans le cadre des projets de territoire qui pourra se traduire par la réalisation d'un diagnostic partagé. Ce volet pourra également être mis en lien avec les analyses de besoins sociaux réalisées par les communes et intercommunalités. Il sera également possible d'inclure dans cette contractualisation des acteurs locaux œuvrant dans le secteur gérontologique (EHPAD, SAAD, FL, centres hospitaliers...), en cohérence, le cas échéant, avec le contrat local de santé.
- Poursuivre et soutenir l'ouverture des établissements vers l'extérieur par la mise à disposition de leurs locaux (réunions, colloques, animations...). Généraliser les portes ouvertes et inciter les structures à conventionner avec des associations locales et des établissements scolaires pour partager des expériences communes.
- Inciter les établissements et services à participer à l'organisation des manifestations Grand public (exemple : fête de la peinture, fête des bibliothèques).

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RÉSULTATS

- Nombre de projets de territoire avec un volet « Bien vieillir ».
- Bilan de la diversification des services (nombre de services, type de services...).
- Nombre de personnes âgées extérieures aux établissements bénéficiant des services proposés dans les structures.

MOYENS

- Accompagnement en matière d'ingénierie dans les projets de territoire : Conseil Général, communes, intercommunalités.
- Financement des contrats locaux de santé : ARS.
- Moyens humains de coordination : Gestionnaires des établissements et des services, MSA, CARSAT.

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Communes
- Intercommunalités
- Gestionnaires des établissements et des services
- CARSAT
- MSA
- CODERPA
- ARS

ÉCHÉANCES

- Sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création
- Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma départemental d'aménagement numérique.

Cette action participe également aux fiches 1-3-4-5-7-13-15

Action 3

Favoriser le lien social et la mobilité des seniors et des personnes âgées dans l'Eure

CONTEXTE

Une offre de transport suffisamment développée conditionne en grande partie la lutte contre l'isolement, notamment en milieu rural. L'absence de transport est parfois susceptible d'entraîner un renoncement aux soins. En outre, cette problématique semble prégnante dans le département où 45% des personnes âgées de plus 80 ans vivent seules (source : Insee).



Les CLIC mènent des actions de prévention et des animations à destination des personnes âgées dans le cadre du programme « Bien vieillir ». Cependant, seulement 24% des répondants au questionnaire « Construisons ensemble notre politique seniors » déclarent connaître les actions du « Bien vieillir ».

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Faciliter l'accès des seniors et des personnes âgées à une offre de transport adapté.
- Développer la prévention auprès des seniors/personnes âgées dans une démarche partenariale.

MISE EN ŒUVRE

- Répertoire et valoriser les dispositifs de transports adaptés existants pour susciter la demande.
- Soutenir la création de dispositifs de transport collectif adapté.
- S'appuyer sur les dispositifs de transport existants au sein des établissements pour améliorer la mobilité des personnes âgées.
- Mettre en lien avec les initiatives de covoiturage et des solidarités existantes.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de bénéficiaires d'une offre de transport adapté.

MOYENS

- Moyens humains : Conseil Général (Observatoire de la Dépendance), Réseaux Santé-Ville.
- Moyens de fonctionnement et d'investissement : Etat (DDT et DREAL), communes, intercommunalités.

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Direction Départementale des Territoires de l'Eure (DDT)
- Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL)
- Communes et intercommunalités
- Instance Régionale d'Education et de Promotion à la Santé (IREPS)
- Coordinateurs réseaux santé ville
- Clubs du 3^e âge
- ARS

ÉCHÉANCES

- Sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma départemental de la mobilité
- Le schéma en faveur des enfants et adultes en situation de handicap

Cette action participe également aux fiches 1-2-5-10-11

AXE 2

GARANTIR AUX PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES UN PARCOURS DE VIE RESPECTUEUX ET BIENTRAITANT

Les principales réalisations du schéma départemental précédent :

→ Une politique volontariste de la part du Département en matière d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

- La création de 159 places d'accueils de jour depuis 1996. Cependant, le taux d'occupation reste faible, aussi bien en raison de l'accès qui peut être difficile pour des personnes non véhiculées – en dépit des moyens déjà mis en place – que des réticences des familles et/ou des bénéficiaires à utiliser cette modalité d'accompagnement, mais également en raison du reste à charge pour la personne.
- Le taux d'équipement en hébergement temporaire du département s'élève à 1,16 ‰ et est sensiblement supérieur au niveau régional (0,96 ‰). Toutefois, il se situe en-dessous du taux d'équipement national (1,69 ‰).

→ Une volonté affichée du Département, en lien avec l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie, de répondre aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés

- La programmation de treize Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) autorisés (un PASA est aujourd'hui en activité), d'une Unité d'Hébergement renforcée (UHR) médico-sociale, de deux UHR sanitaires en cours d'installation, d'une Unité Cognito-Comportementale à la Musse.

→ La création des CLIC, avec des missions polyvalentes (personnes âgées et personnes en situation de handicap)

- Un lieu d'accueil et de proximité.
- L'élaboration des plans d'aide notamment dans le cadre des demandes d'APA et de PCH.
- Des feuilles de route ont été définies attribuant aux 4 CLIC des missions identiques et communes sur l'ensemble du territoire.
- Une évaluation interne des CLIC a été réalisée.

→ Le décroisement des secteurs incarnés par le portage d'un projet MAIA par une UTAS

- L'UTAS d'Evreux a été retenue par l'ARS dans le cadre d'un appel à projet. La MAIA devrait être opérationnelle au cours de l'année 2013.

→ Un accueil familial fortement développé dans le département de l'Eure

- La mise en place de formations : formations initiales, journées thématiques, groupes de parole pour les accueillants.
- Evolution du nombre d'agrément : 144 nouvelles familles d'accueil depuis 2005.
- La réalisation de plaquettes de communication et d'une conférence grand public.

➔ **Une préoccupation forte autour de l'accompagnement des personnes vulnérables**

- Mise en place d'un guide de procédures d'analyse des situations des personnes vulnérables à domicile.
- Mise en place d'actions de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance : assises de la bientraitance, instance d'études des signalements et plaintes en établissements et services, signature d'un protocole entre le Département et l'ARS.

➔ **Un effort important dans le précédent schéma sur la restructuration, la reconstruction et la modernisation des EHPAD**

- Sur la période 2007-2015, **23 Millions d'Euros d'investissements** sont engagés pour la restructuration, la reconstruction et la modernisation des EHPAD. Ces investissements, démarrés en 2007, s'inscrivent dans une programmation départementale, qui sera réalisée jusqu'en 2015.

➔ **Une démarche renforcée d'accompagnement des services d'aide à domicile**

- Création d'un poste référent-qualité.
- Mise en place des contrôles-qualité.
- Rencontres régulières.
- Travail autour de la tarification.

Action 4

Adapter l'offre d'hébergement à l'évolution des besoins des personnes âgées

CONTEXTE

L'accès à des logements adaptés est l'une des préoccupations majeures. En effet, il ressort de manière prégnante, un manque de solutions intermédiaires entre le maintien à domicile et l'EHPAD, et ce s'inscrivant dans une logique de parcours. En effet, à présent la seule réponse du foyer logement n'est plus satisfaisante, car non adaptée aux besoins actuels qui se diversifient de plus en plus.



L'enquête réalisée lors de l'élaboration du schéma à destination des personnes âgées donne plusieurs indications sur la connaissance et les choix des répondants en matière d'hébergement. Il a ainsi interrogé les solutions intermédiaires et l'accueil familial comme alternatives.

- Les répondants du questionnaire « Construisons ensemble notre politique seniors » déclarent que la proximité des commerces constitue l'une des principales conditions à une vie de qualité au sein de son domicile. Ce critère devra être pris en compte dans le cadre d'un développement des solutions intermédiaires.
- 41% des répondants au questionnaire méconnaissent le dispositif d'accueil familial à vocation sociale.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Développer des solutions intermédiaires de logement tout public : pour personnes âgées autonomes, entre domicile et EPHAD, pour personnes âgées dépendantes, pour personnes handicapées vieillissantes, pour personnes en voie d'exclusion, pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.
- Améliorer l'information sur l'adaptation des logements : accès aux aides techniques et financières, solutions domotiques, évaluation d'ergothérapeutes au domicile, repérage des logements adaptés.
- Expérimenter de nouvelles formes de cohabitation : colocations entre personnes âgées ou avec d'autres publics (étudiants, apprentis, jeunes travailleurs...).
- Inventer des solutions plurielles ou mixtes (à la fois foyer logement et établissement médicalisé par exemple).

MISE EN ŒUVRE

- Organiser l'offre existante autour de structures innovantes pour répondre aux besoins de tous les publics.
- Développer un partenariat avec les bailleurs sociaux et l'ANAH pour organiser collectivement la politique d'adaptation des logements en faveur des personnes âgées, dans une logique d'adaptabilité des logements.
- Encourager le développement de solutions innovantes et intermédiaires dans un souci de maillage du territoire.
- Faciliter l'installation de colocations mixtes : personnes âgées/apprentis/jeunes travailleurs/étudiants.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de logements adaptés.
- Mise en place d'une bourse au logement intergénérationnel.

MOYENS

- Financement des adaptations aux logements et de solutions innovantes : Acteurs de l'habitat, MSA, CARSAT.
- Moyens humains de coordination : CAF, DDCS, MSA, CARSAT, Gestionnaires d'établissement.

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Gestionnaires d'établissement
- Professionnels et acteurs intervenant au domicile (SAAD, SSIAD, Caisses de retraites...)
- DIRECCTE
- DDCS
- CAF
- Ensemble des acteurs intervenant dans la politique de l'habitat

ÉCHÉANCES

- 2013 : lancement du partenariat avec les services du logement et avec les services de la jeunesse et de l'insertion
- 2013-2014 : lancement de la campagne d'information portant sur les familles d'accueil
- 2013-2018 : concertation et pilotage des structures innovantes

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma départemental en faveur de la jeunesse
- Le schéma Enfance-Famille
- Le schéma en faveur des enfants et adultes en situation de handicap
- Le Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PADLPD)

Cette action participe également aux fiches 1-3

Action 5

Diversifier l'offre d'accueil séquentiel et alternatif

CONTEXTE

L'accueil séquentiel facilite la mise en œuvre du droit au répit des aidants familiaux et contribue à des actions de prévention par des prises en charges réalisées par des professionnels formés.

Lors du précédent schéma, l'ARS et le Département ont développé un nombre important de places d'accueil séquentiel (accueil de jour et hébergement temporaire) couvrant ainsi équitablement le territoire départemental. Toutefois, depuis leur création, les accueils de jour éprouvent des difficultés à occuper leurs places et les hébergements temporaires ne remplissent pas toujours leur fonction.

Quelques chiffres :

- 60 lits d'hébergement temporaire créés lors du précédent schéma
- 159 places d'accueils de jours autorisées au 1^{er} janvier 2012 couvrant de manière équitable le territoire soit un taux d'équipement (3,69 ‰)²¹ supérieur aux moyennes régionale (2,53 ‰) et nationale (1,88 ‰).



Les réponses au questionnaire « Construisons ensemble notre politique seniors » montrent que les répondants connaissent moins les dispositifs d'accueil séquentiel que les dispositifs « plus classiques » de prise en charge. En effet, seulement 16% déclarent connaître l'hébergement temporaire et 22% l'accueil de jour.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Améliorer le taux d'occupation des accueils de jour.
- Ouvrir l'offre d'accueil de jour à toutes les personnes âgées dépendantes.
- Repositionner l'hébergement temporaire comme une solution provisoire.
- Développer des solutions d'hébergement d'urgence.
- Faire connaître les solutions d'accueil séquentiel.

MISE EN ŒUVRE

- Définir en concertation les besoins de prise en charge et identifier des solutions d'accueil d'urgence.
- S'appuyer sur un réseau de professionnels de proximité pour communiquer sur ces dispositifs.
- Optimiser les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire existantes (transformer, requalifier, développer) y compris en facilitant l'accès à l'offre temporaire pour de courts séjours (week-ends, quelques jours...).
- Réfléchir à de nouveaux modes d'accueil de jour (hors établissement, itinérants, en accueil familial) à destination des différents publics (personnes âgées).
- Formaliser les accueils spécifiques dans les conventions tripartites.
- Mener des actions spécifiques sur l'accueil familial : communiquer, former et s'assurer de l'adéquation entre l'offre et la demande des personnes accueillies.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Outils de communication développés sur les offres d'accueils séquentiels.
- Nombre de bénéficiaires en accueil séquentiel.
- Recensement des propositions d'hébergement temporaire d'urgence.

MOYENS

- Conventions tripartites EHPAD : Conseil Général, ARS.
- Moyens humains de coordination : médecins libéraux, dispositifs MAIA, consultations mémoire, réseaux de santé, associations, gestionnaires d'établissement.

(21) Taux d'équipement : Le nombre de places d'accueil de jour pour 1000 personnes de plus de 75 ans.

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Gestionnaires d'établissements
- Médecins libéraux
- MAIA
- Consultations mémoire
- Réseaux de santé
- Associations
- ARS

ÉCHÉANCES

- Outils de communication : 2013
- Optimisation des places d'accueils séquentiels – sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

Cette action participe également aux fiches 1-2-7-8-12-15

Action 6

Étendre l'offre d'aide et d'accompagnement à domicile

CONTEXTE

Si le territoire est bien maillé par les SAAD, certaines zones sont en tension en raison soit de la présence d'un seul prestataire, soit de problématiques spécifiques. La continuité de service les week-ends et les soirs/nuits reste notamment à améliorer.

Quelques chiffres :

- 42 SAAD agréés qualité dont 27 SAAD autorisés au 1^{er} janvier 2012
- 75% des SAAD autorisés sont publics
- 1 000 ETP estimés pour réaliser les 1 250 000 heures d'APA²²

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Promouvoir l'équité de traitement sur le territoire départemental.
- Assurer la continuité des services aux usagers.

MISE EN ŒUVRE

- Réaliser une étude complète portant sur l'offre des SAAD (études de besoins, cartographie des services, moyens disponibles et ressources humaines, financement des services).
- Étudier la pertinence de la création d'un service d'aide à domicile départemental dans le cadre d'une restructuration équitale de l'offre sur l'ensemble du territoire.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Réalisation d'une typologie des interventions des services (nombres d'heures réalisées jour, nuit weekend).
- Taux de consommation des plans d'aide APA.

MOYENS

- Moyens humains : Conseil Général (Observatoire de la dépendance).

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Gestionnaires des services
- DIRECCTE
- CHI Elbeuf
- CHI Evreux
- Professionnels et gestionnaires des SAAD/SSIAD et des établissements

ÉCHÉANCES

- Sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

Cette action participe également aux fiches 2-7-14

(22) Allocation personnalisée d'autonomie.

Action 7

Renforcer la coordination des dispositifs et des acteurs pour assurer la cohérence et la continuité des accompagnements

CONTEXTE

Le Département développe une politique volontariste pour coordonner les parcours de vie et les interventions des professionnels en vue d'assurer la continuité des accompagnements. Il travaille également sur la fluidité du parcours résidentiel des personnes âgées avec la contribution de l'ensemble des intervenants. Les CLIC ont vocation à développer des outils communs de coordination (domicile/établissement et secteur médico-social/sanitaire) souhaités par les professionnels.

- Quatre CLIC, un par Unité Territoriale d'Action Sociale.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Développer l'évaluation globale de la situation des usagers, en intégrant, quand cela s'avère nécessaire, l'évaluation des professionnels de santé, par le biais de la coopération avec les services hospitaliers, les équipes mobiles d'évaluation à domicile (EMED), et les médecins traitants.
- Coordonner l'intervention des acteurs avec l'accord des usagers et développer la pratique du référent unique.
- Développer des outils permettant l'échange d'information entre les professionnels et la concertation des acteurs.

MISE EN ŒUVRE

- Organiser la coordination à trois niveaux : les dirigeants des services et établissements concernés puis l'encadrement intermédiaire (chargés de secteur, IDEC des SSIAD, assistants sociaux des hôpitaux ...) et enfin les intervenants directs autour de la personne âgée.
- Développer des modes opératoires, des outils, une culture et un langage commun, développer l'échange d'information.
- Créer des outils permettant de réaliser l'évaluation globale de la situation de l'utilisateur et l'élaboration et le suivi du plan d'aide global, en s'appuyant sur les souhaits des usagers et leurs capacités.
- Organiser des actions d'information, de formation et d'échanges permettant de diffuser les bonnes pratiques en terme de coordination et de prise en charge.
- Contribuer avec l'ARS au déploiement de l'offre d'équipe mobile sur l'ensemble du territoire (EMED, équipe mobile Alzheimer, géronto-psychiatrie).

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Ecriture, évaluation et réajustement d'un mode opératoire global de la coordination, validé par les partenaires, pouvant déboucher sur des conventions comprenant des objectifs évaluables.
- Nombre de situations traitées, problématiques rencontrées et solutions apportées.
- Collaboration avec les MAIA, lorsque celles-ci existent dans les territoires.

MOYENS

- Moyens humains de coordination : Conseil Général, dispositifs MAIA, ARS, Partenaires sociaux et médico-sociaux, Centres Hospitaliers, MDPH.
- Moyens financiers pour le déploiement de l'offre : ARS (crédits Schéma Régional d'Organisation sociale et Médico-sociale, crédits Schéma d'Organisation des Soins, Plan Alzheimer).

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- MAIA
- ARS
- Partenaires sociaux et médico-sociaux
- Centres Hospitaliers
- MDPH

ÉCHÉANCES

- Durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma en faveur des enfants et adultes en situation de handicap

Cette action participe également aux fiches 8-9-11-14

Action 8

Favoriser la co-responsabilisation des acteurs dans l'accompagnement des situations complexes

CONTEXTE

Le 3^{ème} niveau de coordination, dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, consiste en l'intégration des services de soins et d'aide. Les MAIA, expérimentés, actuellement en phase de généralisation sur le territoire français, œuvrent pour créer cette intégration.

Le Département de l'Eure a montré sa volonté en se positionnant comme le porteur de la première MAIA du département. Le dispositif étant en phase de généralisation, le Conseil général contribuera à la réussite des projets par sa participation en tant que partenaire actif.

Les dispositifs MAIA²³ sont issus de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012. Ils ont pour objectif principal de renforcer l'articulation entre les intervenants du champ sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et ses aidants.

- Création d'un dispositif MAIA porté par l'UTAS d'Evreux en 2012 qui a vocation à orienter toutes les personnes âgées.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Améliorer la fluidité des parcours des personnes âgées.
- Faciliter la structuration des partenariats.

MISE EN ŒUVRE

- Participer aux tables stratégiques et tactiques des MAIA du territoire.
- Engager les CLIC et les services sociaux dans une collaboration étroite avec les acteurs réunis autour des MAIA.
- Participer aux actions permettant d'obtenir la labellisation des acteurs inscrits dans les différents MAIA, et notamment la mise en place des guichets intégrés au sein des accueils en UTAS.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de MAIA labellisées.
- Bilan d'activité des MAIA.

MOYENS

- Moyens humains de coordination : Conseil Général, ARS, dispositifs MAIA, acteurs de la prise en charge des personnes âgées dans les secteurs social, médico-social et sanitaire (hospitaliers et ambulatoires).

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- MAIA
- Acteurs de la prise en charge des personnes âgées dans les secteurs social, médicosocial et sanitaire (hospitaliers et ambulatoires)
- ARS

ÉCHÉANCES

- Sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Concertation
- Guichet intégré
- Gestion de cas
- Evaluation multidimensionnelle
- Plan de service individualisé
- Système d'information partagée

Cette action participe également aux fiches 7-14-15

(23) Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Action 9

Garantir la qualité de prise en charge à domicile et en établissement

CONTEXTE

La loi du 2 janvier 2002 vise à accompagner les établissements et les services médico-sociaux dans une recherche permanente de la qualité en établissement comme à domicile. Afin d'atteindre les objectifs fixés par la loi et de garantir aux usagers un accompagnement de qualité, le Département a notamment recruté un référent qualité en charge de l'accompagnement des services d'aide à domicile, et a mis en œuvre un plan de professionnalisation. Le Département souhaite renouveler son engagement : ainsi de nouvelles formes d'accompagnement à l'amélioration de la qualité pourraient voir le jour.

Quelques chiffres :

- Contrôles des services d'aide à domicile.
- Formations des encadrants des services d'aide à domicile (gestion des ressources humaines, outils de la loi 2002-2, évaluation interne).

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Promouvoir la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.
- Accompagner la mise en place des outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Poursuivre les démarches d'évaluation interne et externe.
- Impliquer les usagers pour améliorer le service rendu.

MISE EN ŒUVRE

- Poursuivre le programme de professionnalisation en intégrant de nouvelles thématiques et en mixant les publics.
- Systématiser et généraliser la gestion et le suivi des plaintes.
- Améliorer le partage d'information en matière d'évaluation et de suivi médico-social de la personne.
- Systématiser la rédaction et l'utilisation des outils de la loi 2002-2 (projets d'établissement, projets de vie, liste des personnes qualifiées...).
- Valoriser les conseils de vie sociale au sein des structures et promouvoir l'action du CODERPA. Encourager la réalisation d'enquêtes de satisfaction des usagers des services et des établissements.
- Créer des comités d'usagers dans le cadre de Construisons ensemble.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de formations organisées.
- Résultats du suivi des plaintes.
- Création des comités d'usagers.

MOYENS

- Moyens humains de coordination : Conseil Général et CNSA (co-financement des actions de la convention CNSA), DIRECCTE.

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Gestionnaires d'établissements et de services
- CNSA
- CODERPA
- DIRECCTE

ÉCHÉANCES

- Sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

Cette action participe également aux fiches 1-2-7-11-13-14

AXE 3

S'ASSURER DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES AUX PERSONNES AGÉES

Les principales réalisations du schéma départemental précédent :

➔ Un développement continu de l'offre

- 27 SAAD ont été autorisés sur les 42 organismes agréés. Ils structurent ainsi l'offre de services d'aide et d'accompagnement sur le territoire.
- Partenariat Département/DIRECCTE.
- Des travaux de rénovation et d'aménagement des établissements accueillant des personnes âgées réalisés : **23 Millions d'Euros engagés par le Département pour 17 opérations** à réaliser entre 2007 et 2015.

➔ Mise en œuvre d'une tarification des SAAD autorisés en 2008, puis révision de la doctrine en 2012 afin de simplifier la procédure de tarification et de permettre davantage de réactivité et de transparence

➔ Le développement de la télégestion

- Un système de télégestion a été défini à l'échelle du département : système Domiphone.

Action 10

Créer un observatoire de la dépendance

CONTEXTE

Le manque d'information sur le public âgé et ses besoins, ainsi que la nécessité de partager des données entre les différents acteurs du dispositif, rendent nécessaire la création d'un observatoire.

Cet observatoire de la dépendance pourrait fournir, au fil de la mise en œuvre du schéma, des indications fines sur les publics visés par la politique du Département.

Les données produites par l'observatoire faciliteront le suivi des publics cibles, permettant ainsi de constater les effets de la politique gériatrique du Département à long terme.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Assurer un niveau d'information homogène, actualisé et pertinent de tous les acteurs du secteur gériatrique.
- Améliorer la connaissance en matière d'offre disponible sur le territoire pour répondre aux besoins des personnes âgées.

MISE EN ŒUVRE

- Créer un observatoire des personnes âgées conjoint à celui des personnes en situation de handicap.
- Définir et recenser de manière collective des indicateurs et des données sur la population âgée et en situation de handicap.
- Etablir des conventions portant sur le partage des données statistiques afin de diffuser les informations recueillies à tous les acteurs dans le cadre juridique posé par la CNIL.
- Elaborer par territoire des annuaires des dispositifs et des actions actualisables (personnes âgées/personnes en situation de handicap).
- Assurer un suivi des places disponibles en établissements.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Création des annuaires.
- Création de l'observatoire.

MOYENS

- Moyens humains : Conseil général.
- Moyens humains de coordination : Autres acteurs participant à l'action.

POSITION DU DÉPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Gestionnaires et professionnels des établissements et des services
- CCAS
- Communes
- Intercommunalités
- Réseaux locaux de promotion de la santé
- Centres Hospitaliers
- CNIL
- INSEE
- Représentants des usagers
- ARS
- MDPH

ÉCHÉANCES

- 2014

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma en faveur des enfants et adultes en situation de handicap

Cette action participe également aux fiches 2-3-4-5-6-8-11-12-15

Action 11

Optimiser l'information et l'accueil des personnes âgées et des familles

CONTEXTE

Le Département attache une grande importance à l'accueil des personnes âgées sur les territoires. C'est pourquoi il a créé, en 2002, les CLIC qui permettent de faciliter l'accès à l'information tant pour les personnes âgées que pour les professionnels. Bien que les CLIC du département soient ancrés dans une logique de territoire de proximité (UTAS), il est apparu que la fonction d'accueil était peu développée.

Les personnes âgées éprouvent encore des difficultés à s'orienter dans le dispositif. Pour faciliter leur accès à l'information, les outils de communication doivent être adaptés aux publics cibles.



Les résultats de l'enquête « Construisons ensemble notre politique seniors » montrent que seulement 18% des répondants citent les CLIC comme un lieu d'information.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Innover en matière d'outils d'information.
- Promouvoir le rôle de guichet unique pour les CLIC.
- Simplifier les démarches administratives.
- Adapter les moyens de communication à destination des seniors, des personnes âgées et de leurs proches.

MISE EN ŒUVRE

- Créer un site Internet.
- S'appuyer sur la diffusion du magazine Tandem.
- Créer un guide des actions « Bien vieillir ».
- Associer les acteurs du secteur gérontologique dans la diffusion de l'information.
- Développer des outils qui simplifient les démarches administratives (dématérialisation, visio-accueil, dossier unique d'admission en établissement).
- Créer un livret d'informations pour les personnes âgées hospitalisées.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Mise en œuvre d'outils de communication adaptés au public.
- Nombre d'abonnements au magazine Tandem.
- Création d'un site Internet dédié aux personnes âgées.
- Proposition et mise en œuvre de moyens simplifiant les démarches administratives.

MOYENS

- Moyens financiers pour la communication : Conseil Général (site internet, magazine...), CARSAT, MSA.
- Moyens humains de coordination : ARS, Gestionnaires et professionnels des établissements et des services, intercommunalités, communes, médecins généralistes, MDPH.

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financier
- Médiateur

ACTEURS

- Communes
- Intercommunalités
- Gestionnaires et professionnels des établissements et des services
- CARSAT
- MSA
- ARS
- Médecins généralistes
- MDPH

ÉCHÉANCES

- 2013-2014

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

Cette action participe également aux fiches 1-2-3-4-5-7-8-10-12-15

Action 12

Faciliter l'accès aux dispositifs d'aide sociale

CONTEXTE

Le département de l'Eure compte un nombre important de places habilitées à l'aide sociale, soit 69,44% des capacités en EHPAD. Toutefois, leur répartition ne semble pas en adéquation avec les besoins de la population. En effet, le Nord-Ouest du département est marqué par un déficit en places habilitées à l'aide sociale alors que le niveau de revenu des personnes âgées est moindre dans cette zone du département.

Quelques chiffres :

- Nombre de places habilitées à l'aide sociale (EHPAD + USLD) : 3 340 places.
- 27 établissements sur 45 sont habilités à l'aide sociale (partiellement ou totalement).

Aujourd'hui, peu de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement sont accueillis sur les places réservées et habilitées.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Promouvoir un accès égal et équitable à l'hébergement médicalisé.
- Soutenir financièrement les accueils séquentiels.

MISE EN ŒUVRE

- Réaliser une étude sur les besoins en aide sociale par territoire à travers l'analyse des listes d'attente des établissements habilités, y compris pour les publics spécifiques (personnes en situation de handicap vieillissantes, personnes issues des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociales etc.).
- Inciter l'accueil des bénéficiaires d'aide sociale dans les établissements.
- Soutenir financièrement les accueils séquentiels.
- Organiser l'information.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Suivi du taux d'occupation des places habilitées à l'aide sociale.

MOYENS

- Moyens humains : Conseil Général (observatoire de la dépendance), Gestionnaires d'établissement.
- Financement des conventions tripartites EHPAD : Conseil Général, ARS.

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Gestionnaires d'établissement
- ARS

ÉCHÉANCES

- Durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création
- Mise en œuvre

Cette action participe également à la fiche 5

AXE 4

SOUTENIR LES PROFESSIONNELS ET LES AIDANTS

Les principales réalisations du schéma départemental précédent :

Le soutien aux professionnels

→ Le Département s'est impliqué dans la formation des intervenants de l'aide à domicile

■ Depuis 2005, le Département a été en mesure de mobiliser des outils comme le Fonds de modernisation de l'aide à domicile ainsi que la Section IV de la CNSA et le Fonds social européen pour structurer des actions de formation à l'échelle départementale.

■ Ces dispositifs ont permis de mettre en place deux volets de formation : formation des encadrants et formation des intervenants.

Plusieurs formations ont été proposées aux encadrants sur des thématiques comme les outils de la loi 2002-2 (notamment l'évaluation interne). De 2002 à 2011, 812 personnes sont entrées dans le dispositif de préparation au titre d'assistant(e) de vie aux familles (ADVF), et 390 ont obtenu le titre complet. Entre 2005 et 2006, 28 personnes ont eu accès au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). 1 172 personnes ont suivi des formations thématiques. En 2010 le Département a été reconnu Pôle d'excellence territoriale pour cette action dans le cadre du Concours national des Villes.

Le soutien aux aidants familiaux

→ Une vigilance accrue des intervenants médico-sociaux sur les signes d'épuisement des aidants familiaux et les risques de rupture de l'accompagnement

■ La veille de la situation de l'aidant est faite notamment lors des évaluations ou du renouvellement du dossier d'allocation pour la perte d'autonomie.

→ Un accompagnement renforcé des aidants par la mise en œuvre d'actions spécifiques

■ En 2004, le département a été pilote pour la mise en place du réseau RESAIDA et a depuis diversifié ses actions : groupes de rencontres, cafés des aidants en partenariat avec les caisses de retraite, temps de répit, formations des aidants, création d'un guide pour les aidants.

→ La réalisation d'une étude de besoin des aidants : l'Etude AGALMA

■ L'étude ALGALMA s'inscrit dans une démarche d'investigation et d'analyse visant à développer une politique dynamique en direction des aidants familiaux.

■ Les résultats de l'étude ont mis en lumière que les aidants reconnaissent l'intérêt des activités portées par le Département, et qu'ils souhaitent avoir accès à des informations utiles, tant d'ordre général que pratiques sur les pathologies, les dispositifs d'aide et d'accompagnement ou encore sur les formations.

Action 13

Poursuivre la politique de professionnalisation en élargissant les thématiques et en mixant les publics

CONTEXTE

La professionnalisation des intervenants contribue à la qualité des prises en charge et à la prévention des risques psycho-sociaux au travail. Avec le soutien de la CNSA, le Département a souhaité s'engager dans une politique de professionnalisation des SAAD lors du précédent schéma en faveur des personnes âgées.

Un point de vigilance toutefois : les gestionnaires des établissements et des services éprouvent des difficultés à recruter du personnel formé, notamment en milieu rural.

Quelques chiffres :

- De 2002 à 2011, 390 personnes ont obtenu le titre complet d'assistant(e) de vie aux familles (ADVF).
- 579 aides à domicile ont suivi un module de formation en 2010 et 345 en 2011.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Faire connaître les métiers du secteur médico-social pour susciter des vocations.
- Soutenir la formation des professionnels.
- Favoriser les rencontres entre les professionnels et le grand public.
- Prévenir les risques professionnels.

MISE EN ŒUVRE

- Formaliser un partenariat avec le service public de l'emploi pour faciliter les recrutements de professionnels.
- Favoriser la professionnalisation par l'accompagnement des services et la co-construction d'un plan de formation transversal pour les professionnels du domicile et des établissements (prévention des risques professionnels, risques psychosociaux, prévention des accidents et des maladies professionnelles, handicap...).
- Organiser des colloques, des forums, des journées thématiques...
- Former les accueillants familiaux.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de formations organisées.
- Nombre de forums/colloques/journées thématiques.
- Enquête de satisfaction auprès des participants.

MOYENS

- Moyens humains de coordination : Conseil Général et CNSA (co-financement des actions de la convention CNSA), Service public de l'emploi, Gestionnaires établissements et des services.

POSITION DU DÉPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- Service public de l'emploi
- Professionnels des établissements et des services
- CNSA
- ARS

ÉCHÉANCES

- Sur la durée du schéma

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma en faveur des enfants et adultes en situation de handicap

Cette action participe également aux fiches 2-9-14

Action 14

Améliorer les mutualisations et collaborations entre les professionnels

CONTEXTE

Les services d'aides à domicile, comme les établissements, se sont engagés dans la voie de la professionnalisation. Toutefois, le dispositif peut encore évoluer pour améliorer de manière continue la qualité de la prise en charge. A domicile la multiplication des interventions doit faire l'objet d'une coordination entre les services afin, à la fois de respecter le rythme de la personne âgée mais aussi de faciliter le lien et la communication entre les différents intervenants.

La situation générale d'une personne en perte d'autonomie est fortement évolutive. Il est donc indispensable de coordonner en amont les professionnels du domicile et des établissements, afin de répondre efficacement aux besoins des personnes et de leur garantir un parcours résidentiel stable pour ne pas dégrader les situations individuelles.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Identifier avec les différents services les éléments pouvant être mutualisés.
- Favoriser la collaboration entre les professionnels du domicile (SAAD/SSIAD).
- Encourager l'articulation des professionnels du domicile et des établissements.
- Permettre aux professionnels d'améliorer leurs pratiques par des temps de partage.

MISE EN ŒUVRE

- Instaurer des temps dédiés au partage et à l'échange des bonnes pratiques des professionnels du domicile et des établissements.
- A partir des établissements référents (plateau technique et support d'offres de services complémentaires au domicile), structurer les réseaux avec les acteurs de la gérontologie sur un secteur et articuler au mieux les offres existantes.
- Développer des outils de liaison entre les différents dispositifs.
- Organiser des rencontres régulières entre les professionnels du domicile (SAAD/SSIAD) et des établissements pour faciliter la construction d'un réseau.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de mutualisations formalisées.
- Mise en œuvre des outils de liaison.
- Nombre de rencontres/réunions des professionnels du domicile et des établissements.

MOYENS

- Moyens humains de coordination : Conseil Général (dont observatoire de la Dépendance), ARS, gestionnaires et professionnels des établissements et des services.

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- ARS
- Gestionnaires et professionnels des établissements et des services

ÉCHÉANCES

- 2013-2018 : durée du schéma
- 2014 : choix des établissements supports
- 2013-2018 : développement des outils de liaison

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

TRANSVERSALITÉ ENTRE LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

- Le schéma en faveur des enfants et adultes en situation de handicap

Cette action participe également aux fiches 4-5-6-7-9

Action 15

Poursuivre la démarche de soutien aux aidants pour tous publics

CONTEXTE

Les aidants familiaux expriment, au-delà de leur souhait de s'occuper de leur proche et de leur assurer une fin de vie « heureuse », l'angoisse de mal faire, et parfois, leur détresse. Pour soutenir les aidants et éviter des situations de crises ou de ruptures, les professionnels du domicile ont un rôle central à jouer dans le repérage des situations.

L'étude AGALMA, qui porte sur la thématique des aidants, révèle que les aidants familiaux éprouvent des difficultés à identifier les organismes et les informations pertinentes dont ils ont besoin. Ils ont également formulé des attentes spécifiques : un soutien psychologique et matériel renforcé ainsi qu'une organisation des moments de répit.

Le réseau RESAIDA, porté notamment par le Département à titre expérimental, a mis en œuvre des actions de répit que le département souhaite pérenniser et développer.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Former les intervenants du domicile au rôle social et de veille lié à leur activité.
- Repérer les aidants familiaux.
- Développer le dispositif de soutien des aidants à domicile.

MISE EN ŒUVRE

- Proposer des formations ciblées sur la thématique des aidants familiaux aux professionnels du domicile.
- Identifier des canaux de communication pour repérer les aidants en difficulté et faire remonter l'information.
- Déployer les actions de RESAIDA (réseau d'aide aux aidants).
- Proposer une étude d'opportunité d'installation d'un dispositif de répit à domicile ou baluchonnage.
- Prévoir un espace type « forum » pour les aidants au sein du site dédié aux personnes âgées.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre d'actions d'aide aux aidants.

MOYENS

- Moyens humains de coordination : Conseil Général.
- Financement de la communication ((Forum des aidants) : Conseil Général.
- Financement des formations : CARSAT, MSA, ARS (Plan Alzheimer), CNSA (crédits convention section IV).

POSITION DU DEPARTEMENT

- Pilote
- Incitateur
- Financeur
- Médiateur

ACTEURS

- SAAD
- SSIAD
- CARSAT
- MSA
- ARS

ÉCHÉANCES

- 2013-2014 : Réalisation de l'étude
- Sur la durée du schéma : mise en œuvre des actions de répit et des formations

NATURE DES ACTIONS

- Etudes
- Information/communication
- Concertation
- Coordination
- Création/Mise en œuvre

Cette action participe également aux fiches 1-2-5-11



Glossaire

ADV F : Assistant de vie aux familles
AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe iso-ressources
ANESM : Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie
ARS : Agence régionale de santé
ASH : Aide sociale à l'hébergement
CAF : Caisse d'allocations familiales
CARSAT : Caisse régionale de retraite et de santé au travail
CCAS : Centre communal d'action sociale
CHI : Centre hospitalier intercommunal
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DEAVS : Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation et de l'emploi
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA : Equipe spécialisée Alzheimer
ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail
ESSMS : Etablissement ou service social et médico-social
ETP : Equivalents temps plein
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FEPEM : Fédération nationale des particuliers employeurs
FL : Foyer logement
GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIR : Groupe iso-ressources
GMP : GIR moyen pondéré
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MARPA : Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MSA : Mutualité sociale agricole
PAI : Projet d'accompagnement individualisé
PASA : Pôles d'activités et de soins adaptés
PCH : Prestation de compensation du handicap
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Programme Régional de Santé
RESAIDA : Réseau d'aide aux aidants
SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SSIAD : Services de soins infirmiers au domicile
SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UNCCAS : Union nationale des centres communaux d'action sociale
USLD : Unité de soins longue durée
UTAS : Unité territoriale d'action sociale

Récapitulatif de l'offre en établissement

1 Les établissements non médicalisés :

Foyers logement		TERRITOIRE : Evreux	
Nom de l'établissement	Commune	Gestionnaire	Nombre de logements
Résidence «Le Béguinage»	Breteuil	CCAS	46
Village retraite ASMAVIRE	Damville	ASMAVIRE	76
logements foyers Navarre	Evreux	CCAS	60
Résidence Maillot	Evreux	CCAS	69
logements foyers La Madeleine	Evreux	CCAS	77
Résidence du Faubourg	Pacy-sur-Eure	Hôpital local	22
Résidence Maurice Juillet	Verneuil-sur-Avre	CCAS	53
Nombre total de foyers logement :		7	403

Foyers logement		TERRITOIRE : Louviers	
Nom de l'établissement	Commune	Statut juridique	Nombre de logements
Résidence de la Risle	Beaumont-le-Roger	Intercomm	50
RPA le Logis	Bourghtheroulde Infreville	commcomm	73
Résidence du Parc	Louviers	CCAS	100
Résidence Turmel	Le Neubourg	CCAS	27
Résidence les Pins	Pont-de-l'Arche	Association Archipontaine des équipes féminines	56
Résidence St Jacques	Saint-Ouen-du-Tilleul	CCAS	24
Résidence Espages	Val-de-Reuil	CCAS	45
Nombre total de foyers logement :		7	375

Foyers logement		TERRITOIRE : Vernon	
Nom de l'établissement	Commune	Statut juridique	Nombre de logements
FRPA les petit prés	Les Andelys	CCAS	74
RPA Edmond Bliard	Aubevoye	CCAS	30
RPA Fontaine Rosette	Fleury-sur-Andelle	CCAS	74
FRPA Les Cygnes	Gaillon	CCAS	69
FRPA Ernest Quaillet	Gisors	CCAS	70
FRPA Hélène Boscage	Gisors	CCAS	70
FRPA la Potière	Romilly-sur-Andelle	CCAS	56
FRPA la Pommeraie	Saint-Marcel	CCAS	58
FRPA Ambroise Bully	Vernon	CCAS	66
FRPA Bizy	Vernon	CCAS	64
FRPA les Blanchères	Vernon	CCAS	70
Nombre total de foyers logement :		11	701

Foyers logement		TERRITOIRE : Pont-Audemer	
Nom de l'établissement	Commune	Statut juridique	Nombre de logements
Résidence « Lyliane »	Bernay	CCAS	80
Résidence AGORA	Bourg-Achard	Hôpital local	52
MARPA l'Aubertine	Lieurey	CCAS	19
FRPA Albatros	Pont-Audemer	CCAS	46
FRPA Colombe-Fauvette-Mésange	Pont-Audemer	CCAS	36
RPA	Pont-Authou	CCAS	24
Nombre total de foyers logement :		6	257

Les établissements médicalisés :

EHPAD ET USLD, Personnes âgées dépendantes dont atteintes de la maladie d'Alzheimer				TERRITOIRE : Evreux	
Nom de l'établissement	Commune	Statut juridique	Nombre de places autorisées Hébergement complet	Nombre de places autorisées Hébergement temporaire	Nombre de places autorisées Accueil de jour
Résidence Esterina	Bémécourt	privé à but lucratif	50	2	0
Centre Hospitalier de Breteuil-sur-Iton	Breteuil-sur-Iton	rattaché à un hôpital	123	1	12
KORIAN « Ville en vert »	Breteuil-sur-Iton	privé à but lucratif	74	0	0
Résidence Les Feuillans	Brosville	privé à but lucratif	62	0	0
Maison de retraite	Bueil	privé à but lucratif	70	2	0
EHPAD Conches-en-Ouche	Conches-en-Ouche	public autonome	107	0	12
MAPAD « Le Chêne aux Loups »	Conches-en-Ouche	public autonome	50	0	0
Résidence « Les Rives d'Or »	La couture-Boussey	privé à but lucratif	80	2	0
CHI « Eure Seine » - Saint Michel	Evreux	rattaché à un hôpital	156	4	12
Résidence « Tiers Temps »	Evreux	privé à but lucratif	83	0	0
EHPAD « Augustin Azémia »	Evreux	public autonome	80	0	15
EHPAD « La Filandière »	Evreux	public autonome	83	0	0
EHPAD « Villa Providence »	Evreux	privé à but lucratif	85	0	0
Le Brémien Notre-Dame	Illiers-l'Évêque	privé à but lucratif	80	0	0
EHPAD « La Verte Colline »	Ivry-la-Bataille	privé à but non lucratif	70	0	0
Centre Hospitalier de Pacy sur Eure	Pacy-sur-Eure	rattaché à un hôpital	166	0	12
Centre Hospitalier « André Couturier »	Rugles	rattaché à un hôpital	112	5	0
Résidence « Le Doyenné de la Risle »	Rugles	privé à but lucratif	44	0	0
Résidence « Le Bois la Rose »	Saint-André-de-l'Eure	privé à but lucratif	110	0	0
Centre Hospitalier de Verneuil-sur-Avre	Verneuil-sur-Avre	USLD rattaché à un hôpital	177	3	12
Nombre total d'EHPAD et USLD :	20		1862	19	63

EHPAD ET USLD, Personnes âgées dépendantes dont atteintes de la maladie d'Alzheimer			TERRITOIRE : Louviers		
Nom de l'établissement	Commune	Statut juridique	Nombre de places autorisées Hébergement complet	Nombre de places autorisées Hébergement temporaire	Nombre de places autorisées Accueil de jour
CHI « Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil » - Les Rives Saint Taurin	Louviers	rattaché à un hôpital	226	0	12
« KORIAN L'Ermitage » ex L'Ermitage)	Louviers	privé à but lucratif	80	0	0
Résidence « Les Jardins de Nassandres »	Nassandres	privé à but non lucratif	63	1	0
L'Hôpital du Neubourg	Le Neubourg	rattaché à un hôpital	150	5	12
L'Hôpital du Neubourg	Le Neubourg	USLD rattaché à un hôpital	30	0	0
Centre Hospitalier de Pont-de-l'Arche	Pont-de-l'Arche	rattaché à un hôpital	78	6	0
Résidence « Les Rivalières »	Le Vaudreuil	privé à but lucratif	95	6	0
Résidence « Le Bosguérard »	Saint-Pierre-du-Bosguérard	privé à but lucratif	78	2	0
Nombre total d'EHPAD et USLD :	8		800	20	24

EHPAD ET USLD, Personnes âgées dépendantes dont atteintes de la maladie d'Alzheimer				TERRITOIRE : Vernon	
Nom de l'établissement	Commune	Statut juridique	Nombre de places autorisées Hébergement complet	Nombre de places autorisées Hébergement temporaire	Nombre de places autorisées Accueil de jour
Hôpital « Saint-Jacques »	Les Andelys	rattaché à un hôpital	160	0	12
Résidence « Saint Michel »	Charleval	privé à but lucratif	37	0	0
EHPAD d'Ecouis	Ecouis	public autonome	80	2	0
Centre Hospitalier de Gisors. Le Pôle Sanitaire du Vexin	Gisors	rattaché à un hôpital	177	0	12
Centre Hospitalier de Gisors. Le Pôle Sanitaire du Vexin	Gisors	USLD rattaché à un hôpital	55	0	0
EHPAD Résidence « Les Jardins »	Lyons-la-Forêt	public autonome	60	1	0
KORIAN JARDIN de L'ANDELLE	Perriers-sur-Andelle	privé à but lucratif	64	5	0
Résidence du Lac	Tosny	privé à but lucratif	150	0	0
CHI « Eure Seine » - Auguste Ridou	Vernon	rattaché à un hôpital	124	0	12
« KORIAN Nymphéas Bleus » (ex Sémiramis)	Vernon	privé à but lucratif	88	2	0
Nombre total d'EHPAD et USLD :	10		995	10	36

EHPAD ET USLD, Personnes âgées dépendantes dont atteintes de la maladie d'Alzheimer				TERRITOIRE : Pont-Audemer	
Nom de l'établissement	Commune	Statut juridique	Nombre de places autorisées Hébergement complet	Nombre de places autorisées Hébergement temporaire	Nombre de places autorisées Accueil de jour
Centre Hospitalier de Bernay	Bernay	rattaché à un hôpital	298	0	12
EHPAD de Beuzeville	Beuzeville	public autonome	65	3	0
Hôpital « Pierre Hurabielle »	Bourg-Achard	rattaché à un hôpital	124	2	12
La Maison de Brionne	Brionne	public autonome	110	3	12
La Maison d'Harcourt	Harcourt	public autonome	200	0	14
Centre Hospitalier Espace gériatrique Les Quatres Saisons	Pont-Audemer	rattaché à un hôpital	151	4	12
Centre Hospitalier Espace gériatrique Les Quatres Saisons	Pont-Audemer	USLD rattaché à un hôpital	37	0	0
La Maison de Pont-Authou	Pont-Authou	public autonome	56	0	0
Résidence « Saint-Aubin »	Saint-Aubin-le-Vertueux	privé à but lucratif	94	2	0
Résidence Pastel	Saint-Germain-Village	privé à but non lucratif	76	4	0
Nombre total d'EHPAD et USLD :	10		1211	18	50

Délégation sociale



 Direction Solidarité Autonomie

Hôtel du Département
Boulevard Georges-Chauvin - CS72101
27021 Evreux Cedex
tél. 02 32 31 94 19
internet www.eureenligne.fr