



*Le Conseil général vous accompagne
à toutes les étapes de votre existence...*



Schéma

gérontologique départemental

2012-2016



CONSEIL GÉNÉRAL
ALPES-MARITIMES



A travers le schéma gérontologique départemental 2012-2016, nous nous sommes fixés une obligation morale : favoriser le « Bien Vivre » des seniors dans les Alpes-Maritimes, en restant attentifs à l'ensemble des besoins de la vie quotidienne des personnes âgées, qu'il s'agisse de la vie sociale ou lorsque cela devient nécessaire, de la prise en charge personnalisée de la perte d'autonomie.

Ce schéma, présenté ci-après, décline toutes les actions qui sont mises en œuvre pour que les seniors puissent bénéficier des meilleures prestations en terme de maintien à domicile ou d'hébergement, mais également en terme d'épanouissement social avec une offre d'implication dans les réseaux de partenariat de plus en plus étoffée.

Ces actions, qui ont fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs œuvrant dans le domaine gérontologique, témoignent de notre engagement constant en matière de politique en faveur des personnes âgées.

Eric Ciotti

Président du Conseil général des Alpes-Maritimes

Un dispositif départemental favorisant la prise en charge optimale de la perte d'autonomie

Une vie à domicile soutenue par des prestations et des services en développement important	p. 10
Une offre d'hébergement en croissance et mieux adaptée	p. 20
Un plan départemental Alzheimer précurseur et très avancé	p. 38
Une démarche qualité pour promouvoir la bientraitance	p. 41

Un contexte en pleine évolution

L'évolution du vieillissement et de la dépendance moins marquée dans les Alpes-Maritimes à l'horizon 2020	p. 48
Un dispositif juridique nouveau avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	p. 58
Le débat national sur la dépendance	p. 63

Une politique départementale au service du bien vivre des seniors

Valoriser la place des seniors dans la société	p. 66
Bien vivre à domicile	p. 70
Bien vivre en hébergement	p. 81
Promouvoir la qualité et l'innovation au service des seniors	p. 90

Annexes

Introduction

L'article L 113-2 du code de l'action sociale et des familles confie au Département la mission essentielle de définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de coordonner, dans le cadre d'un schéma gérontologique, les actions menées par les différents intervenants.

Dans le département des Alpes-Maritimes, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans représente 28 % de la population totale, ce qui le situe au-dessus des moyennes nationale et régionale.

Depuis toujours, le Conseil général a manifesté son engagement concret envers les seniors par une politique volontariste et ambitieuse pour laquelle il consacre des moyens importants.

Le Conseil général a ainsi prévu pour 2011 un budget total d'un montant de **169 millions d'euros**, ce qui représente la première part de son budget social. Les deux tiers correspondent au versement des prestations pour la vie autonome à domicile.

Le précédent schéma départemental gérontologique, orientations 2006-2010, avait défini des objectifs ambitieux au travers des axes suivants :

- permettre au plus grand nombre de rester à domicile,
- développer le nombre d'établissements d'hébergement et d'accueil de jour,
- garantir le bien-être des résidents accueillis en établissements,
- adapter les organisations en conséquence.

A ce jour, ces objectifs ont été réalisés à la faveur des engagements concrets du Conseil général qui ont permis des avancées majeures pour les personnes âgées du département, avec notamment :

- le soutien à près de 25 000 personnes âgées vivant à domicile, à travers les prestations délivrées par le Conseil général, comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et le développement des services d'aide à domicile disposant d'un agrément qualité ;
- la création de 2 308 lits nouveaux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui seront totalement installés à l'horizon 2014 et dont plus de 40 % sont habilités à l'aide sociale à des tarifs très accessibles ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge en EHPAD avec la signature de toutes les conventions tripartites et la mise en place d'une mission d'accompagnement ;
- la mise en œuvre du plan départemental Alzheimer qui a permis, notamment, la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, de haltes-répit et groupes de paroles, l'hébergement de la base nationale de données épidémiologiques sur la maladie au CMRR de Nice, ou les travaux de recherche menés en collaboration avec le CNRS et l'université de Stanford.

L'objectif du nouveau schéma sera donc de conforter ces avancées et de répondre à de nouveaux enjeux, dans un contexte en profonde mutation, marqué par les évolutions démographiques, les évolutions technologiques et le débat sur la dépendance.

L'actualisation du schéma gérontologique a mobilisé, depuis le 30 novembre 2010, un large partenariat qui a associé les acteurs de l'action gérontologique : le Conseil général, l'Agence Régionale de Santé, la Préfecture des Alpes-Maritimes, le CODERPA (Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées), les établissements et services et tous les professionnels.

La participation des partenaires a été très importante, avec plus de 100 personnes présentes aux réunions des quatre groupes de travail portant sur :

- le soutien à domicile,
- l'équipement départemental,
- la qualité des prestations,
- la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Au terme de cette phase de concertation, le Président du Conseil général a présenté à l'ensemble des participants la synthèse des réflexions issues de ces groupes de travail et indiqué les orientations du schéma départemental gérontologique, pour la période 2012-2016.

Sur le fondement de quatre grandes orientations prioritaires, qui visent à :

- valoriser la place des seniors dans la société ;
- bien vivre à domicile ;
- bien vivre en hébergement ;
- promouvoir la qualité et l'innovation au service des seniors.

Ce schéma a pour ambition de permettre au Département, en concertation avec les partenaires de l'action gérontologique, de relever le défi du « Bien Vieillir » et d'être à l'écoute des besoins des seniors, qu'il s'agisse de leur vie quotidienne ou sociale ou lorsque cela devient nécessaire, de la prise en charge personnalisée de la perte d'autonomie.

Il s'agit, en effet, de créer les conditions d'une vie épanouissante, indépendante et sécurisée pour l'ensemble des seniors afin de leur permettre de vivre pleinement ce nouveau temps de la vie qui s'offre aujourd'hui après la cessation d'activité professionnelle.

Il s'agit aussi, de renforcer, de diversifier et d'adapter les dispositifs d'hébergement et de soutien à domicile, en vue de poursuivre une prise en charge de qualité en faveur de toutes les personnes âgées en perte d'autonomie, quels que soient leurs revenus et leur lieu d'habitation.

Ce document de référence, dont les orientations s'articulent avec le schéma régional de l'organisation médico-sociale constitue le socle de la politique du Conseil général en faveur des seniors pour les cinq années à venir.



Schéma

gérontologique départemental
2012-2016



Un dispositif départemental
favorisant la prise en charge optimale
de la **perte d'autonomie**

1 – Une vie à domicile soutenue par des prestations et des services en développement important

Afin de soutenir la vie à domicile, le Département s'est engagé fortement, à travers les prestations d'aides et d'actions sociales, la mise en œuvre et la coordination des dispositifs, ainsi que les diverses démarches innovantes au service des personnes âgées.

De l'aide sociale à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à Domicile (APA)

Les dispositifs d'aide sociale, traditionnellement orientés vers les personnes âgées les plus fragiles économiquement, tendent à prendre en charge un public beaucoup plus large, du fait notamment de l'instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Par ailleurs, la législation a permis aux départements d'améliorer les aides légales existantes, de créer des prestations extralégales et de renforcer leurs compétences propres en matière de politique gérontologique.

■ **L'aide sociale traditionnelle**

L'aide sociale est constituée de l'ensemble des aides apportées, en vertu d'une obligation légale, par la collectivité publique aux personnes qui ne peuvent, faute de ressources suffisantes, pourvoir à leur entretien et aux soins qu'exige leur état.

Elle est la plus simple expression de la solidarité départementale envers ses ressortissants les plus démunis ; en effet, elle ne s'adresse qu'aux personnes doublement fragilisées du fait de leur âge et de leur situation financière.

Il existe également une aide sociale extra-légale, ou action sociale, qui permet d'élargir la réponse aux situations de besoin qui ne sont pas prises en compte par le dispositif légal. Dans ce cas, l'assemblée départementale délibère et indique les modalités de sa contribution. Il en est, notamment ainsi dans les Alpes-Maritimes, pour la télé assistance ou le portage de repas.

L'aide sociale conserve un caractère subsidiaire et n'intervient qu'en dernier ressort ou en complément du demandeur lui-même, de ses obligés alimentaires ou des régimes de protection sociale. Elle est soumise à récupération, soit sur le bénéficiaire lui-même s'il revient à meilleure fortune, soit par recours sur succession.

L'aide sociale légale revêt plusieurs formes de prise en charge : Il s'agit de :

1 - L'aide ménagère à domicile

C'est l'une des formes les plus anciennes d'aide sociale.

Le plafond d'octroi au titre de l'aide sociale est aligné sur le seuil d'attribution du minimum vieillesse et le nombre d'heures ne peut excéder 30 heures par mois.

Si les ressources sont supérieures au plafond d'aide sociale, les caisses de retraite peuvent participer, en fonction des revenus, au coût de l'aide ménagère.

Dans le département, sont actuellement conventionnés par le Conseil général :

- 33 CCAS ;
- 2 associations ;
- 4 syndicats intercommunaux ;
- 1 communauté de communes.

Il convient d'indiquer que les demandes d'aide ménagère au titre de l'aide sociale, sont en diminution depuis la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Évolution du nombre de bénéficiaires

2006	2007	2008	2009	2010
612	627	620	619	598

2 - L'allocation représentative des services ménagers (ARSM)

Il s'agit d'une aide en espèces, dans les cas où les communes ne disposent pas de service d'aide ménagère. Cette prestation est peu utilisée dans la mesure où la quasi-totalité des communes disposent de services à domicile.

Évolution du nombre de bénéficiaires

2006	2007	2008	2009	2010
14	26	26	24	44

3 - Le foyer restaurant

Il permet aux personnes âgées disposant de revenus modestes la prise de repas en commun dans des structures de restauration collective et facilite les animations et les loisirs.

Une participation par repas est demandée aux bénéficiaires.

A ce jour : 13 CCAS et 2 foyers logement sont habilités par le Département, essentiellement sur le littoral.

Évolution du nombre moyen de repas et des bénéficiaires

	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre moyen de repas	30 356	33 644	27 592	33 074	39 915
Bénéficiaires	82	105	126	164	163

Au-delà de ces prestations légales, le Département a décidé de mettre en œuvre des prestations extra-légales. Il s'agit de :

1 - Le portage de repas

Cette prestation extra-légale qui consiste à livrer des repas à domicile, s'adresse plus particulièrement aux personnes en perte d'autonomie.

Dans les Alpes-Maritimes : 23 CCAS, 3 hôpitaux locaux et un EHPAD sont habilités pour cette prestation.

Évolution du nombre moyen de repas et des bénéficiaires

	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre moyen de repas	104 144	113 272	117 505	109 174	129 894
Bénéficiaires	320	395	404	322	375

2 - L'allocation forfaitaire de téléassistance

Elle est destinée à aider les usagers à financer un système de téléassistance de leur choix sur une liste de prestataires ayant signé la charte qualité élaborée par le Département.

Cette prestation extra légale décidée par le Conseil général des Alpes-Maritimes est versée sous forme d'allocation forfaitaire mensuelle de 20 €. Pour les bénéficiaires de l'APA, cette prestation est intégrée dans le plan d'aide des bénéficiaires de l'APA à domicile.

Actuellement, plus de 8 500 personnes âgées bénéficient de l'allocation de téléassistance départementale.

Évolution du nombre de bénéficiaires

2006	2007	2008	2009	2010
6 600	7 822	7 904	8 360	8 788

■ Le rôle décisif de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Créée par la loi du 20 juillet 2001 et applicable depuis le 1^{er} janvier 2002, l'APA a instauré un droit universel, égalitaire et a, ainsi, marqué une rupture avec l'aide sociale traditionnelle en s'adressant à un public beaucoup plus large puisque les critères habituels de l'aide sociale ont été abandonnés.

Son octroi n'est soumis ni à des conditions de ressources, ni aux recours sur successions. Elle s'inspire des prestations de la sécurité sociale en instaurant un ticket modérateur en fonction des ressources de l'utilisateur.

Elle constitue, de ce fait, un élément déterminant du soutien à domicile car elle concerne un nombre très élevé de bénéficiaires. Elle solvabilise et fédère de nombreux services rendus au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), constitue une prestation en nature, qui s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans, et qui, au-delà des soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées, pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite une surveillance, à leur domicile ou dans un établissement d'hébergement.

L'APA est attribuée après une évaluation à domicile qui a pour objectif de proposer un plan d'aide adapté aux besoins repérés de la personne âgée en tenant compte des souhaits de celle-ci et de son entourage et de s'inscrire dans une démarche de dépistage des fragilités.

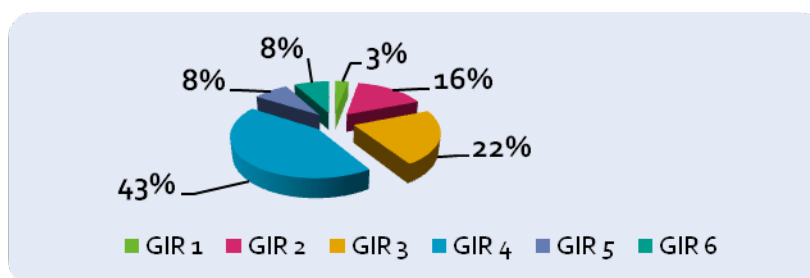
Le degré de perte d'autonomie (GIR), qui fonde le droit à l'allocation personnalisée d'autonomie, est déterminé au moyen de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) par l'équipe médico-sociale.

Pour cela, quatre axes d'évaluation ont pour but de repérer, pour chaque personne : l'autonomie, la perte d'autonomie, l'environnement géographique et humain et les éventuelles fragilités nutritionnelles, cognitives, physiques ou sensorielles.

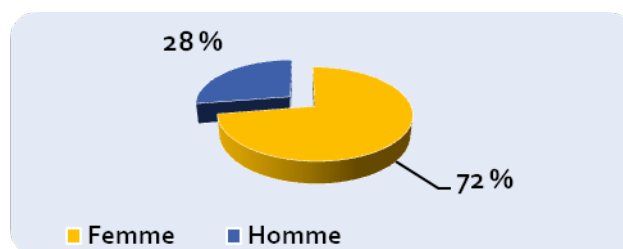
A ce jour, 55 000 personnes ont ainsi bénéficié d'une évaluation à domicile. Ces évaluations participent pleinement à prévenir ou à limiter la perte d'autonomie, étant rappelé que seules les personnes relevant des GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

A titre d'illustration, les évaluations réalisées en 2010 font apparaître les éléments suivants :

Répartition par GIR de l'ensemble des personnes âgées ayant bénéficié d'une évaluation APA à domicile en 2010



Répartition Hommes/Femmes



Depuis sa mise en œuvre, le nombre de bénéficiaires de l'APA a régulièrement et fortement progressé jusqu'en 2008 et semble s'être stabilisé depuis lors, comme en témoigne le tableau ci-après :

Année	Total APA domicile et établissement	APA à domicile
2002	9 915	2 925
2003	15 207	7 570
2004	17 302	9 068
2005	18 107	9 728
2006	20 202	11 266
2007	21 965	13 149
2008	24 874	15 536
2009	23 859	14 481
2010	23 645	14 826

- **Le chèque emploi service universel (CESU) : un mode de paiement moderne**

Les personnes bénéficiaires de l'APA à domicile peuvent utiliser des services spécialisés ou employer elles-mêmes leur aide. Pour celles-ci, le Conseil général a mis en œuvre un moyen de paiement moderne des prestations sociales à travers le chèque emploi service universel (CESU).

Expérimenté en 2008, ce dispositif a été généralisé à partir de septembre 2009 et concerne près de **5 000 personnes** ayant recours à une aide à domicile en emploi direct.

Afin d'optimiser ce nouveau dispositif, le Conseil général a mis en place une cellule d'accompagnement pour aider à sa bonne utilisation. Des conseils téléphoniques sont délivrés quotidiennement et des visites à domicile sont effectuées auprès des personnes les plus fragiles pour les soutenir dans l'accomplissement des différentes formalités.

En parallèle, le montant des charges sociales est versé sur le compte bancaire des bénéficiaires pour leur permettre de régler l'URSSAF. A terme, il est prévu un paiement direct à l'URSSAF par le Conseil général. Ce paiement direct présentera un double avantage : celui de simplifier les démarches du bénéficiaire et de rationaliser la dépense publique.

Des services plus diversifiés et plus nombreux

L'allocation personnalisée d'autonomie a permis un développement rapide des services d'aide à la personne à domicile, confortée par la loi du 26 juillet 2005, relative au développement des services à la personne (dite Loi Borloo).

Ces services, pour pouvoir intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA, font l'objet d'un **agrément qualité** délivré par la direction régionale, des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE PACA), après avis favorable du Conseil général.

Ils proposent des aides à la personne et des services permettant d'assumer la vie quotidienne, comme le ménage, le repassage, le petit bricolage, la préparation des repas à domicile et la livraison de courses, l'aide à la mobilité et le transport et l'accompagnement des personnes...

Sur le département, le nombre de services d'aide à domicile agréés titulaires de l'agrément qualité a progressé sensiblement au cours de ces dernières années : 106 services en 2006 et **213** en 2011, ce qui représente plus de 4 000 emplois équivalent temps plein (ETP).

Il convient également de citer les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui sont des acteurs essentiels de maintien à domicile. Ils assurent, en effet, auprès des personnes âgées les soins infirmiers et d'hygiène générale et ont pour missions de prévenir, différer ou éviter l'accueil en établissement.

Actuellement les Alpes-Maritimes, disposent de **41 structures** de ce type, représentant **2 436 places** installées, auxquelles se rajoutent **30 places** de SSIAD très médicalisées et intervenant sur l'ensemble du département pour les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur.

Dans l'avenir, d'autres SSIAD pourront intervenir de manière plus spécifique auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Des dispositifs de coordination autour de la personne âgée

Actuellement les principaux dispositifs sont :

- **Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)** qui sont des lieux d'accueil et d'écoute pour personnes âgées et de coordination des actions engagées à leur bénéfice.

Ce dispositif, institué par l'État, relève depuis le 1^{er} janvier 2005 de la compétence du Conseil général, en application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Actuellement, le département des Alpes-Maritimes compte 9 CLIC, dont le financement est assuré par tout ou partie par le Conseil général. Il s'agit des 4 CLIC urbains suivants : Nice, Cannes, Grasse et Antibes ; et des 5 CLIC ruraux suivants : Vallées de la Tinée, de la Roya, du Var, des Paillons et de la Vésubie/Valdeblore

Bien que ce dispositif contribue à la mise en œuvre de la politique départementale en faveur des personnes âgées, il est nécessaire de redéfinir leur fonctionnement, en vue d'apporter des réponses aux personnes âgées sur l'ensemble du département, ce qui n'est pas le cas actuellement.

- **Les réseaux gérontologiques**, sont des plateformes adossées aux CLIC. Ils regroupent un ensemble d'intervenants aux compétences complémentaires, sanitaires et sociales, autour d'une personne âgée dépendante vivant à domicile.

L'objet du réseau est d'assurer une prise en charge globale et coordonnée en permettant le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales.

Le département compte actuellement 2 réseaux gérontologiques.

- **Les Maisons de Santé** rurales sont à vocation uniquement sanitaire et travaillent en relation avec les médecins libéraux et les hôpitaux.

Au nombre de 7, ce sont des lieux de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Elles améliorent la qualité de l'exercice professionnel ainsi que la qualité de la prise en charge des patients en concourant au maintien de service public de proximité de santé.

De plus, le Département des Alpes-Maritimes a soutenu la conception de deux projets de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (**MAIA**) sur Nice/Grasse et Antibes. La MAIA est un système d'organisation intégrée, une sorte de « label de qualité » de l'action coordonnée des intervenants. Elle permet de rassembler dans son réseau les différents acteurs pour optimiser la cohérence et l'efficacité de leur collaboration.

La Maison Départementale des Seniors

Le nombre important de dispositifs œuvrant dans le champ gérontologique rend leur action peu lisible pour la population.

Aussi, le Département qui a la responsabilité de la coordination gérontologique sur son territoire a décidé de créer la Maison Départementale des Seniors. Inaugurée le 21 avril 2011, il s'agit d'un guichet unique, qui s'adresse aux seniors, aux personnes âgées, aux familles et aux professionnels impliqués dans les questions relatives au vieillissement.

La Maison Départementale des Seniors répond à un triple objectif :

- formaliser la nécessaire coordination de tous les dispositifs existants en faveur des personnes âgées et favoriser la lisibilité des actions conduites auprès des personnes âgées ;
- apporter des réponses de proximité en donnant toutes les informations utiles et nécessaires ;
- valoriser la place des seniors au cœur de la vie sociale en renforçant leur implication au sein d'un réseau partenarial d'activités.

Depuis son ouverture, la Maison Départementale des Seniors a démontré très rapidement qu'elle constitue une vraie réponse aux attentes et aux besoins des seniors, puisque :

- 2 200 personnes se sont manifestées auprès de la Maison Départementale des Seniors ;
- de multiples activités à caractère culturelles, physiques et sportives, de loisirs sont organisées chaque semaine et rassemblent jusqu'à 80 participants ;
- 28 seniors se sont portés volontaires pour apporter leur expertise en vue d'organiser des animations, des cours d'informatique, des accompagnements...

En ce qui concerne la coordination de l'ensemble des dispositifs, qui est une mission essentielle de la Maison Départementale des Seniors, une démarche est engagée dans ce sens, en vue d'aboutir à un maillage territorial sur l'ensemble du département et à la cohérence de l'action gérontologique.

L'expérimentation des nouvelles technologies au service des personnes âgées

En complément de ces prestations et services, le Département a souhaité mener l'expérimentation de dispositifs innovants d'aide au maintien à domicile

1. Le dispositif M@D

Il a, ainsi, expérimenté pendant un an un nouveau concept de maintien à domicile utilisant Internet.

Le dispositif M@D, expérimenté en 2007, permet, par la connexion en visiophonie via internet avec une plate-forme de services fonctionnelle, de lutter contre l'isolement et d'apporter aux personnes âgées une aide et une écoute 24h/24h.

L'interface est assurée par le téléviseur de la personne âgée. Le prestataire choisi suite à un marché à procédure adaptée a assuré la logistique (installation à domicile, maintenance, formation préalable des personnes âgées).

L'expérimentation a été proposée à des personnes âgées de 70 ans ou plus, autonomes ou en perte d'autonomie modérée (GIR 4/5/6), isolées, ne connaissant pas ou peu Internet, demeurant tant sur la zone littorale que dans le Moyen Pays et en zone de montagne.

Le dispositif a été un moyen de communication se substituant au téléphone pour les communications avec les proches connectés, mais également un moyen de « faire des connaissances » ou d'entrer en contact avec « la plate-forme de services » pour une conversation de convivialité sans besoin en terme de service.

Les **45** personnes âgées équipées sont restées en moyenne **9,8** mois dans le dispositif, se sont connecté en moyenne **11** fois par mois pour des durées moyennes de **plus ou moins 2 minutes** selon l'interlocuteur contacté.

L'utilisation de l'outil est apparue « compliquée à très compliquée » pour **64 %** des personnes interrogées, mais **64,5 %** indiquent ne pas avoir besoin d'aide pour mettre en marche le système.

L'expérimentation du dispositif a montré que :

- l'âge n'est pas un frein pour l'apprentissage ou l'utilisation des nouvelles technologies ;
- le lien social et la communication avec la famille ont été jugés prioritaires par les utilisateurs.

2. Medicin@païs : La télémédecine et les e-valises

Initié en 2004, dans le cadre d'un partenariat entre le Conseil général et la Faculté de Médecine de Nice, afin de maintenir et d'améliorer la qualité des soins auprès des habitants du haut et du moyen pays des Alpes-Maritimes, Medicin@païs est un programme de télémédecine qui vient en soutien technique aux médecins libéraux du haut et moyen pays ainsi qu'à tous les professionnels de santé qui travaillent dans les 20 sites équipés en matériel informatique et de visio-conférence nécessaire.

Ce dispositif, innovant et unique en France, concerne trois aspects de la télémédecine (téléformation, téléconsultation et la téléexpertise) et utilise deux types de transmission sécurisée de données :

- le satellite (stations fixes) ;
- l'ADSL par clé 3G (stations mobiles).

Ces stations fixes permettent :

- de dispenser des formations :
 - médicales continues (FMC) destinées aux médecins du haut et moyen pays, et qui fonctionnent de manière régulière sous la forme de conférences-discussion de 3 heures ;
 - continues à la maladie d'Alzheimer pour tous les professionnels du secteur ;
 - diplômantes : 20 auxiliaires de puériculture ont été formées en 2007 et, en ce qui concerne l'Attestation d'agent de service hospitalier qualifié (ASHQ), 106 nouvelles personnes sont formées, depuis novembre 2010, sur l'ensemble du haut et moyen pays.
- d'avoir recours à la télé-expertise de l'hôpital Pasteur du CHU de Nice , dans trois domaines :
 - cardiologie d'urgence : électrocardiogramme transmis en direct au service de soins intensifs de cardiologie ;
 - dermatologie : photographie haute résolution d'une lésion cutanée transmise en différée au service de dermatologie ;
 - pneumologie examen spirométrique pulmonaire transmis en différé au service de pneumologie.

- de bénéficier de téléconsultations :

- qui permettent aux médecins généralistes libéraux du haut et moyen pays de disposer d'une aide au diagnostic et de conseils thérapeutiques dans de nombreux domaines (gérontologie, maladie d'Alzheimer, psychiatrie,...).

De plus, onze cabinets médicaux libéraux ont été équipés, depuis juin 2009, en e-valises (stations mobiles) médicalisées de télémédecine, véritables assistants médicaux, permettant d'effectuer les examens courants, de les stocker et les transmettre si nécessaire vers les centres référents de la bande littorale pour un second avis via un secteur sécurisé.

Cette technologie très innovante a bénéficié de plusieurs récompenses.

3. Le projet GERHOME

Enfin, dans le domaine de l'adaptation et la sécurisation des logements, le Département a soutenu financièrement le projet GERHOME, auquel ont collaboré le centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) et le centre hospitalier universitaire de Nice, relatif à la conception d'un habitat intelligent qui reconnaîtrait, par différents capteurs, les activités réalisées par des personnes âgées au sein de l'habitat et détecterait d'éventuels comportements anormaux.

Ce projet visait à concevoir, expérimenter et certifier des solutions techniques de maintien à domicile des personnes âgées, en utilisant des technologies domotiques innovantes pour assurer autonomie, confort de vie, sécurité, surveillance et assistance à domicile, tout en étant le plus possible invisibles et non intrusives.

Il a été testé en laboratoire et validé grâce à la participation de 15 personnes âgées de plus de 60 ans, autonomes et volontaires.

La technologie développée, associant des capteurs et l'analyse de l'image a permis d'évaluer objectivement les actes de la vie quotidienne ainsi que certaines données concernant plus largement la marche et l'équilibre.

L'objectif de ce travail a été d'obtenir une modélisation du comportement habituel de la personne observée au cours du temps pour aller vers la modélisation de stratégies de services pour les personnes âgées, leur entourage ainsi que pour les services médico-sociaux.

Cette expérimentation est la première de ce type en France.

Le projet GERHOME est, à présent, en phase d'expérimentation GERHOMELABS par le CSTB, auprès de personnes âgées volontaires, dans le cadre d'une convention de collaboration multipartite.

Le CSTB va installer ces gérontechnologies dans deux logements privés de personnes vivant seules à Nice et Antibes et dans deux chambres d'EHPAD du même secteur, reliés à un central de télésurveillance au siège du CSTB.

2 – Une offre d’hébergement en croissance et mieux adaptée

Au cours de ces dernières années, l’offre d’hébergement s’est considérablement étoffée, afin de répondre aux besoins de la population âgée du département, tant au plan quantitatif avec la création de plus de 2 200 lits nouveaux, que qualitatif avec la signature des conventions tripartites et les actions de promotion de la bientraitance et de la qualité qui ont été engagées.

L’équipement départemental propose aussi des modes d’accueil diversifiés et des lits à des tarifs qui demeurent accessibles aux personnes âgées qui disposent de revenus modestes.

Actuellement, l’équipement départemental autorisé et en fonctionnement se présente comme suit :

Chiffres au 30.06.2011

Type de structures	Nombre de structures	Nombre de lits autorisés
EHPAD	166	10 823
Petites Unités de Vie	8	147
Logements Foyers	21	1 334
TOTAL	195	12 304*

**dont 638 lits ouverts, sur les 2 308 lits nouveaux autorisés dans le cadre du précédent schéma*

Au cours de ces dernières années, l’équipement départemental s’est beaucoup transformé. Il comprend désormais :

- ***Des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)***

Il s’agit des maisons de retraite qui étaient tenues, dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, de signer une convention tripartite avec les financeurs (Etat, Conseil général) sur la base d’un cahier des charges national.

Ces établissements disposent d’un cadre de vie adapté, d’une organisation et de personnels qualifiés pour une prise en charge de qualité, tant au niveau des soins que de l’accompagnement social.

➤ ***les EHPAD Unités de Soins Longue Durée (USLD)*** sont des structures destinées aux personnes nécessitant une surveillance médicale constante et des soins médicaux et para-médicaux importants.

- ***Des petites unités de vie (PUV)***

Il s’agit de maisons de retraite d’une capacité de moins de 25 lits et qui à la faveur de leur droit d’option ont décidé de ne pas signer la convention tripartite. Ce sont des structures destinées à accueillir des personnes âgées peu dépendantes. Elles disposent d’un cadre de vie collectif et du personnel adapté.

- *Des logements foyers*

Il s'agit de structures prévues pour les personnes âgées valides et autonomes. Ils sont constitués de petits logements privatifs, mis à disposition en échange d'un loyer, ainsi que des prestations de service comme la restauration, la blanchisserie, l'animation et les loisirs.

L'une des caractéristiques de l'équipement départemental était de disposer d'un nombre important de structures de petites et moyennes capacités : en 2005, plus de 50 % des établissements avaient une capacité de moins de 50 lits.

La mise en œuvre de cette réforme depuis 2005, a conduit un certain nombre de ces structures à devoir mettre fin à leur activité ou devoir transférer celle-ci à d'autres gestionnaires, dans la mesure où ces structures se trouvaient dans l'impossibilité de se conformer aux recommandations du cahier des charges national, en vue de la signature de la convention tripartite.

Avec les nouvelles créations qui portent sur des capacités supérieures à 60 lits, cette tendance baissera, mais le département comptera toujours un nombre important de structures de moins de 50 lits, qui concerne actuellement 47 % d'entre elles.

2 308 lits nouveaux à l'horizon 2014

Pour la période 2006/2010, le schéma départemental gérontologique avait prévu la création de 2 200 lits supplémentaires afin de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes.

Ces objectifs ont été atteints, comme en témoigne le tableau ci-après :

Statuts	Projets	CAPACITE AUTORISEE		
		Lits nouveaux	Lits transférés	TOTAL
PUBLIC	7	95	71	166
ASSOCIATIF	10	399	89	488
PRIVE	33	1 814	489	2 303
TOTAL	50*	2 308	649**	2 957

* il s'agit de 50 projets comportant 33 créations de nouveaux EHPAD et 17 projets d'extension

**153 lits fermés provisoirement + 496 lits ouverts et transférés

Depuis 2006, 15 nouveaux EHPAD (+ 5 extensions) représentant 638 lits nouveaux ont ouvert et 18 nouveaux EHPAD, en cours de construction, (+ 12 extensions) représentant 1 670 lits, ouvriront en 2011, 2012, 2013 et 2014.

Dès lors, le département des Alpes-Maritimes disposera au total de **14 127 lits**, dont **12 646 lits médicalisés d'EHPAD** à l'horizon **2014**, ce qui représente plus de 8 000 emplois équivalent temps plein (ETP).

En l'état, il est important de noter que les 2 308 lits nouveaux autorisés dans le cadre des ouvertures du précédent schéma ne sont pas encore totalement financés au titre des soins.

En effet, dans le cadre du plan de relance, 18 EHPAD, représentant un total de 1 306 nouveaux lits, ont bénéficié d'une autorisation conjointe, sur la base d'un financement soins partiel.

A ce jour, seuls 2 EHPAD, représentant 163 nouveaux lits, sont intégralement financés au titre des soins, alors même que 16 autres EHPAD restent en attente de financements complémentaires, pour un total de 803 nouveaux lits.

Avec la création des nouveaux lits d'EHPAD autorisés, le ratio d'équipement départemental (*en lits médicalisés EHPAD*) est de **99 lits** pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.

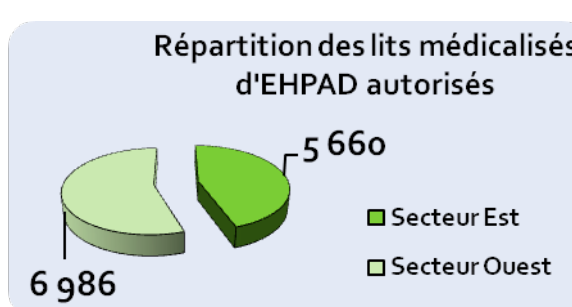
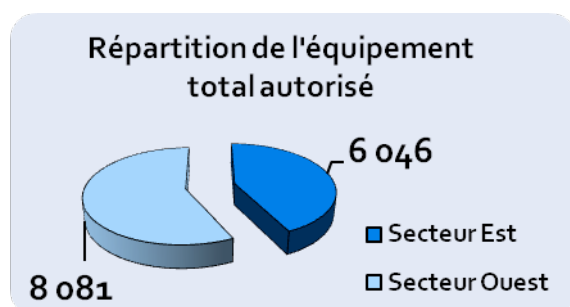
Par comparaison, le ratio d'équipement des Alpes-Maritimes (*en lits médicalisés EHPAD*) est proche de la moyenne nationale, qui est de **99,4** lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, et supérieur aux ratios d'équipements observés sur des départements comparables, au niveau de la région, comme le met en évidence le tableau ci-après :

*Ratios d'équipements (lits médicalisés) en région PACA**

Départements	Ratio d'équipement
Hautes-Alpes*	99,9
Alpes-Maritimes	99
Alpes-de-Haute-Provence*	88
Vaucluse*	84,9
Var*	76,1
Bouches-du-Rhône*	75
France métropolitaine*	99,4

*Source DREES 2010

Au plan départemental, la répartition de l'équipement total est différente entre l'Est et l'Ouest du département. Ce constat implique d'engager une réflexion en vue d'un rééquilibrage géographique, plus particulièrement sur la ville de Nice, dont le ratio d'équipement en lits médicalisés d'EHPAD (*60 pour 1000 personnes âgées de + de 75 ans*) est le plus bas du département, au regard de la population âgée domiciliée sur cette commune.



L'Offre d'Hébergement à l'Horizon 2014



Localisation des Etablissements "ouverts" et "à ouvrir".

Sources : DSS / PEPAH 2011 – Fond Cartographique: CORINE Land Cover 2006.



Localisation des Etablissements pour Personnes Agées:

- Etablissements ouverts
- Etablissements à ouvrir



CONSEIL GÉNÉRAL ALPES-MARITIMES



2011

Projection Lambert 93 – Système géodésique RGF93 – Ellipsoïde IAG-GRS80

© Service de l'Information Territoriale - Carte réalisée le 5 septembre 2011 - Schéma Démographique Départemental Horizon 2014

Davantage de lits habilités à l'aide sociale à des tarifs accessibles

Actuellement, sur les 12 304 lits autorisés et en fonctionnement, **6 021 lits** sont habilités à l'aide sociale (près de **50 %**).

Structures autorisées et en fonctionnement au 30 juin 2011

Type de structures	STRUCTURES		LITS	
	Total autorisées	Habilités à l'aide sociale	Total autorisés	Habilités à l'aide sociale
EHPAD	166	74	10 823	5 405
Petites Unités de Vie	8	2	147	34
Logements Foyers	21	11	1 334	582
TOTAL	195	87	12 304	6 021*

**dont 424 lits nouveaux autorisés dans le cadre du schéma 2005/2011*

L'observation du tableau ci-après met en évidence la prépondérance du secteur public pour l'habilitation à l'aide sociale, à deux niveaux :

- avec 4 065 lits sur 6 021 et 48 établissements sur 87, *habilités à l'aide sociale*, le secteur public comprend la plus grande part sur le total habilité à l'aide sociale ;
- la quasi totalité des établissements, (48 sur 52) et des lits (4 065 sur 4 152) autorisés, et relevant du secteur public, sont habilités à l'aide sociale.

Bien que moins représenté en nombre de lits et d'établissements autorisés, le secteur associatif dispose néanmoins d'un nombre de lits habilités à l'aide sociale qui représente plus de la moitié de sa capacité autorisée :

- 1 388 lits habilités à l'aide sociale sur 2 117 lits autorisés pour ce secteur ;
- 16 établissements habilités à l'aide sociale sur 28 autorisés.

Enfin le secteur privé est le moins doté en établissements et lits habilités à l'aide sociale puisqu'il dispose de :

- 563 lits habilités sur les 6 021 lits autorisés ;
- 23 établissements habilités (en totalité ou partiellement) sur les 115 autorisés.

Répartition des structures et lits autorisés et en fonctionnement, par statut

Statuts	STRUCTURES		LITS	
	Total autorisés	Total habilités à l'Aide Sociale	Total autorisés	Total habilités à l'Aide Sociale
Public	52	48	4 152	4 065
Associatif	28	16	2 117	1 388
Privé	115	23	6 035	568
TOTAL	195	87	12 304	6 021

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées habilités à l'aide sociale, par statut

Sources : SIGD Section Données & Cartographie Décisionnelle 2011 – DGSD/DGA SSI/DSS/SDSTEF/SSD 2011.



**CONSEIL GÉNÉRAL
ALPES-MARITIMES**

0 10 20 30 km
Projection Lambert 93 — Système géodésique RGF93 — Ellipsoïde IAG-GRS80

2011

Avec les dispositions prévues par le précédent schéma départemental, et l'ouverture de la totalité des structures autorisés, le nombre de lits habilités à l'aide sociale augmentera d'une manière générale et notamment pour les secteurs privé et associatif, qui connaîtront une progression sensible.

Le nombre de lits habilités à l'aide sociale répond aux besoins des bénéficiaires de l'aide sociale, puisque 2 275 personnes relevant de l'aide sociale sont accueillies en établissements habilités à l'aide sociale, ce qui représente 38 % des lits habilités à l'aide sociale.

Cet écart entre le nombre de lits habilités aide sociale et le taux d'occupation par les bénéficiaires aide sociale peut s'expliquer notamment par la stabilité du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale en établissements sur ces 10 dernières années :

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2 172	2 245	2 233	2 335	2 396	2 162	2 142	2 326	2 342

Pour autant les besoins concernent surtout les personnes âgées qui ne bénéficient pas de l'aide sociale, mais qui ne peuvent assurer des frais d'hébergement importants, compte tenu de la modicité de leurs ressources.

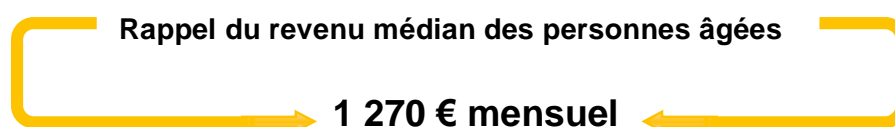
Pour l'hébergement, les tarifs des établissements habilités à l'aide sociale, sont fixés chaque année par le Président du Conseil général.

Ils sont librement fixés par les responsables pour les établissements non habilités à l'aide sociale, sachant que l'évolution de ces tarifs est toutefois encadrée sur la base d'un taux fixé chaque année par le Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie.

L'étude réalisée récemment auprès des EHPAD a permis de relever des disparités de tarifs selon les secteurs :

<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; background-color: #e6f2ff; padding: 10px;"> <p>Entre 65 € et 85,65 € TTC pour le secteur privé</p> <p>Soit 1 900 € à 2 500 € par mois*</p> </div>	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 10px;"> <p>Entre 50 € et 55 € TTC pour le secteur public / associatif</p> <p>Soit 1 500 € à 1 650 € par mois*</p> </div>
--	---

**hors ticket modérateur (4,50 €/jour - 130 €/mois et participation APA)*



Rapportée aux données de l'INSEE sur le revenu médian des personnes âgées dans le département, cette étude confirme que les tarifs pratiqués sont au-dessus de ce revenu.

Afin de mieux répondre aux besoins, deux actions fortes sont à rappeler.

En premier lieu, le Conseil général s'est toujours attaché à maîtriser l'évolution des tarifs hébergement des établissements habilités à l'aide sociale.

Plus encore, une récente disposition du règlement départemental d'aide et d'actions sociales prévoit la possibilité d'allouer des subventions d'investissement aux établissements relevant du secteur public et associatif, habilités à l'aide sociale, qui s'engagent à proposer un tarif hébergement inférieur ou égal à 58 €, après intégration de tous les surcoûts liés aux travaux.

En second lieu, les orientations du précédent schéma ont soumis toute autorisation de création ou d'extension d'EHPAD à une double obligation :

- celle de réserver au moins 20 % de la capacité totale à des lits habilités à l'aide sociale, et un tarif journalier maximum de 52,32 € (valeur 2011) ;

- celle de destiner ces lits, à la fois à des bénéficiaires de l'aide sociale, et des résidents payants disposant de revenus modestes, dans le cadre d'une convention conclue avec les centres communaux d'action sociale.

Les objectifs fixés ont été largement réalisés, comme l'indique le tableau suivant :

Statuts	Projets	Capacité Autorisée			Lits habilités à l'aide sociale
		Lits nouveaux	Lits transférés	TOTAL	
Public	7	95	71	166	166
Associatif	10	399	89	488	444
Privé	33	1 814	489	2 303	598
TOTAL	50	2 308	649	2 957	1 208

En effet, **41 %** des lits autorisés dans le cadre du schéma 2005/2011 (lits nouveaux et transférés), tous secteurs confondus, soit **1 208** lits sont habilités à l'aide sociale, dont **26 %** pour le secteur privé, soit **598** lits.

Depuis la mise en œuvre de ces dispositions, 424 lits habilités à l'aide sociale sont ouverts, il reste 784 lits habilités à l'aide sociale dont l'ouverture est programmée entre 2011 et 2014.

En 2014, le département des Alpes-Maritimes comptera donc 784 lits habilités supplémentaires, soit **6 805** lits habilités sur les 14 127 lits autorisés installés.

Plus de places et de lits pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou troubles apparentés

Les structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour permettent d'améliorer la prise en charge au domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'apporter un soutien aux familles.


Le schéma départemental gérontologique 2006/2010 a prévu une augmentation significative des places d'accueil de jour et des lits d'hébergement temporaire.

En effet, dans le cadre des demandes de créations ou d'extensions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), il a été demandé aux promoteurs d'inclure dans leurs projets la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

En outre, le département a adopté un plan Alzheimer afin d'amplifier ces créations.

A ce jour, 203 places d'accueil de jour et 120 lits d'hébergement temporaire ont été autorisés.

Le nombre de places d'accueil de jour ou de lits d'hébergement temporaire pour les malades Alzheimer est intégralement supporté par les EHPAD, soit 210 places d'accueil de jour et 56 lits en hébergement temporaire.

	ACCUEIL DE JOUR	HEBERGEMENT TEMPORAIRE
Places ouvertes	210	56
Places en cours d'ouverture	124	78
TOTAL	334	134
		
Dont créations dans le cadre du schéma 2005/2011	203	120

L'activité de l'accueil de jour a progressé au cours de ces dernières années, en raison des moyens supplémentaires alloués au titre des soins et des forfaits dépendance prévus dans le cadre de l'APA à domicile (40 € par jour pour les GIR 1/2 et 30 € par jour pour les GIR 3/4), qui ont permis de régler sensiblement le problème des frais de transport, qui constituait un frein au développement de ce type d'accueil.

Accueil de jour et hébergement temporaire pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et/ou troubles apparentés

Sources : SIGD Section Données & Cartographie Décisionnelle 2011 – DGSD/DGA SSIL/DSS/SDSTEF/SSD 2011 .



**CONSEIL GÉNÉRAL
ALPES-MARITIMES**



2011

Des conditions d'accueil et de prise en charge améliorées avec la signature des conventions tripartites

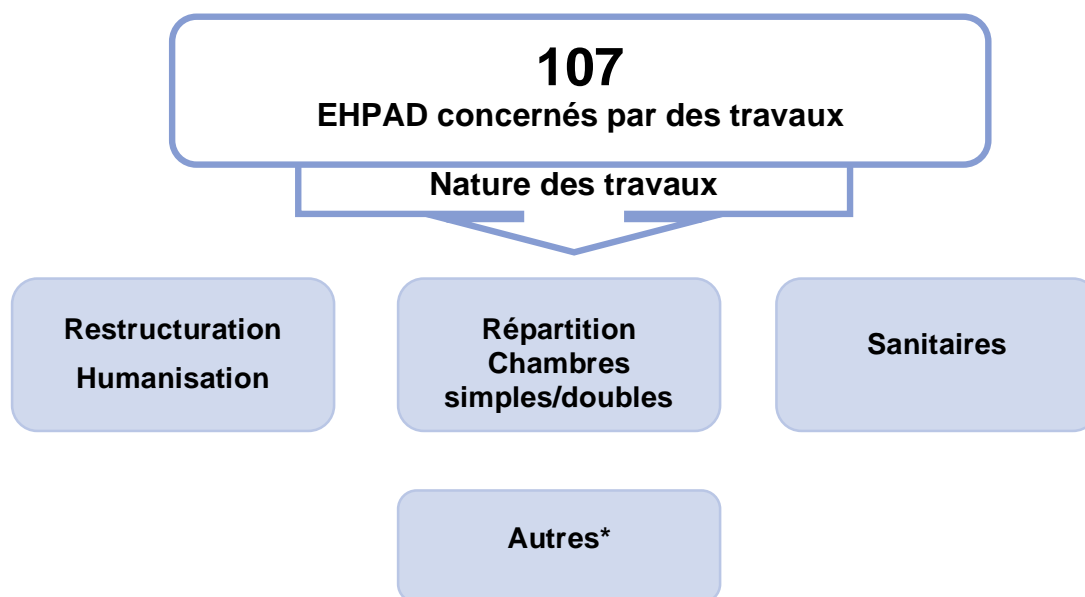
Les établissements accueillant des personnes âgées ont dû, dans le cadre de la réforme de la tarification, signer une convention tripartite d'une durée de 5 ans avec les services de l'État et du Conseil général, co-financeurs.

La signature de cette convention a permis aux EHPAD de s'inscrire dans une démarche qualité, de prévoir des travaux en vue d'améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées et de bénéficier de moyens nouveaux pour le recrutement de personnels qualifiés.

La date limite de la signature des conventions tripartites était le 31 décembre 2007. Aujourd'hui, **166** EHPAD ont signé la convention tripartite ou son renouvellement.

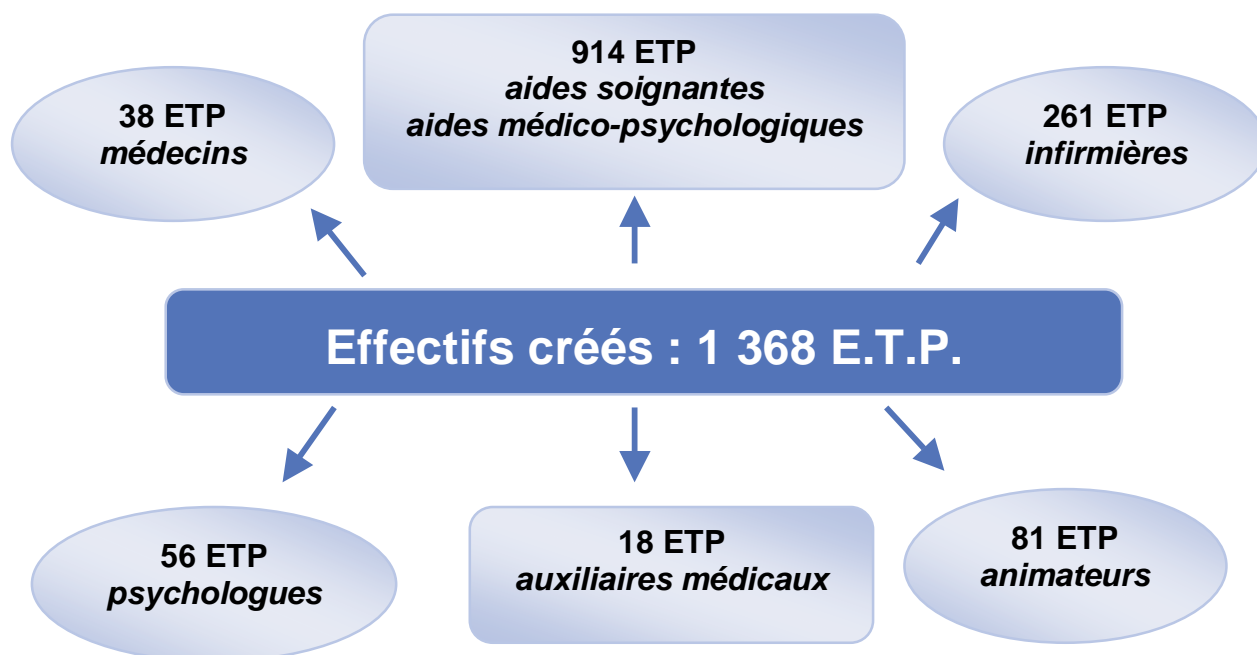
La signature des conventions tripartites a eu des incidences très importantes dans le département des Alpes-Maritimes.

Elle a permis d'améliorer notablement les conditions d'accueil des résidents. Dans le cadre des recommandations prévues par le cahier des charges national, sur lequel se fonde la signature des conventions tripartites, **107** EHPAD sont en effet concernés pour des travaux qui s'organisent comme suit :



**locaux collectifs, surfaces de chambres...*

Cette réforme a aussi permis d'allouer des moyens en personnels qualifiés supplémentaires, pour une meilleure prise en charge des personnes accueillies. Plus de **1 360 ETP** (*Équivalent Temps Plein*) ont ainsi été accordés au titre de la dépendance et des soins et se répartissent de la manière suivante :



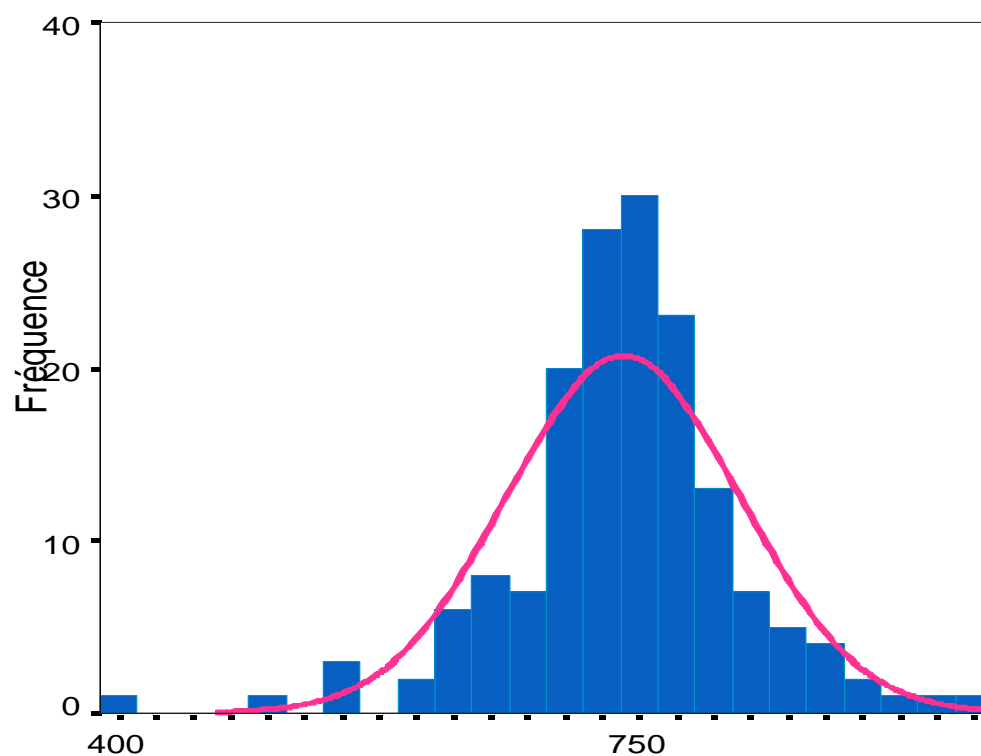
Le dispositif prévu dans le cadre de la mise en œuvre de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) pourrait contribuer à la fois à améliorer la situation des personnels en place et à favoriser le recrutement des personnels soignants, pour lesquels il est observé, au plan national, une pénurie.

Dans le département des Alpes-Maritimes, ce dispositif présenterait un intérêt indéniable à condition que les jurys puissent s'organiser au niveau départemental. A cet effet, le Conseil général œuvre depuis longtemps en ce sens.

En l'état, le ratio d'encadrement des EHPAD est de **0.65 ETP**, toutes sections tarifaires confondues, pour un GMP moyen évalué en 2010 à **739,36** (base échantillon représentatif d'EHPAD).

Sur cette base, la distribution des GMP des EHPAD s'organise comme suit :

Distribution des GMP des EHPAD



Distribution GMP 2010

L'analyse de cette évaluation fait apparaître, notamment, les éléments suivants :

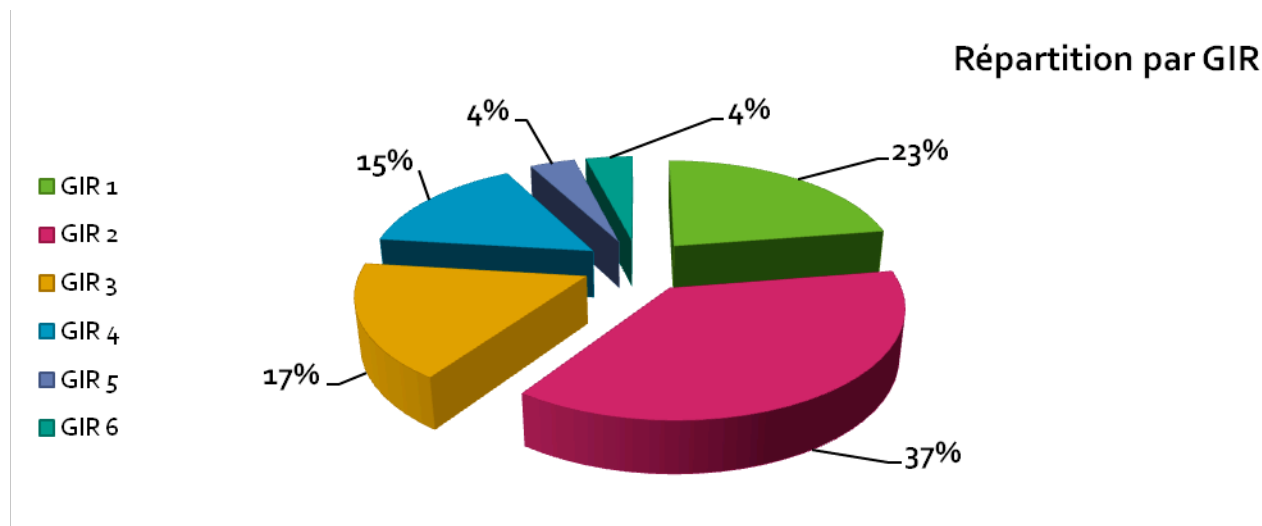
GMP le plus élevé : 974,40

▪ 25 ont un GMP supérieur ou égal à 800

▪ 102 EHPAD ont un GMP compris entre 700 et 799

GMP le plus bas : 396,15

Cette analyse met également en évidence que les personnes admises en EHPAD sont plus dépendantes, comme l'indique le graphique ci-après :



Un équipement localisé principalement en zone urbaine

Les établissements sont essentiellement implantés en zone urbaine, dans la mesure où la population âgée est domiciliée à 95 % sur cette zone.

Pour confirmation de ce constat, une récente étude effectuée auprès de l'ensemble des établissements du département, a mis en évidence que les résidents sont avant tout des résidents de proximité, même si cela se vérifie moins pour les EHPAD du haut pays.

En effet, si 67 % des résidents des EHPAD du littoral sont des résidents de proximité, dans le haut pays, ce chiffre n'est plus que de 38 %, ce qui signifie que 62 % de l'activité des EHPAD du haut pays est tributaire d'une population plus éloignée.

Même si l'activité de ces établissements est actuellement satisfaisante, la création des lits nouveaux réalisée dans le cadre du précédent schéma, pourrait avoir des incidences sur le fonctionnement des établissements implantés dans le Haut Pays, ainsi que sur l'économie locale en tant que principaux employeurs.

Il conviendra donc d'être vigilant sur l'évolution de ces établissements et d'envisager toutes possibilités permettant de pérenniser leur activité à travers notamment des projets de diversification et de complémentarité.

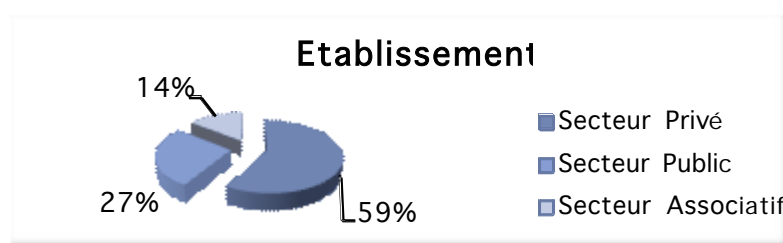
Au-delà du confortement des établissements existants, le Département restera attentif à toute possibilité de création correspondant aux besoins de certains territoires.

La prépondérance du secteur privé

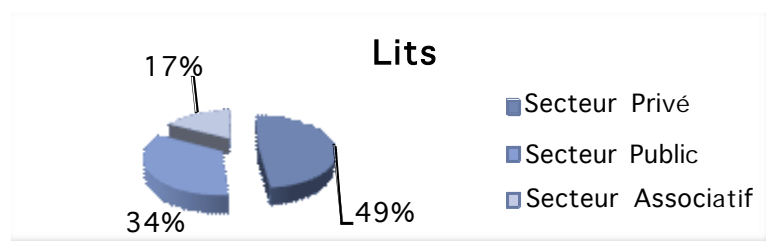
Depuis longtemps, le secteur privé est fortement implanté dans le département des Alpes-Maritimes.

	PRIVE	PUBLIC	ASSOCIATIF
LITS	6 035	4 152	2 117
ETABLISSEMENTS	115	52	28

Sur les 195 établissements, le secteur privé est le plus représenté tant en établissements...



... qu'en nombre de lits, bien que dans des proportions moins significatives :

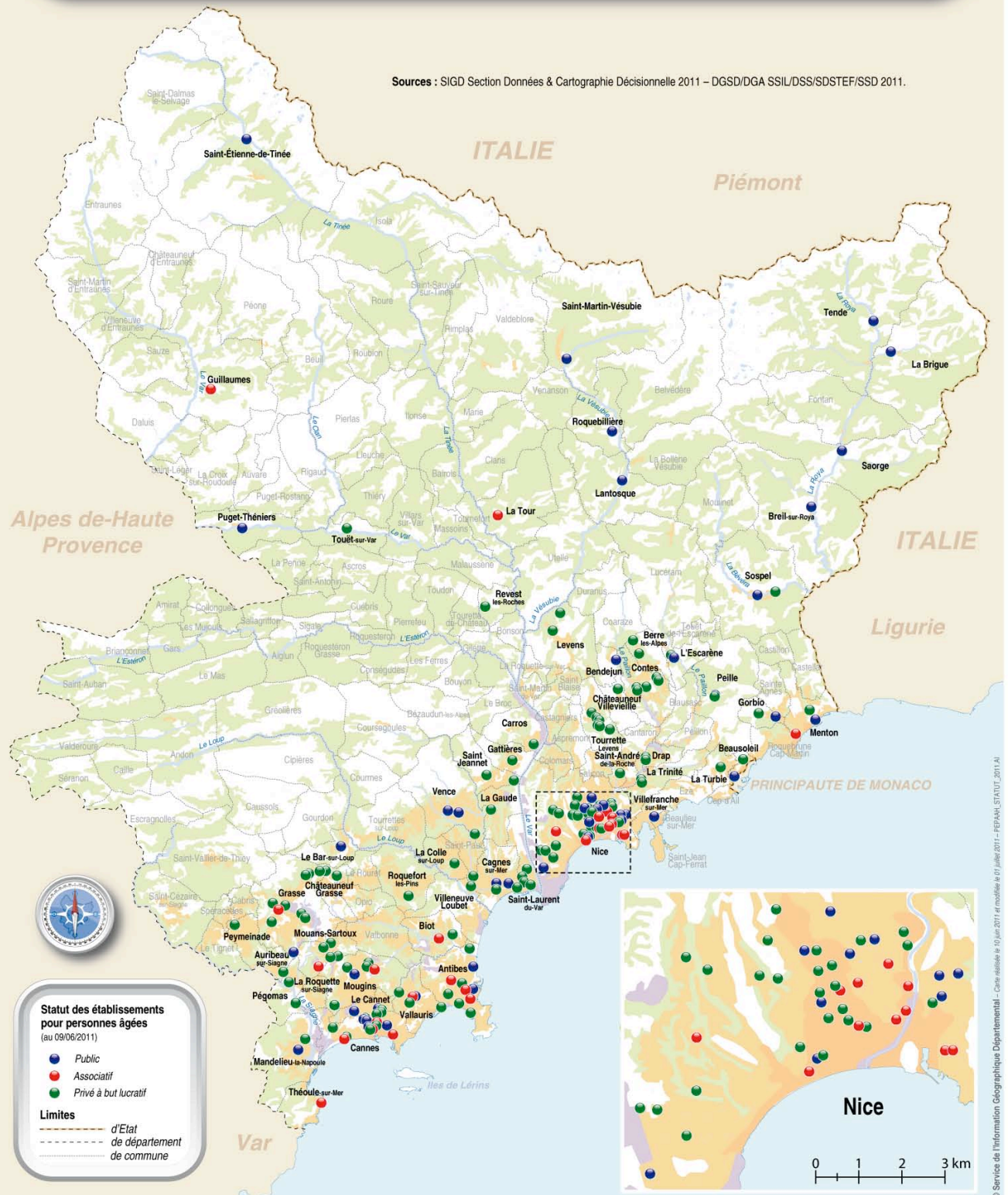


Par comparaison, la représentation du secteur privé dans le département est plus importante que la moyenne nationale qui est de l'ordre de 15 % en nombre d'établissements et de lits.

Il est important également de souligner qu'un tiers des lits d'EHPAD privés sont gérés par des groupes nationaux dont l'implantation dans le département des Alpes-Maritimes s'est accrue au cours de ces dernières années.

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées par statut

Sources : SIGD Section Données & Cartographie Décisionnelle 2011 – DGSD/DGA SSI/LDSS/SDSTEF/SSD 2011.

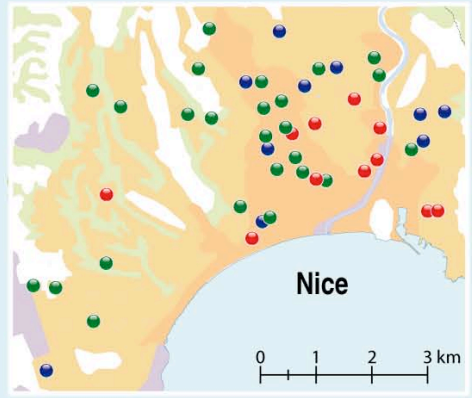


Statut des établissements pour personnes âgées
(au 09/06/2011)

- Public
- Associatif
- Privé à but lucratif

Limites

- d'Etat
- - - de département
- _____ de commune



CONSEIL GÉNÉRAL ALPES-MARITIMES



2011

Projection Lambert 93 – Système géodésique RGF93 – Ellipsoïde IAG-GRS80

© Service de l'Information Géographique Départementale – Carte réalisée le 10 juin 2011 et modifiée le 01 juillet 2011 – FERRAN, STATUT_2011_A

Un niveau d'activité proche de la moyenne nationale

Il ressort aussi de l'étude réalisée auprès des établissements, que les caractéristiques de l'équipement départemental sont proches de ce qui est observé au plan national.

Taux d'occupation moyen : **95,8 %**

Public : **97,1 %**
Associatif : **95,8 %**
Privé lucratif : **94,2 %**

(moyenne nationale : **96 %**)

Durée moyenne de séjour : **2,86 ans**

Hommes : **2,46 ans**
Femmes : **2,99 ans**

(moyenne nationale : **2,5 ans**)

Taux d'occupation de **70 %**
pour l'accueil de jour

Durée moyenne de séjour de **1,85 an**
pour les Unités de Soins Longue

Age moyen d'entrée : **85,7 ans**

Hommes : **82,3 ans** - Femmes : **87,6 ans**
(moyenne nationale : **84,1 ans**)

Enquête réalisée en 2009/2010 auprès des établissements 06

Ainsi, la moyenne nationale de l'âge d'entrée en établissement est de **84,1 ans**. Elle est dans notre département de **85,7 ans**, avec une différence entre les hommes et les femmes :

- 82,3 ans pour les hommes ;
- 87,6 ans pour les femmes.

Les actions de soutien à domicile qui sont très importantes dans le département des Alpes-Maritimes ont contribué à retarder l'âge d'entrée en établissements. Actuellement, la durée moyenne d'un séjour, qui est de **2,5 ans** au niveau national, est de **2,86 ans** dans les structures du département.

Cette durée de séjour est variable entre les hommes et les femmes...

- 2,46 ans pour les hommes ;
- 2,99 ans pour les femmes.

... et selon le type de structures d'accueil, puisqu'elle est de **1,85 ans** dans les EHPAD-Unité de soins de longue durée.

Le taux d'occupation moyen est un indicateur pertinent qui permet de mesurer l'activité des établissements. L'étude précitée fait ressortir un taux d'activité moyen local (**95,8 %**), à la fois proche du niveau national (**96 %**) et supérieur à celui qui avait été constaté dans le cadre du précédent schéma (**95,16 %**).

Ce taux d'activité moyen départemental s'avère plus élevé dans le secteur public (97,1 %) que dans les secteurs associatif (95,8 %) et privé à but lucratif (94,2 %).

L'accueil familial : une alternative au domicile et à l'hébergement en établissement

L'accueil familial est l'illustration de la diversité des modes de prise en charge susceptibles d'apporter une réponse adaptée à l'attente des personnes âgées lorsque certaines d'entre elles ne peuvent plus vivre de manière autonome.

Actuellement, l'accueil familial dispose d'une réglementation à laquelle le Conseil général participe activement puisque les textes stipulent que le Président du Conseil général organise le contrôle des accueillants familiaux, le suivi social ou médico-social des personnes accueillies, ainsi que les actions de formation, à la fois initiales et continues.

Au 30 juin 2011, le département compte :

11 familles agréés pour 17 places

Chaque année, le Conseil général organise des actions de formation à destination des accueillants familiaux.

En 2011, les thématiques suivantes sont proposées dans le cadre de cette formation : la nutrition, l'accompagnement en fin de vie, le dispositif administratif (fonctionnement de l'aide sociale, réforme des tutelles, URSSAF...), les gestes de premiers secours, avec des intervenants reconnus dans leur domaine.

Le placement familial, demeure néanmoins peu répandu, en raison, d'un large éventail de services permettant aux personnes âgées de rester à domicile, des possibilités d'hébergement en établissements et des conditions difficiles d'exercice de cette activité.

Le nouveau dispositif juridique, qui permet désormais aux structures de droit public ou privé, d'employer des accueillants familiaux, pourrait contribuer à développer cette forme d'accueil.

3 – Un plan départemental Alzheimer précurseur et très avancé

Par son dynamisme et sa volonté de répondre de manière adaptée à l'évolution des technologies, le Conseil général a doté, à travers des « appels à projet santé » qui mobilise chaque année 3 M€, les services hospitaliers et les territoires de matériaux et de dispositifs les plus performants et les plus innovants au service de la santé.

Le Conseil général s'est, ainsi, engagé fortement dès 2007 en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou troubles apparentés, à travers un plan départemental qui représente 4,4 M€ de crédits spécifiques, décliné à travers cinq objectifs opérationnels dont les actions sont pour partie d'ores et déjà réalisées.

De la recherche fondamentale...

■ **Approfondir la connaissance**

Il s'agit de mieux connaître, à la fois, les mécanismes moléculaires et cellulaires responsables du développement de la maladie mais également les problématiques médicales, sociales et familiales rencontrées par les personnes atteintes de la maladie, et de recenser leurs besoins.

Ainsi, le Conseil général a, notamment, apporté son soutien financier, pour :

- des études de recherche fondamentale réalisées par des équipes de l'Institut de Pharmacologie Moléculaire et Cellulaire (IPMC) de Sophia Antipolis (étude de la régulation de la bêta secrétase, étude sur les lésions et déficits cognitifs chez les souris...)
- le déploiement de technologies de pointe telle la caméra PET permettant un diagnostic précoce de la maladie ;
- l'implantation de l'Institut Claude Pompidou à Nice, avec le soutien de la Fondation Claude Pompidou, qui a pour objectif principal d'être un modèle au niveau du soin, de la recherche et de l'enseignement à tous les stades de la maladie d'Alzheimer ;
- L'installation de la base de données CALLIOPE par le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) du CHU de Nice.

Après une phase départementale de développement de l'outil de recueil de données, CALLIOPE a été retenu au niveau national comme base de recueil de l'ensemble des consultations mémoire.

A partir des données de CALLIOPE, des études prévues dans le plan sont en cours.

Elles concernent d'une part l'estimation du nombre de personnes atteintes dans les Alpes-Maritimes et d'autre part les problèmes et les besoins des personnes présentant une maladie d'Alzheimer et de leurs aidants.

■ Prévenir et dépister

La recherche fondamentale et la recherche clinique (équipe du CMRR du CHU de Nice) s'associent pour développer de nouveaux outils afin de faciliter le dépistage de la maladie.

- La recherche sur les marqueurs biologiques (équipe de l'Institut de Pharmacologie moléculaire et cellulaire) a pour but d'apporter un élément diagnostique supplémentaire avec la mise au point d'un kit de dosage immunologique. A cet égard, un article, publié dans *le Journal of neurochemistry* (2009) **109**, 248-256 « *Aminopeptidase A contributes to the N-terminal truncation of amyloid β -peptide* », a fait le point de l'avancée des travaux.

- Une autre étude en collaboration avec la prestigieuse université de STANFORD cherche à mettre en évidence d'éventuelles corrélations entre « déterminisme génétique de la maladie d'Alzheimer » et « troubles du sommeil ».

... aux actions au plus près des personnes âgées

■ Mieux faire connaître la maladie

La création d'une commission Alzheimer au sein de l'ODEGAM a dégagé trois axes de travail prioritaires :

- la coordination à domicile autour de la personne, préfigurant ainsi la mise en place des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ;

- l'intégration du parcours de vie dans l'évolution des prises en charges, du domicile à l'accueil temporaire et à l'hébergement à temps plein, à travers des recommandations pour l'élaboration d'un dossier unique d'admission en établissement ;

- l'information des professionnels, des aidants et du public.

L'une des actions, menée par la commission Alzheimer de l'ODEGAM, s'adresse au grand public pour d'une part « dé-stigmatiser » cette pathologie et d'autre part faire connaître le dispositif de prise en charge existant dans le département, du dépistage avec, par exemple, les consultations mémoire, aux thérapeutiques non médicamenteuses (accueils de jour...).

Un dépliant a été élaboré pour répondre à cet objectif.

Enfin, le Département participe également aux manifestations organisées en faveur de cette maladie, comme la journée mondiale Alzheimer, le Train Alzheimer, etc...

Prendre en charge et accompagner les malades et les familles

Pour faire suite au développement de l'offre d'accueil temporaire, la prise en charge et l'accompagnement des personnes présentant une maladie d'Alzheimer se sont diversifiés avec l'ouverture par l'association France Alzheimer 06 :

- des haltes répit qui sont organisées 2 fois par semaine à Menton et 1 fois par semaine à Sospel et Breil-sur-Roya ;
- d'ateliers « patients jeunes » une fois par semaine.

De plus, le nombre de groupes de parole et de permanences d'accueil organisés par l'association France Alzheimer 06 est également en augmentation.

■ Accompagner les professionnels

L'expérience du Conseil général dans le télé enseignement, en utilisant, sur les sites du département équipés, le système « medicin@païs » pour lequel le Département des Alpes-Maritimes est pilote, permet de répondre aux besoins de la formation médicale continue des praticiens du haut et du moyen pays.

Par ce canal, les intervenants de France Alzheimer 06 dispensent également une formation spécifique à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer aux professionnels des hôpitaux locaux, EHPAD et services de soins à domicile du haut et du moyen pays :

- 86 personnes ont été formées dans la vallée de la Roya en 2009 et 82 en 2010 ;
- une nouvelle formation a été programmée en 2011 dans les autres vallées.

A l'initiative du CMRR de Nice et de France Alzheimer 06, des plaquettes ont été également élaborées pour les professionnels des EHPAD, indiquant la conduite à tenir pour répondre à des situations anxiogènes.

Une étude a été conduite pour évaluer ce dispositif.

4 – Une démarche qualité pour promouvoir la bientraitance

Le département des Alpes-Maritimes se caractérise par un grand nombre, à la fois de personnes âgées de plus de 60 ans, et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Afin de favoriser la bientraitance et de prévenir la maltraitance, des actions locales concrètes, novatrices et complémentaires du dispositif général national, ont été engagées.

Une réunion mensuelle conjointe avec les services de l'Agence Régionale de la Santé pour examiner les plaintes dans les établissements

Le contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées est régulièrement réalisé par les institutions, dans le cadre des compétences qui leur sont dévolues par le dispositif législatif et réglementaire.

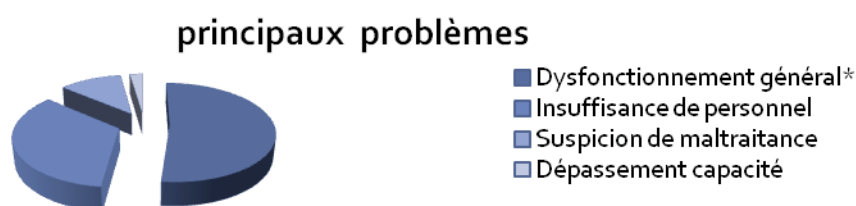
Dans ce cadre, les services du Conseil général et de l'Agence Régionale de Santé se sont associés dans cette démarche. Ils se réunissent tous les mois, afin d'examiner les plaintes et de programmer les contrôles conjoints dans les établissements concernés.

Ces contrôles conduisent à adresser des injonctions aux établissements en vue de remédier aux dysfonctionnements constatés, avec dans certains cas la désignation d'un administrateur provisoire et dans les situations ultimes, des fermetures administratives.

A titre d'information, au cours de ces cinq dernières années, le bilan des contrôles qui ont été réalisés s'établit comme suit :

- 104 contrôles réalisés ;
- 13 fermetures administratives d'établissements, dont 4 avec la désignation d'un administrateur provisoire ;
- 8 établissements ont fait l'objet de la désignation d'un administrateur provisoire en vue de remédier aux dysfonctionnements constatés ;
- 47 signalements ont été adressés aux Parquets de Nice et de Grasse.

Pour l'essentiel, ces contrôles ont mis en évidence les principaux problèmes suivants :



**hygiène, sécurité, gestion défaillante...*

Une cellule départementale interinstitutionnelle de contrôle

Afin de mettre en œuvre une politique ambitieuse de contrôle et de prévention de la maltraitance dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, il a été créé **une cellule interinstitutionnelle de contrôle** qui associe l'ensemble des institutions et services qui ont vocation à effectuer des contrôles dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Il s'agit des institutions suivantes :

- Le Conseil général ;
- Les Parquets de Nice et de Grasse ;
- La délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé ;
- La direction départementale de la cohésion sociale ;
- La direction départementale de la protection des populations ;
- L'unité territoriale de la direction régionale, des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE PACA) ;
- Le service départemental d'incendie et de secours ;
- La caisse régionale d'assurance maladie du Sud est ;
- La caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes.

Installée en septembre 2007, cette cellule a pour mission d'apprécier et de coordonner les actions menées dans le cadre du contrôle des établissements et d'élaborer un bilan annuel de ces actions, en lien avec le comité départemental des personnes âgées (CODERPA) et les fédérations d'établissements.

Un dispositif d'accompagnement des EHPAD dans un objectif de qualité

Parallèlement, un dispositif d'accompagnement a été mis en place par le Conseil général dans le cadre d'une démarche de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Cette démarche d'accompagnement vise à apporter un réel soutien technique aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et à conforter, à travers cette démarche, le dialogue engagé avec les établissements et leurs représentants.

Pour cela, le Conseil général des Alpes-Maritimes a mandaté un cabinet pour réaliser, une mission d'évaluation de la qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

A ce jour, **55 établissements** ont bénéficié de cet accompagnement.

A terme, tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées auront été évalués dans le cadre de cette mission.

Les actions de la commission « Éthique et Droit » de l'Observatoire gérontologique des Alpes-Maritimes

Au sein de l'Observatoire gérontologique départemental (ODEGAM), qui associe toutes les institutions, les associations, les établissements, ainsi que les représentants des professionnels et des personnes âgées intervenant en gérontologie, la commission « éthique et droit » a été créée en 1997 et s'est réunie jusqu'en 2011.

L'objet des travaux de cette commission a été l'analyse des conditions juridiques et morales de prise en charge des personnes âgées par les services et structures, afin de proposer des actions visant à renforcer l'intégration des principes d'éthique en gérontologie.

Trois étapes ont jalonné ce travail :

- **La charte de la personne âgée dépendante**

La commission « éthique et droit » a veillé à ce que la charte qui prévoit notamment que *« même en situation de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyen. Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect de leurs différences doit être reconnue et préservée »*, soit correctement connue, diffusée et affichée, notamment dans les EHPAD.

- **La création d'un outil de formation des professionnels et d'information du grand public**

Durant l'année 2004, les membres de la Commission Éthique et Droit ont travaillé à l'élaboration d'un « Guide de la Bienveillance », véritable outil de formation des professionnels et d'information du grand public.

Il développe les grands principes de la bienveillance (citoyenneté, dignité, intimité, respect mutuel, vigilance sur d'éventuelles situations de maltraitance) et s'attache aux droits et obligations de la personne âgée.

L'esprit de cette réalisation était une démarche positive afin de ne pas focaliser toute l'attention sur la maltraitance (même pour l'éviter) au risque d'oublier ce qu'est un comportement de bienveillance.

Ce guide qui est réalisé sous la forme d'un diaporama, a été présenté lors de la III^{ème} Journée Départementale de Gérontologie qui s'est déroulée en 2004. Il a été diffusé à un public ciblé dans le département, par les membres de la commission « éthique et droit ».

- **Une enquête sur le vécu et le ressenti des personnes âgées du département en ce qui concerne le respect de leurs droits**

En 2009, un questionnaire a été élaboré par l'ensemble des membres de la commission « éthique et droit » au cours de réunions de travail faisant appel aux connaissances et aux expériences de « terrain » de chacun, destiné aux personnes âgées et permettant d'analyser leur « ressenti » quant à leurs droits et libertés.

Entre novembre 2009 et avril 2010, les membres de la commission ont interrogé un panel de 290 personnes âgées lors d'entretiens individuels, en établissements et à domicile, à travers 25 questions réparties selon 6 axes essentiels relatifs aux droits des personnes : dignité, intimité, liberté, autonomie, sécurité, citoyenneté et une question ouverte permettant de parler librement de son vécu, de ses besoins ou de ses aspirations.

L'étude est en cours d'analyse et sera publiée prochainement.

En parallèle avec les travaux de l'observatoire de gérontologie, un médecin du Conseil général a participé à un groupe de travail sur « la maltraitance et la conduite à tenir face à ces situations », mis en place par l'Union Régionale des professions de Santé (URPS PACA). Le résultat de cette étude a été présenté au congrès national de médecine générale qui s'est tenu en juin 2010.

Un dispositif partenarial d'écoute, d'orientation et d'accès aux droits et à la justice en faveur des personnes victimes de maltraitance

Une antenne d'écoute, d'orientation et d'accès aux droits des victimes de violence ou de maltraitance a été installée au CHU de Nice. Cette antenne a pour mission d'apporter un soutien médical, juridique et psychologique, à toutes les personnes victimes de maltraitance, accueillies au CHU de Nice.

A cet effet, le Conseil général a mis à disposition de cette antenne un psychologue.

Dans le cadre de l'antenne d'écoute, d'orientation et d'accès aux droits des victimes de violence ou de maltraitance, le bilan s'établit comme suit :



Pour les personnes âgées, les cas de violences concernent en 2010 : 20 personnes de sexe féminin, de plus de 60 ans et 2 personnes de sexe masculin de plus de 60 ans.

Un numéro vert départemental

En complément du numéro vert national, le Conseil général a mis également à disposition du public un numéro vert : **0 800 746 606**

Tous les appels sont traités en lien avec les institutions compétentes.

Un plan départemental pour la professionnalisation des métiers des services à la personne

Dans ce même souci de qualité de la prise en charge des personnes âgées, le Conseil général a initié plusieurs actions pour la professionnalisation des métiers des services à la personne, dans le cadre d'un partenariat conventionnel avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Ainsi, il a été mis en œuvre une campagne d'information et de communication avec une vidéo de présentation des métiers du secteur, dont une partie se trouve en ligne sur le site internet du Conseil général ; un guide départemental des formations (diplôme de niveau V) ; des participations à des forums emploi/formation en partenariat avec Pôle emploi et des encarts publicitaires dans la presse.

De plus, un module d'accompagnement vers les métiers des services à la personne, a été constitué. Il prévoit, après une procédure d'intégration organisée avec les services de Pôle Emploi, une formation de 8 semaines destinée à faire découvrir les métiers des services à la personne à domicile, ou en établissement.

Le bilan des formations a été très positif, comme en témoignent les résultats suivants :

Bilan 2007-2008

- **144** stagiaires
- **68 %** de sorties positives (emploi ou formation), 3 mois après la fin du module

Bilan 2008-2010

- **172** stagiaires
- **88 %** de sorties positives, 3 mois après la fin du module

300 formations qualifiantes ont été financées : aide soignant, aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale, assistant de vie aux familles

210 contrats aidés ont été également financés dans ce secteur

86 stagiaires ont suivi la téléformation sur la maladie d'Alzheimer dans la vallée de la Roya, et **97** personnes, celle d'agent de service hospitalier qualifié (ASHq)

Enfin, la modernisation du secteur a donné lieu, notamment à :

- la commande d'une étude INSEE sur l'évolution des personnes âgées du département ;
- la labellisation d'une formation en services numériques à la personne ;
- l'aide au démarrage d'une plate forme ressources ;
- la constitution d'une part, de groupes de parole « aide à domicile » qui a réuni, sur les années 2008, 2009 et 2010 400 participants en moyenne par an et, d'autre part, de groupes de parole « personnel encadrant », qui a réuni, sur 2009 et 2010, 25 participants en moyenne par an.

Ces actions de formation et de modernisation sont reconduites en 2011.



Schéma

gériatologique départemental
2012-2016



Un contexte
en **pleine évolution**

1 – L'évolution du vieillissement et de la dépendance moins marquée dans les Alpes-Maritimes à l'horizon 2020

Dans le cadre de l'actualisation du schéma gérontologique départemental, il est important de tracer des perspectives démographiques en s'appuyant sur les projections réalisées par l'INSEE.

Ces projections présentent l'intérêt de dégager des tendances d'évolution de la population âgée des Alpes-Maritimes.

L'analyse de cette étude permet d'extraire des éléments essentiels, qui sont utiles et complémentaires pour l'actualisation de ce document.

Au dernier recensement, le département des Alpes-Maritimes compte 1 087 863 habitants, dont presque 300 000 personnes âgées de plus de 60 ans et plus de 40 000 de plus de 85 ans.

Les personnes âgées sont domiciliées, très majoritairement, sur le littoral (95 %) et 95 000 d'entre elles vivent seules à domicile, dont 71 000 femmes et 24 000 hommes.

L'étude réalisée par l'INSEE, met en évidence que si le département des Alpes-Maritimes était en 2005 le plus âgé de la région PACA, avec 28 % de personnes ayant 60 ans et plus dont 12 % de 75 ans et plus, cette situation devrait évoluer à l'horizon 2020.

En 2020, la part de personnes âgées de 60 ans et plus évoluerait, puisqu'elle représenterait 31 % de la population totale, mais de façon nettement moins importante que dans les autres départements de la région.

Le vieillissement de la population aurait un impact sur l'évolution de la dépendance, qui serait toutefois moins significatif dans le département des Alpes-Maritimes, avec un taux de 1 %, qu'au niveau régional, où le taux d'évolution se situerait en moyenne à + 11 %.

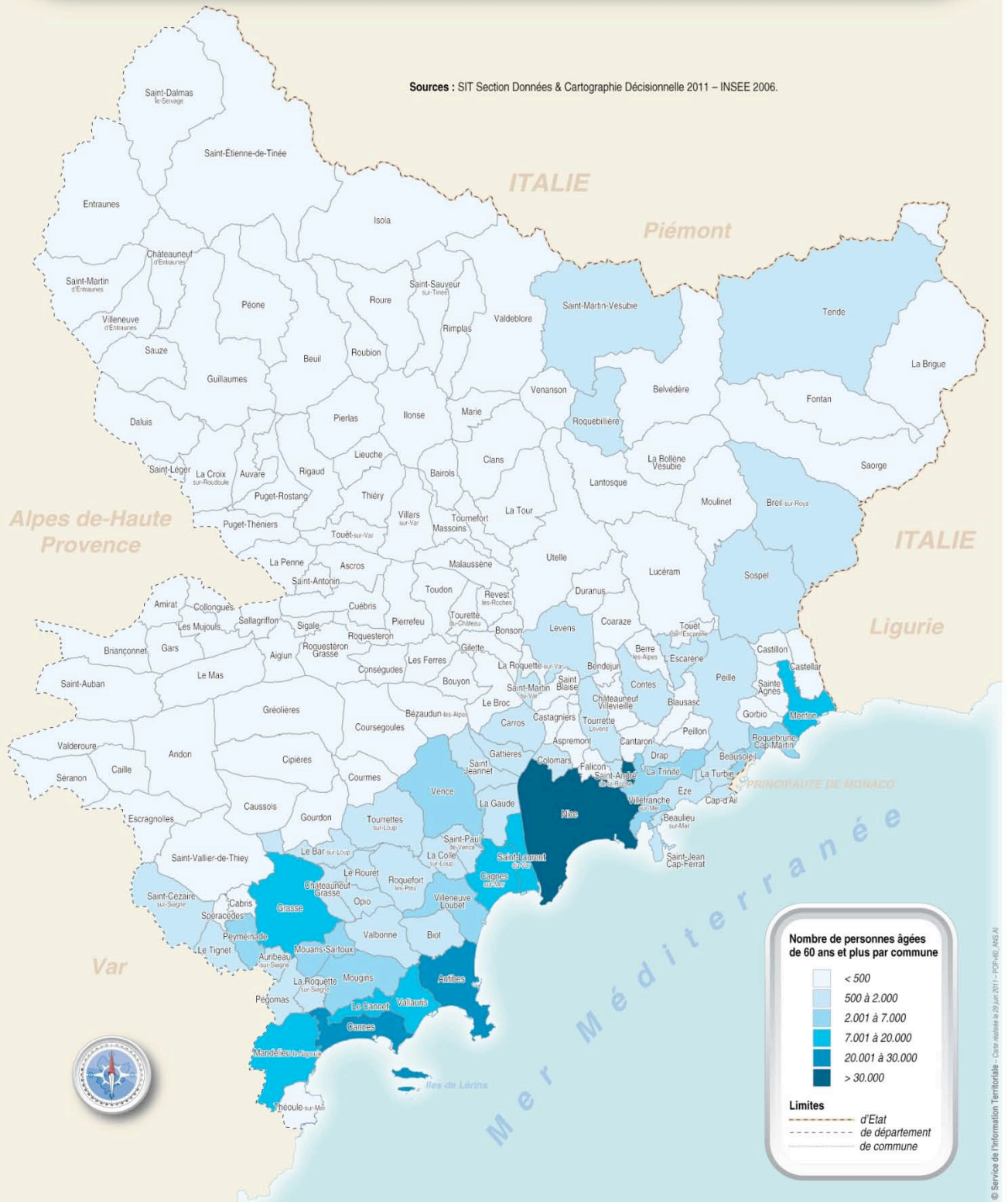
La prise en charge des personnes âgées dépendantes s'organiserait plus à domicile qu'en institution.

Cette étude indique également que l'emploi induit par la dépendance et notamment pour les personnels soignants, augmenterait aussi bien en institution qu'à domicile.

Enfin, cette étude confirme que, contrairement aux idées préconçues, le revenu médian des personnes âgées du département des Alpes-Maritimes demeure peu élevé.

Population âgée de 60 ans et plus sur les Alpes-Maritimes

Sources : SIT Section Données & Cartographie Décisionnelle 2011 – INSEE 2006.



© Service de l'Information Territoriale - Carte actualisée le 29 Juin 2011 - PCP-IGP - INSEE

En 2020, les Alpes-Maritimes perdraient leur 1^{er} rang de département le plus âgé de la région

Le département des Alpes-Maritimes est le plus âgé de la région puisque les 60 ans et plus représentent 28 % de la population, soit 296 900 personnes alors que la moyenne régionale se situe à 24 %.

Près de 4 % de la population âgée de 60 ans et plus, soit près de 12 000 personnes, réside en institution, qu'il s'agisse d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - maisons de retraites et unités de soins de longue durée - de petites unités de vie et de logements foyers.

Plus de 35 % de la population âgée de plus de 60 ans, soit environ 285 300 personnes, vit à domicile.

En 2020, la population des 60 ans et plus atteindrait 365 200 habitants, ce qui représenterait une hausse de 23 % par rapport à 2005, bien moins importante que la moyenne régionale qui serait de 32,1 %.

L'augmentation de la part de la population âgée de plus de 60 ans serait la plus faible de la Région, entre 2005 et 2020. Le département qui était traditionnellement le plus âgé de la région, perdrait ainsi en l'espace de 15 ans, le 1^{er} rang pour arriver au 4^{ème} rang.

Ce changement notable modifierait la place des Alpes-Maritimes dans la région PACA, même si les Alpes-Maritimes resteraient le département où la proportion des personnes âgées de 75 ans serait toujours la plus élevée.

Évolution de la part des 60 ans et plus (en %)

	2005		2020	Evolution
Alpes-Maritimes	28,0	Alpes-de-Haute-Provence	33,8	+ 6,6
Var	27,6	Var	33,4	+ 5,8
Alpes-de-Haute-Provence	27,2	Hautes-Alpes	31,8	+ 7,0
Hautes-Alpes	24,8	Alpes-Maritimes	31,2	+ 3,2
Vaucluse	23,2	Vaucluse	28,4	+ 5,2
Bouches-du-Rhône	22,2	Bouches-du-Rhône	26,5	+ 4,3
PACA	24,9	PACA	29,6	+ 4,7

En 2020, la part des 75 ans ou plus resterait la plus élevée : 12,8 % (contre 11,3 % dans la région) comme en 2005.

Des taux de dépendance en recul

Le nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus est de l'ordre de 22 200, dont 15 100 sont des femmes et 7 100 des hommes.

Sur l'ensemble de la population, le taux de dépendance est de 7,5 % dans les Alpes-Maritimes, alors qu'il n'est que de 6,8 % sur l'ensemble de la région PACA.

La part des personnes dépendantes augmente fortement avec l'avancée en âge et les femmes, à partir de 80 ans sont plus dépendantes que les hommes :

Évolution de la dépendance par tranche d'âge

Tranches d'âges	Répartition
60 – 74 ans	2 %
75 – 84 ans	8 %
85 ans et plus	28 %

Évolution de la dépendance hommes/femmes, par tranche d'âge

Tranches d'âges	Hommes	Femmes
80 – 84 ans	9 %	11,7 %
85 – 89 ans	14,7 %	21 %
90 ans et plus	31,5 %	40,9 %

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation :

- l'espérance de vie supérieure ;
- le conjoint qui est souvent plus âgé ;
- la durée moyenne de survie au conjoint qui de l'ordre de 10 ans.

Par ailleurs, cette étude fait ressortir que près d'une personne dépendante sur trois est accueillie en institution. En effet, à partir de 60 ans, 28,9 % des personnes dépendantes vivent en institutions, soit environ 6 400 personnes. Ce taux est très voisin de la moyenne régionale qui est de 28,2 %.

En revanche, la proportion de personnes âgées accueillies en établissements est variable en fonction des tranches d'âge, mais également de la répartition hommes/femmes, comme le font apparaître les tableaux suivants :

Répartition générale par tranche d'âge

Tranches d'âge	Répartition
60 - 74 ans	15 %
75 - 84 ans	21 %
85 ans et plus	39 %
Moyenne + de 60 ans	28,9 %

Répartition hommes/femmes par tranche d'âge

Tranches d'âge	Hommes	Femmes
60 - 74 ans	16,5 %	12,8 %
75 - 84 ans	15,1 %	25 %
85 ans et plus	24,2 %	42,2 %
Moyenne + de 60 ans	18,8 %	33,6 %

Autre élément important résultant de l'étude de l'INSEE : *une personne dépendante sur cinq vit seule à domicile.*

Bien que la majorité des personnes dépendantes vivent à domicile, soit environ 15 800 sur les 22 200 personnes dépendantes, 28 % d'entre elles, soit un peu plus de 4 400, sont seules.

Cette proportion varie peu en fonction des tranches d'âge.

Répartition des personnes dépendantes vivant seules à domicile

Tranches d'âge	Répartition
60 – 74 ans	16 %
75 – 84 ans	20 %
85 ans et plus	21 %
Moyenne + de 60 ans	28 %

Il est noté aussi que les femmes dépendantes sont cinq fois plus nombreuses que les hommes à vivre seules. En effet, 24,7 % des 15 100 femmes dépendantes sont concernées, soit 4182, contre seulement 9,7 % des 7 100 hommes dépendants, soit 689.

Outre la différence d'espérance de vie, cette disparité pourrait s'expliquer, selon l'INSEE, par le coût de l'hébergement en institution, notamment pour les femmes qui n'ont pas eu d'activité professionnelle ou une carrière moins longue que celle des hommes.

Par ailleurs, les taux de dépendance augmentent avec l'âge et varient selon le lieu de vie des personnes dépendantes.

En institution, ce taux est de 55,3 % pour les personnes de plus de 60 ans, avec une différence entre les femmes (57 %) et les hommes (44,7 %). De manière générale, il atteint 61 % pour les 85 ans et plus.

A domicile, il est en revanche de 5,6 % pour les personnes de plus de 60 ans, avec un écart entre les femmes (6,8 %) et les hommes (4,8 %). Il représente au total 13 % pour les 85 ans et plus.

Cependant, le taux de dépendance est nettement plus élevé pour les personnes âgées dépendantes ne vivant pas seules au domicile (30 % pour les 85 ans et plus), la présence d'un tiers dans la famille étant de nature à retarder, voire à éviter le placement.

A l'horizon 2020, les projections de l'INSEE font ressortir que, malgré une évolution importante du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, les taux de dépendance devraient diminuer, aussi bien à domicile, qu'en institution.

En effet, le taux de dépendance passerait de 7,5 % en 2005 à 6,1 % en 2020. Tous les indicateurs tendent à confirmer ce recul, comme le fait apparaître le tableau suivant :

Évolution de la dépendance en 2020

Tranches d'âge	Taux de dépendance en 2020			Ecart 2005 – 2020 (en points)		
	Domicile	Institution	Ensemble	Domicile	Institution	Ensemble
60 – 69 ans	1,4	29,5	1,6	- 0,3	- 4,9	- 0,3
70 – 74 ans	2,2	35,1	2,5	- 0,6	- 7,8	- 0,7
75 – 79 ans	3,5	37,1	4,0	- 1,0	- 10,2	- 1,4
80 – 84 ans	7,1	42,2	8,2	- 1,6	- 10,3	- 2,5
85 – 89 ans	13,1	46,6	15,6	- 1,6	- 9,6	- 3,3
90 ans ou plus	25,5	54,4	31,3	- 4,1	- 8,3	- 7,1
Ensemble	4,9	46,6	6,1	- 0,7	- 8,6	- 1,3

En fait, l'essentiel de la hausse du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus va porter, entre 2005 et 2020, sur la tranche des 60-74 ans dont le nombre va progresser de 51 000 personnes.

Or cette tranche d'âge est la moins concernée par la dépendance.

Au final, le nombre de personnes âgées dépendantes ne progresserait que de 1,1 % par rapport à 2005, avec un maximum de 22 600 personnes en 2015 dans le département des Alpes-Maritimes, où la dépendance augmenterait le moins vite entre 2005 et 2020 comme l'indique le tableau ci-après :

Évolution de la dépendance en PACA

Départements	Evolution
Var	+ 19,8
Alpes-de-Haute-Provence	+ 19,6
Hautes-Alpes	+ 17,9
Vaucluse	+ 16,4
Bouches-du-Rhône	+ 10,3
Alpes-Maritimes	+ 1,1

Une approche par tranche d'âge permet de constater que dans les Alpes-Maritimes, si la progression du nombre de personnes âgées dépendantes serait significative en pourcentage, dans les tranches d'âges 85-89 ans et 90 ans et plus, elle porterait sur des effectifs réduits :

HOMMES	2005	2020	EVOLUTION
85 – 89 ans	1 090	1 530	36,7
90 ans et plus	1 560	2 080	33,5
FEMMES			
85 – 89 ans	3 000	3 370	12,4
90 ans et plus	5 540	6 050	9,2
ENSEMBLE			
85 – 89 ans	4 080	4 850	18,9
90 ans et plus	7 100	8 130	14,5
TOTAL	11 180	12 980	

De plus, l'espérance de vie progresserait plus vite chez les hommes que chez les femmes dans les Alpes-Maritimes d'ici 2020 pour atteindre 86,9 ans pour les femmes (+ 2 ans) et 81,2 ans pour les hommes (+ 3 ans).

Les personnes entreraient plus tardivement dans la dépendance en 2020 qu'en 2005 puisque 58 % des personnes dépendantes aurait 85 ans ou plus et plus d'un tiers, 90 ans et plus. Sur 10 personnes dépendantes de 90 ans et plus, 7 d'entre elles seraient des femmes.

Évolution de la population dépendante par tranches d'âge

Tranches d'âge	2005	2020	Ecart
60 – 74 ans	17,1	18,2	+ 1,1
75 – 84 ans	32,5	23,9	- 8,4
85 ans et plus	50,4	57,9	+ 7,5

Moins de personnes dépendantes en institution, mais plus à domicile

L'étude INSEE prévoit que le nombre de personnes âgées dépendantes hébergées en institution baisserait entre 2005 et 2020, alors que la population âgée dépendante à domicile augmenterait sur la même période.

En ce qui concerne les personnes en institution, leur nombre devrait décroître d'ici 2020. Cette baisse serait due essentiellement à une diminution significative de la tranche d'âge 80-84 ans, qui correspond à la classe creuse de la 2^{ème} guerre mondiale.

Ce constat pour cette tranche d'âge, ne se retrouverait pas sur les autres tranches d'âge où une hausse substantielle sur le long terme est confirmée.

Deux tiers des personnes accueillies en institution (65,5 %) seraient âgées d'au moins 85 ans contre 61,4 % en 2005.

Plus d'emplois en 2020

L'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes devrait avoir une incidence directe sur le volume d'emplois correspondant à cette prise en charge.

D'une manière générale, le taux d'encadrement des personnels en institution, devrait progresser, en raison de l'augmentation de la dépendance et du type d'établissement et la structure des emplois s'inverserait d'ici 2020, au bénéfice de l'encadrement médical.

Dans les Alpes-Maritimes, cette projection se confirmerait, notamment dans les EHPAD qui constituent la quasi-totalité des structures.

A domicile, le nombre d'emplois devrait évoluer dans des proportions plus importantes, puisque l'INSEE prévoit que la population âgée vivant à domicile devrait s'accroître notablement, puisque elle évoluerait de 24 % entre 2005 et 2020.

De même, entre 2005 et 2020, la population dépendante vivant à domicile progresserait de 8,3 % et de 11,3 % pour ce qui concerne les personnes seules.

Une politique volontariste de maintien à domicile a permis de répondre au souhait des personnes âgées de rester chez elles : selon l'INSEE, en 2005, 71 % de la population dépendante des Alpes-Maritimes vit à domicile, dont 20 % sont seules.

Plus de ménages aisés que sur le reste du territoire, mais aussi plus de ménages modestes

Dans les Alpes-Maritimes, il ressort de l'étude de l'INSEE que si les ressources des personnes âgées de plus de 60 ans, sont plus élevées que la moyenne nationale, elles sont néanmoins plus dispersées.

Ainsi, le revenu médian des ménages âgés est supérieur à la moyenne nationale, que le ménage soit composé de plusieurs personnes ou d'une seule...

Composition des ménages	France Métropolitaine	Alpes-Maritimes
Ménages composés d'une seule personne	1 160	1 220
Ménages composés de plusieurs personnes	1 210	1 320
Ensemble	1 180	1 270

... mais plus dispersé. Dans le département, les revenus les plus faibles des 10 % de ménages âgés les plus aisés sont 4,6 fois supérieurs aux revenus les plus élevés des 10 % de ménages les plus modestes. Ce rapport est supérieur à ceux enregistrés au plan national et régional.

Dispersion des revenus des ménages âgés

	Rapport
Alpes-Maritimes	4,6
Bouches-du-Rhône	4,3
Var	4,1
Vaucluse	4,0
Alpes-de-Haute-Provence	3,8
Hautes-Alpes	3,7
France Métropolitaine	3,7

En répartissant les ménages âgés en 10 classes (10 déciles), de telle sorte que chaque tranche corresponde à 10 % des ménages, l'INSEE met en évidence d'une part, que 12,1 % des ménages âgés de plus de 60 ans dans les Alpes-Maritimes ont des ressources au maximum de 640 € par personne contre 10 % au niveau national et d'autre part, à l'autre extrémité, que 14,7 % ont plus de 2 340 € mensuels contre 10 % au niveau national.

Ce constat se vérifie quel que soit la composition du ménage...

Répartition des revenus des ménages

Revenu mensuel par personne	Personnes isolées	Ménages	Ensemble
Jusqu'à 640 €	12,9 %	11,4 %	12,1 %
Plus de 2 340 €	14,3 %	15 %	14,7 %

... et quel que soit l'âge :

- la tranche « jusqu'à 640 € » concerne 10,6 % des 75-79 ans et 18 % des 90 ans et plus ;
- la tranche des « plus de 2 340 € » concerne 13 % des 70-74 ans et 19,3 % des 95 ans et plus.

Dans les Alpes-Maritimes, les ressources des nouveaux retraités sont globalement plus élevées que parmi les générations plus anciennes. Dans la tranche d'âge 60-69 ans, les revenus d'activité et les effets de carrière peuvent expliquer les disparités de ressources.

Toutefois, la part des ménages disposant de plus de 1 180 € par mois (*revenu médian national*) diminue progressivement avec l'avancée en âge :

Part des ménages disposant de + de 1 180 € / mois en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge	+ de 1 180 € / mois
60 – 64 ans	59 %
75 – 79 ans	55 %
85 – 89 ans	53,5 %
95 ans et +	51,5 %

Ces différences selon les générations sont moins marquées dans les Alpes-Maritimes que dans les autres départements de la région. Cela s'explique notamment par les revenus du patrimoine qui sont plus élevés qu'ailleurs : la part des revenus du patrimoine est de 12,4 % (contre 8,6 à 10,6 % dans les autres départements) pour la tranche d'âge 60 à 74 ans. Elle atteint, chez les plus de 75 ans, 15,3 % (contre 10 à 12,3 dans les autres départements).

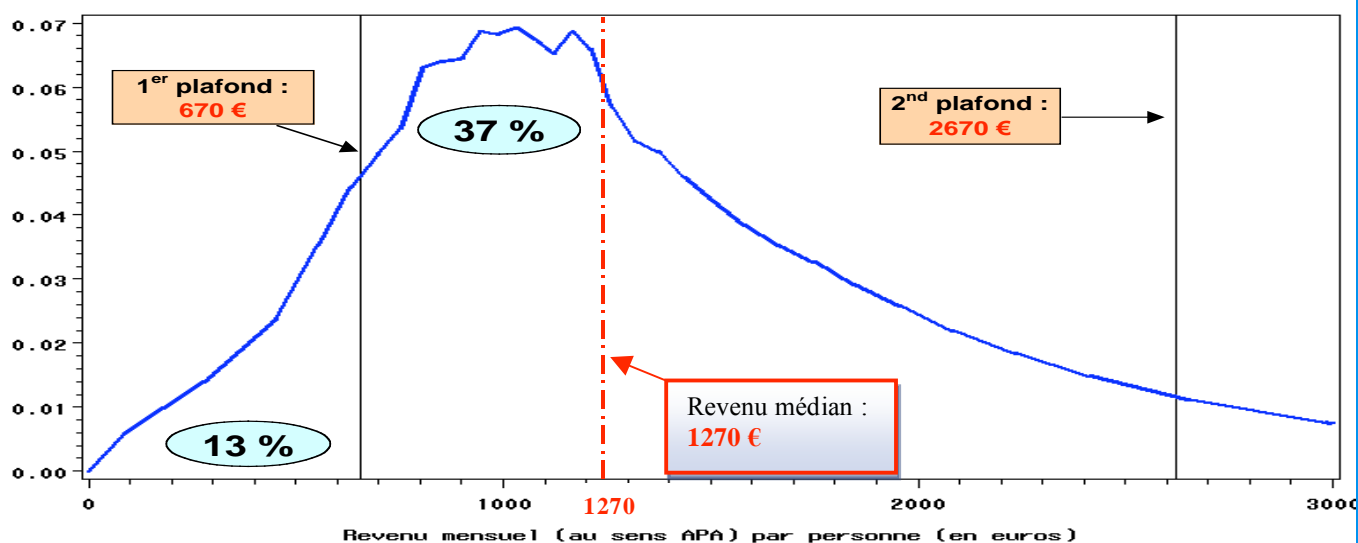
L'étude de l'INSEE apporte également un éclairage intéressant en comparant les revenus des ménages aux plafonds de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Il existe deux plafonds de ressources liés au versement de l'APA :

- 1) les ressources de l'allocataire < **669,89 €** par mois (1^{er} plafond) : le bénéficiaire perçoit le montant de l'aide en totalité ;
- 2) les ressources de l'allocataire > **2669,55 €** par mois (second plafond) : le bénéficiaire ne touche que 10 % de l'APA.

Le graphique qui suit, permet de positionner l'ensemble des ménages (dont le référent fiscal est âgé de 70 ans ou plus) ; au regard des deux plafonds de l'APA :

Densité des revenus des ménages de plus de 70 ans



- Sous la courbe, ensemble des ménages
- Répartition des ménages selon les revenus

Il ressort de ce graphique que la grande majorité des ménages âgés disposent de revenus compris entre les deux plafonds APA.

Toutefois, ce constat est à moduler en situant les revenus des ménages en fonction du revenu médian :

- **10 % des ménages âgés disposent de revenus au dessus du 2^{ème} plafond de l'APA**

Le revenu médian est estimé à 1 270 € mensuel, ce qui signifie que 50 % des ménages âgés disposent d'un revenu égal ou inférieur à cette valeur.

- **13 % des ménages âgés disposent de ressources inférieures au 1er plafond de l'APA**
- **37 % des ménages âgés disposent de revenus supérieurs au 1^{er} plafond de l'APA mais inférieurs au revenu médian**

Rappel du seuil de pauvreté, selon l'étude INSEE juin 2009 : 817 € mensuels

D'ici 2020, l'INSEE met en évidence que cette distribution resterait identique.

2 – Un dispositif juridique nouveau avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

La loi du 21 juillet 2009 précitée a mis en place, deux innovations majeures que sont la création, au 1^{er} avril 2010, des agences régionales de santé (ARS) qui constituent une véritable déconcentration de la prise de décision en matière sanitaire et sociale et l'instauration d'un nouveau régime d'autorisation pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

Un pilotage unifié du système régional de santé

Selon les termes de la loi, l'ARS a la charge de « définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, et des principes fondamentaux de la sécurité sociale ».

Afin d'être à même d'assurer le pilotage unifié du service public régional de santé, l'ARS regroupe, en une seule entité, plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS) et le volet hospitalier de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Le champ d'intervention de l'ARS est donc très large puisqu'il comprend la prévention et la santé publique, la veille et la sécurité sanitaire, l'organisation de l'offre de soins, l'accompagnement médico-social, les missions d'inspection et de contrôle et la maîtrise des dépenses de santé.

L'ARS s'appuie sur des délégations territoriales départementales, chargées de décliner, au niveau local, les politiques régionales de l'agence et d'accompagner les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets. Elles sont appelées à jouer un rôle important d'animation territoriale.

Sur le plan de son organisation, l'ARS est un établissement public administratif de l'Etat, dirigé par un directeur général disposant d'importants moyens d'action et administrée par un Conseil de surveillance, présidé par le préfet de région.

Le Conseil de surveillance, composé de représentants de plein exercice (représentants de l'Etat, des partenaires sociaux, de l'Assurance maladie, des élus, des usagers, et personnes qualifiées) et de membres siégeant avec voix consultative (représentants du personnel de l'agence, directeur général) approuve le compte financier et émet un avis, notamment, sur le plan stratégique régional de santé (PSRS), qui définit les priorités régionales et les objectifs généraux.

Afin d'assurer la démocratie sanitaire et garantir la représentation et la participation de tous les acteurs locaux au débat public et aux choix stratégiques sur les politiques de santé menées en région, la mise en place des ARS s'est accompagnée d'une batterie de nouveaux outils et instances de concertation et de coordination.

Au niveau de la concertation, deux instances sont essentielles :

■ **La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)**, sorte de parlement sanitaire et social, acteur majeur de la démocratie sanitaire dans la région et lieu privilégié de la concertation.

Elle se prononce sur le plan régional de santé, fait toute proposition concernant la politique régionale de santé, assure l'expression des usagers du système de santé et organise les débats publics sur les questions de santé qu'elle détermine.

Sa composition de 100 membres répartis en huit collèges, représentant les collectivités territoriales, les usagers, les conférences de territoire, les partenaires sociaux, les acteurs de la cohésion et de la protection sociales, ceux de la prévention, les offreurs de services de santé, concilie la nécessité d'une large représentation et celle d'un fonctionnement opérationnel.

Quatre commissions sont spécialisées dans la prévention, l'organisation des soins, l'organisation médico-sociale et le respect des droits des usagers. Une commission permanente assure la continuité des travaux entre les assemblées plénières et prépare l'avis rendu sur le plan stratégique régional.

■ **Les conférences de territoire**, instituées sur chaque territoire de santé défini par le directeur général de l'ARS, assurent la concertation locale et la cohérence des actions territoriales de santé avec le PRS.

Elles sont composées de 50 membres maximum, associant les représentants de l'offre de prévention, de soins et de prise en charge médico-sociale, des usagers et des collectivités territoriales.

Au niveau des instances de coordination, ont été instituées deux commissions de coordination des politiques publiques de santé. Elles réunissent, sous la présidence du directeur de l'ARS, les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale qui mènent des politiques dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la protection maternelle et infantile d'une part, et des prises en charge et accompagnements médico-sociaux d'autre part.

L'objectif est d'assurer la cohérence et la complémentarité de ces politiques avec celle de l'ARS au niveau régional.

Enfin, pour réaliser ses missions, l'ARS dispose de leviers d'action importants comme le **projet régional de santé (PRS)**, qui est arrêté par le directeur général de l'ARS, après avis du préfet de région, des collectivités territoriales et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Ce document définit les objectifs pluriannuels des actions menées par l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances.

Le projet régional de santé regroupe trois composantes :

1. le plan stratégique régional qui fixe, pour quatre ans, les orientations et objectifs de santé que devront décliner, sur les territoires de santé de la région, les schémas d'organisation et les programmes d'action. Il est soumis au conseil de surveillance de l'ARS ;

2. les schémas :

- le schéma régional de prévention qui organise les actions de prévention et de promotion de la santé, la veille et la gestion des crises sanitaires, le développement des métiers et des formations dans ces domaines ;

- le schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui détermine, dans une première partie indicative, les besoins en implantations pour les soins de premier recours notamment en ce qui concerne les professionnels de santé libéraux. La deuxième partie, opposable aux demandeurs d'autorisation, fixe les objectifs de l'offre d'activités de soins et d'équipements matériels lourds et identifie les missions de service public assurées par les établissements de santé ;

- le schéma régional d'organisation médico-sociale suscite les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux pour la prise en charge des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

3. Les programmes, quant à eux, prévoient les actions et les priorités de financement mettant en œuvre les schémas, notamment le programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, le programme de développement de la télémédecine, et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Le schéma d'organisation médico-sociale et le PRIAC sont soumis aux présidents des conseils généraux concernés, ainsi qu'aux commissions de coordination compétentes dans le domaine médico-social.



Une nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux par appels à projets

Jusqu'à la loi du 21 juillet 2009, les organismes gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux pouvaient déposer leur projet de création durant des périodes réglementaires qui étaient définies par le Préfet de Région.

Ensuite ces projets étaient examinés, pour avis, par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

Enfin, ces projets faisaient l'objet d'une autorisation administrative des autorités compétentes.

Dans un objectif d'efficience, afin de mieux répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux des populations préalablement identifiés de façon collective et concertée, la loi du 21 juillet 2009 précitée a instauré un nouveau régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

Cette nouvelle procédure, préalable à l'autorisation administrative, repose sur deux éléments : dans un premier temps, le lancement d'appels à projets et dans un second temps, la commission de sélection des projets.

Ainsi, le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale a été supprimé et, à compter du 1^{er} juillet 2010, une procédure d'appels à projets a été mise en place en vue d'autoriser la création, la transformation ou l'extension des établissements et services, lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics.

En ce qui concerne les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui dispensent des prestations susceptibles d'être prises en charge pour partie par le département et pour partie par les organismes d'assurance maladie, l'appel à projets est lancé par le directeur général de l'ARS et le Président du Conseil général, sur la base d'un cahier des charges.

Ce cahier des charges rappelle et précise les besoins territoriaux et la priorisation des actions ainsi que le cadrage des projets, notamment les modalités de financement.

Ensuite, la commission de sélection des projets qui a un rôle consultatif, examine et classe les projets. Sa composition diffère selon les secteurs et les autorités concernées et comprend de 14 à 22 membres, représentant les autorités administratives, les usagers, les gestionnaires d'établissements, les personnes qualifiées et des personnels techniques spécialement désignés pour chaque appel à projet.

Enfin, la décision est prise par l'autorité administrative compétente.

Il convient de souligner que les projets ne relevant pas de financements publics ne sont pas soumis à cette procédure, mais nécessitent une autorisation accordée par l'autorité administrative compétente, s'ils satisfont aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles et s'ils prévoient les démarches d'évaluation requises.

Le nouveau dispositif permet, en partant des besoins de santé et médico-sociaux, de définir une stratégie et de promouvoir les projets qui répondent le mieux à ces besoins, et ce dans le cadre d'une procédure qui garantit plus d'objectivité et de transparence.

3 – Le débat national sur la dépendance

Au-delà de ses aspects financiers très prégnants, la question de la perte d'autonomie pose le problème de la place des personnes âgées dans notre société et des défis multiples, tant financiers que sociaux et politiques liés au vieillissement de la population.

Face à ces enjeux économiques et organisationnels considérables, le gouvernement a créé un comité interministériel de la dépendance et lancé, le 8 février 2011, le chantier d'un vaste débat sur la dépendance.

Quatre groupes de travail réunissant experts et les principales parties prenantes concernées (élus nationaux et locaux, partenaires sociaux, associations, professionnels, médecins, usagers, etc.) ont été installés pour faire des propositions sur les thématiques suivantes liées au vieillissement :

- Société et vieillissement
- Perspectives démographiques et financières de la dépendance
- Accueil et accompagnement des personnes âgées
- Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées

Parallèlement, des forums interdépartementaux ont été programmés dans chaque région conjointement par les préfets et les agences régionales de santé (ARS), afin de permettre aux usagers de s'exprimer directement et un site internet dédié au débat national a été créé. On estime à plus de 12 000 les personnes qui ont participé aux 30 colloques organisés.

Enfin, 4 colloques interrégionaux thématiques ont clôturé le débat.

A la suite de la remise des rapports des quatre groupes de travail en juin 2011, le comité interministériel de la dépendance a remis, en juillet 2011, au Président de la République, une synthèse du débat national, de laquelle il ressort un bilan contrasté.

En effet, si aucune remise en cause radicale du système de prise en charge de la dépendance n'a été demandée, de nombreuses faiblesses ont, néanmoins, été identifiées, en particulier l'insuffisance très nette des politiques de prévention, le manque de lisibilité des dispositifs et de coordination des acteurs intervenant auprès des personnes dépendantes, la nécessité de l'amélioration de la qualité des établissements et services ainsi que l'importance du reste à charge pour les personnes.

Des mesures seront annoncées dans les prochains mois.



Schéma

gérontologique départemental
2012-2016



Une politique départementale
au service
du **bien vivre** des seniors

1 – Valoriser la place des seniors dans la société

Le vieillissement démographique général lié à une augmentation « inédite » de l'espérance de vie et surtout l'écart croissant entre la vieillesse sociale et la vieillesse biologique, implique de changer le regard porté sur les personnes âgées et de considérer cette période de l'existence comme un moment spécifique, un nouveau temps de la vie entre la vie professionnelle et le grand âge.

En effet, le vieillissement n'est pas la dépendance, comme le montre le nombre de « jeunes seniors » qui devrait croître de façon significative dans les prochaines années sous l'effet du « papy boom ».

Il s'agit, désormais, par une approche dynamique, de créer une société pour tous les âges qui donne aux citoyens plus âgés les moyens de rester actifs le plus longtemps possible, de contribuer à la vie de la communauté et de vieillir dans la dignité, tout en assurant, pour ceux d'entre eux qui se trouvent en perte d'autonomie, une meilleure couverture des besoins de soins et une prise en charge de qualité, selon leurs souhaits soit à domicile, soit dans une structure adaptée.

Il est donc essentiel de réaffirmer que les seniors demeurent des citoyens à part entière en recueillant leur avis sur tous les aspects de la vie sociétale et en les encourageant à continuer à participer à la vie politique au sens le plus large du terme, en favorisant, notamment, leur expression collective mais également en soutenant leur engagement dans le tissu associatif et le bénévolat.

Afin de préserver un système de solidarité intergénérationnel et modifier les représentations sociales négatives de la vieillesse, il importe aussi de créer les conditions d'une nouvelle écologie sociale de l'âge, en valorisant la complémentarité entre les générations, élément structurant du lien social.

L'allongement de l'espérance de vie confère, en effet, aux seniors une place croissante dans la solidarité intergénérationnelle et, en premier lieu, dans la sphère familiale, au regard de l'appui que les grands-parents apportent à leurs enfants en gardant leurs petits-enfants et qui constitue l'aide intergénérationnelle la plus fréquente et la plus régulière.

D'une manière plus générale, les aînés ont un rôle important de transmission à jouer auprès des jeunes générations par leurs expériences et leurs savoirs et leur participation à des activités intergénérationnelles rapproche les générations et renforce la cohésion sociale et la solidarité.

Enfin, il sera important de favoriser la poursuite de l'inclusion sociale des seniors, à travers toutes les formes d'activités sociales, sportives, culturelles ou de loisirs qui leur sont accessibles.

Dans cet objectif, la Maison Départementale des Seniors, inaugurée le 21 avril 2011, a un rôle déterminant, en impulsant des actions permettant à la fois aux seniors de garder pleinement leur place dans la société et de transmettre leurs savoirs et expertise.

A cet effet, elle centralise l'ensemble des informations sur la vie sociale, les activités physiques et culturelles, qui intéressent les seniors et organise des événements à leur intention. Elle met en relation les seniors qui ont du temps à donner avec les associations ou services qui ont besoin de bénévoles et, plus généralement, elle permet la valorisation de tous les savoir-faire et les talents des seniors.

Fiche Actions 1

AFFIRMER LA CITOYENNETE DES SENIORS

CONTEXTE : L'allongement de la durée de vie implique de changer le regard sur les seniors, dans l'objectif de souligner l'aspect positif et enrichissant du vieillissement. Il s'agit de créer les conditions permettant aux citoyens âgés de rester actifs et de continuer à participer à la vie sociale.

OBJECTIFS :

- Promouvoir le rôle des seniors dans la société.

PUBLICS VISES :

- Seniors.

ACTIONS :

- Encourager l'exercice de la citoyenneté des seniors :
 - En les consultant sur les questions de société.
 - En favorisant leur expression et leur participation à l'économie locale.
 - En les incitant à participer à toutes formes d'activités et à s'impliquer dans la vie locale.
 - En les associant aux événements organisés par le Conseil général.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général – Maison Départementale des Seniors – Maisons des solidarités départementales.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Le Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées (CODERPA), services, associations...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Actions sur 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 2

DEVELOPPER DES ACTIONS INTERGENERATIONNELLES

CONTEXTE : La solidarité entre les générations contribue à développer le lien social, au-delà des différences d'âges. Promouvoir une démarche intergénérationnelle conforte ce lien et valorise le savoir faire et l'expérience des seniors au bénéfice des plus jeunes.

OBJECTIFS :

- Renforcer les liens et les échanges entre les générations.
- Revaloriser la place des seniors.
- Favoriser les initiatives de parrainage, de tutorat et de bénévolat.

PUBLICS VISES :

- Tout public.

ACTIONS :

- Mettre en œuvre un réseau d'échanges et de savoirs virtuels, à la fois entre les seniors eux-mêmes et avec les associations.
- Faire appel à l'expertise des seniors en invitant, par exemple, les seniors à se mettre au service du soutien scolaire.
- Impulser et soutenir toute action de terrain favorisant les liens intergénérationnels, notamment avec les collèves.
- Développer et encourager l'utilisation d'internet pour faciliter la communication.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général à travers la Maison Départementale des Seniors (MDS) – Maisons des solidarités départementales (MSD).

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Le CODERPA, l'Éducation Nationale, les écoles des parents et les maisons des enfants, les Centre Communaux d'Action Sociale (CCAS), les caisses de retraite...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Action à caractère permanent.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 3

MAINTENIR L'ACTIVITE ET LE LIEN SOCIAL

CONTEXTE : Une personne âgée sur trois vit seule à domicile.

OBJECTIF :

- Lutter contre l'isolement des personnes âgées et les maintenir insérées dans la vie sociale.
- Encourager le développement des offres culturelles, physiques et sportives, de loisirs à destination des seniors.

PUBLICS VISES :

- Seniors à domicile.

ACTIONS :

- Lancer deux plans : un plan sport seniors et un plan culture seniors.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général – Maison Départementale des Seniors.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Le CODERPA, les familles, les Maisons des solidarités départementales, les CCAS...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Actions à caractère permanent.
- Évaluation régulière.

2 – Bien vivre à domicile

D'une manière générale, une très forte majorité des personnes âgées expriment le souhait de continuer à vivre à leur domicile et il importe de respecter leur choix et leur parcours de vie.

La priorité sera donc donnée au maintien à domicile, par le biais de politiques de prévention généralisée, de coordination de l'action gériatrique, de structuration de l'offre de services à domicile, d'adaptation de l'environnement des personnes âgées et de soutien aux aidants familiaux.

Le maintien à domicile implique ainsi d'intensifier les actions d'information et de prévention en direction des personnes âgées et des familles, en les sensibilisant à la préparation de leur projet de vie futur. Il « faut apprendre à vieillir » très en amont de la dépendance pour éviter l'urgence tant sociale que financière, ce en mobilisant un ensemble large d'acteurs (entreprises, assureurs, associations, aidants, etc.) pour diffuser une information complète incluant l'ensemble des aspects de la problématique du maintien à domicile.

L'affirmation d'une politique de prévention plurielle de la perte d'autonomie apparaît essentielle, afin de permettre aux personnes de vivre et vieillir dans de bonnes conditions aussi longtemps que possible en luttant contre les incapacités « évitables ».

La politique de prévention ne doit, en effet, pas se limiter au risque médical, mais porter sur tous les déterminants de la perte d'autonomie. Elle doit être sociale (lutte contre l'isolement), médico-sociale (atelier de prévention des chutes) et environnementale (gérontechnologies, aménagement des logements).

Aussi, il est nécessaire de promouvoir la détection des facteurs éventuels de fragilité médicale ou de vulnérabilité des personnes âgées, le risque de perte d'autonomie étant lié à des facteurs sociaux et environnementaux qui « potentialisent » en quelque sorte les risques médicaux.

Un autre enjeu majeur est la coordination des acteurs intervenant dans la prise en charge du grand âge.

Le soutien à domicile doit en effet s'organiser autour de la personne âgée en perte d'autonomie grâce à la conjonction d'actions des proches (la famille, les voisins...), d'aides à domicile (associations et services) et de services soignants (médecin de ville, infirmière, kinésithérapeute, hôpital...).

La coordination de l'ensemble des intervenants est aussi primordiale, afin de préparer en amont les admissions des personnes âgées, pour éviter les accueils d'urgence en EHPAD ou en services de soins qui sont traumatisants.

En sa qualité de chef de file de la politique gériatrique, le Conseil général a donc souhaité à la fois, mettre à la disposition des seniors un guichet unique pour leur apporter une réponse de proximité et mieux coordonner les dispositifs prévus en faveur des personnes âgées.

A cet effet, la Maison Départementale des Seniors constitue la première étape d'un réseau départemental d'information et de soutien des personnes âgées et de coordination de l'ensemble des dispositifs.

Le soutien à domicile impliquera également d'optimiser l'offre de services afin que toutes les personnes âgées puissent en bénéficier, quelle que soit la localisation géographique de leur domicile.

Il conviendra aussi de mobiliser l'ensemble des acteurs de la politique du logement et de l'urbanisme afin d'articuler les politiques d'aménagement locales pour améliorer la mobilité et créer un environnement accessible, indispensable aux personnes âgées pour participer à un large éventail d'activités et garder une vie sociale active.

Les problèmes d'accessibilité et l'absence de services de proximité sont en effet à l'origine d'isolement social, voire de confinement domiciliaire.

L'exploitation du potentiel des technologies de l'information et de la communication et la familiarisation des personnes âgées aux outils numériques par un accompagnement personnalisé et des logiciels adaptés, permettrait de correspondre plus aisément avec leurs proches et de bénéficier d'un suivi médical à distance.

Depuis de nombreuses années, le Conseil général s'est investi dans la promotion des gérontechnologies, comme le projet M@D qui permet, par la connexion visiophone via Internet, avec une plate-forme de services fonctionnelle de lutter contre l'isolement et d'apporter aux personnes âgées une aide et une écoute 24h/24.

Cette offre de service sera renforcée en vue de la rendre accessible à tous les seniors.

En ce qui concerne, l'habitat des personnes âgées, celui-ci doit faire l'objet des adaptations nécessaires afin de prévenir, notamment, les accidents domestiques, à l'origine très souvent de la perte d'autonomie. Il est également nécessaire de prévoir la réservation, dans les programmes nouveaux, d'appartements adaptés et répartis sur l'ensemble des quartiers afin de permettre aux personnes âgées de demeurer dans leur environnement familial.

Enfin, les aidants familiaux forment le socle de tout système de prise en charge des soins liés à la perte d'autonomie.

L'aide aux aidants familiaux est donc devenue un élément central du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Le besoin de répit, même s'il n'est pas exprimé voire ressenti par les aidants, est crucial pour éviter leur épuisement.

De même, la solidarité (remise des clefs en cas d'hospitalisation d'urgence, soins des animaux de compagnie...) est à promouvoir et à organiser à tous les niveaux car elle permet de concevoir des complémentarités entre professionnels, famille, voisins et bénévoles.

D'autres dispositifs permettent de rompre l'isolement des aidants, notamment les groupes de parole et l'organisation de loisirs. Les groupes de parole, lieux de discussion entre pairs ou avec un intervenant extérieur, permettent aux aidants de partager leurs expériences avec une certaine prise de recul.

Des formations pour les aidants restent à développer. Leur objectif est essentiellement de mieux les préparer à leur rôle et ainsi de les prémunir contre des situations d'épuisement. Ces formations contribuent également à améliorer la prise en charge et prévenir les risques de maltraitance.

En tout état de cause, la réflexion sur la place des aidants et les modalités d'accompagnement les mieux adaptées pour leur venir en aide est à poursuivre.

Fiche Actions 4

DEVELOPPER L'OFFRE DE SERVICES DE LA MAISON DEPARTEMENTALE DES SENIORS

CONTEXTE : Dans le cadre des missions qui lui sont dévolues, le Département est tenu d'organiser l'information et l'accompagnement des seniors et de coordonner l'action gérontologique.

OBJECTIFS :

- Mieux informer et orienter les seniors.
- Formaliser la coordination des dispositifs.
- Simplifier les démarches des seniors.

PUBLICS VISES :

- Seniors.

ACTIONS :

- Mettre en place un système qui répertorie toutes les prestations d'aides et des structures, permettant aux seniors de disposer d'une information complète.
- Élaborer un outil de gestion des places disponibles en établissement, en temps réel.
- Engager une concertation avec les partenaires, en vue d'assurer le maillage territorial sur l'ensemble du département et la cohérence de l'action gérontologique.
- Constituer un dossier unique d'admission.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général - Maison Départementale des Seniors.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Établissements, services, CCAS, CLIC.....

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 5

ORGANISER DES CAMPAGNES D'INFORMATION SUR LES DISPOSITIFS

CONTEXTE : La multiplicité des dispositifs prévus pour les personnes âgées, nécessite de mettre en œuvre des actions d'information à destination du public et des professionnels, en vue de mieux faire connaître ces dispositifs.

OBJECTIFS :

- Informer et sensibiliser le public et les professionnels sur les moyens et les modes de prise en charge des personnes âgées.

PUBLICS VISES :

- Grand public – seniors – professionnels.

ACTIONS :

- Instituer des campagnes d'information et de sensibilisation multi-supports.
- Organiser des journées d'informations thématiques.
- Organiser une journée départementale des seniors.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général - Maison Départementale des Seniors.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- CODERPA, établissements et services, CCAS, caisses de retraite...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Actions à caractère permanent.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 6

PROMOUVOIR LE DEPISTAGE DE LA VULNERABILITE ET DES FRAGILITES

CONTEXTE : Avec l'âge, le nombre d'affections augmente, certaines peuvent être prévenues, évitant ou retardant la survenue d'une dépendance. Aussi, l'espérance de vie sans incapacités est un axe essentiel de la politique nationale en faveur des personnes âgées. L'accès au dépistage et à la prévention doit être proposé à l'ensemble de la population concernée. Le Conseil général s'est investi dans la création d'outils qu'il reste à diffuser.

OBJECTIFS :

- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées.
- Prévenir la perte d'autonomie en dépistant les facteurs de fragilité.
- Promouvoir le bien-vieillir.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées de plus de 65 ans.

ACTIONS :

- Mettre en œuvre des actions d'information et de prévention adaptées.
- Diffuser l'outil d'évaluation gériatrique standardisée créé par l'ODEGAM.
- Diffuser les outils de bonnes pratiques professionnelles en EHPAD, familles d'accueil et services d'aide à domicile.
- Poursuivre et renforcer l'offre de service M@D

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- CHU de Nice pôle de gériatrie...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Actions sur 5 ans.
- Évaluation régulière selon les indicateurs de suivi.

Fiche Actions 7

MENER UNE POLITIQUE DE PREVENTION MULTI-DIMENSIONNELLE

CONTEXTE : Le mode de vie joue un rôle important dans l'apparition de la perte d'autonomie (nutrition, activité physique, intellectuelle et sociale). Il est nécessaire d'anticiper et de préparer un vieillissement réussi et de permettre aux personnes d'être acteurs de leur santé.

OBJECTIFS :

- Développer la culture des rendez-vous santé (prévention, dépistage, vaccination...).
- Promouvoir l'éducation à la santé auprès des personnes âgées, des aidants naturels et des professionnels intervenant à domicile et en établissement.
- Favoriser un habitat sécurisé.

PUBLICS VISES :

- Les seniors et leur entourage.
- Les professionnels.

ACTIONS :

- Mettre à disposition du public des outils d'aide à l'auto évaluation.
- Formaliser les rendez vous santé.
- Développer des diagnostics de l'habitat pour prévenir les chutes et les accidents domestiques et pour favoriser l'accessibilité et l'adaptabilité.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Tous les professionnels et intervenants auprès des personnes âgées.

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Actions à caractère permanent.
- Évaluations régulières selon les indicateurs de suivi.

Fiche Actions 8

PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE ET DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES

CONTEXTE : Les déséquilibres de l'alimentation des personnes âgées ont un rôle important dans l'apparition de la perte d'autonomie et l'aggravation de la dépendance.

Ils sont souvent associés à un mauvais état dentaire, lui-même à l'origine de nombreuses pathologies : infections locales ou à distance, troubles de l'alimentation et de la digestion, état douloureux aigu ou chronique, ostéoporose.

OBJECTIFS :

- Développer l'éducation à la santé, notamment dans le domaine nutritionnel, auprès des personnes âgées, des aidants naturels et des professionnels intervenant à domicile et en établissement d'hébergement.
- Améliorer le dépistage de la dénutrition des personnes âgées.
- Améliorer l'hygiène bucco-dentaire et faciliter l'accès aux consultations des personnes âgées de plus de 65 ans.

PUBLICS VISES :

- Toute personne âgée au domicile ou en établissement d'hébergement ; les aidants naturels ; les professionnels intervenant auprès de la personne âgée ; les médecins traitants ; les médecins coordonnateurs d'EHPAD ; les réseaux gérontologiques ; les équipes médicales APA.

ACTIONS :

- Dépistage de la dénutrition par des outils validés (MNA) lors des évaluations gérontologiques.
- Sensibilisation des médecins coordonnateurs d'EHPAD et des responsables d'associations de maintien à domicile à l'élaboration de protocoles en matière de recherche de dénutrition, de ses causes et conséquences.
- Concertation avec les médecins coordonnateurs des EHPAD et les chirurgiens dentistes sur une amélioration de la prise en charge des résidents.
- Réflexion avec les caisses de retraite sur l'accompagnement financier des situations de précarité.
- Développement d'une information médiatique dans les lieux publics ciblés, les pharmacies ou par voie de presse.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général, CHU : service de gériatrie et d'odontologie, UFSBD (Union française des soins bucco-dentaires), Caisses d'assurance maladie, Mutuelles, Médecins libéraux, CCAS, CLIC, plateformes gérontologiques, réseaux de santé.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- EHPAD, structures de maintien à domicile, chirurgiens dentistes, médecins traitants...

LOCALISATION :

- Département.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Action à caractère permanent.
- Évaluation annuelle.

Fiche Actions 9

APPORTER DES SOLUTIONS AUX PROBLEMATIQUES LIEES A L'HABITAT

CONTEXTE : Les seniors souhaitent, à une très large majorité, continuer à vivre à leur domicile. A cet effet, il importe d'adapter l'habitat des seniors et leur environnement familial, afin de leur permettre de vivre de manière autonome le plus longtemps possible.

OBJECTIFS :

- Aménager l'habitat afin de faciliter la vie des seniors et réduire les risques d'accident.
- Favoriser l'accessibilité et la mobilité, notamment au niveau des transports, des personnes âgées dans leur environnement.

PUBLICS VISES :

- Seniors.

ACTIONS :

- Recenser les problématiques précises liées à l'habitat et l'environnement des seniors.
- Engager une démarche de concertation et élaborer une charte de l'habitat adapté avec l'ensemble des partenaires. Cette charte aura pour objectif à la fois d'adapter l'habitat existant et de réserver, dans les nouveaux programmes, des logements adaptés et répartis dans l'ensemble des quartiers.
- Améliorer l'information des seniors sur toutes les solutions techniques et les aides existantes.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général – Maison Départementale des Seniors.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Caisses de retraite, banques, bailleurs sociaux, Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat...

LOCALISATION :

- Département.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Action sur 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 10

AMELIORER L'ACCUEIL, L'ORIENTATION ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

CONTEXTE : L'articulation et la coordination des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux d'une part, la lisibilité des dispositifs et de l'offre de service d'autre part sont des éléments essentiels à la prise en charge adaptée, évolutive des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles.

OBJECTIFS :

- Simplifier le parcours de prise en charge du patient Alzheimer.

PUBLICS VISES :

- Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants.

ACTIONS :

- Promouvoir le déploiement des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA).
- Initier et soutenir d'autres types de plate forme de service (e-technologies...).

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général – Agence Régionale de Santé (ARS).

PARTENAIRES ASSOCIES :

- MAIA, professionnels associés...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 5 ans.
- Évaluation régulière selon les indicateurs de suivi.

Fiche Actions 11

FAVORISER L'INTERVENTION DES SERVICES A DOMICILE SUR L'ENSEMBLE DU DEPARTEMENT

CONTEXTE : Les services à domicile ont considérablement augmenté au cours de ces dernières années, et permettent une intervention efficace auprès des personnes âgées.

OBJECTIFS :

- Assurer l'intervention des services à domicile sur l'ensemble du territoire départemental.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées.

ACTIONS :

- Recenser avec précision les besoins.
- Encourager l'activité des services dans le Haut Pays.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- CODERPA – Services à domicile...

LOCALISATION :

- Haut Pays.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Action sur 5 ans.
- Évaluation régulière.

3 – Bien vivre en hébergement

Dans le département des Alpes-Maritimes, l'offre d'hébergement, avec l'installation des nouveaux lits, apparaît en adéquation avec la demande.

Au plan financier, les dispositions adoptées dans le cadre du précédent schéma, ont permis de créer de nombreuses places à des tarifs accessibles aux personnes âgées qui disposent de revenus peu élevés. A cet égard, il a été constaté sur Nice que 99 % des personnes âgées qui font une demande d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont des revenus inférieurs à 2 000 € par mois et 50 % sont prises en charge par l'aide sociale.

Compte tenu de ce constat et des éléments de l'INSEE, dans l'avenir, l'offre d'hébergement pourrait s'adapter en fonction de nouveaux besoins avérés, en tenant compte à la fois de la localisation géographique et de la nécessité de prévoir des tarifs accessibles à toutes les personnes âgées, quels que soient leurs revenus.

En outre, la diversification des modes de prise en charge dans les EHPAD, apparaît comme un objectif essentiel à poursuivre et à développer, en vue de proposer, pour chaque personne âgée, une prise en charge spécifique.

D'une manière générale, l'alternative entre le domicile et l'établissement pourra être enrichie de formules intermédiaires. Ainsi, la réhabilitation et l'accroissement de l'offre d'hébergement en habitat collectif, de type notamment, logement-foyer, maison d'accueil rurale ou petite unité de vie, peuvent être des réponses appropriées, notamment, pour les populations en situation d'isolement et de précarité.

En ce qui concerne les EHPAD, il est nécessaire de développer des actions d'information et de communication d'envergure, à destination des usagers, des familles et des professionnels du secteur, et notamment, des médecins libéraux, dont la collaboration et la mobilisation sont essentielles.

Ces actions permettront notamment de mieux faire connaître les dispositifs existants (lits habilités à l'aide sociale, accueils de jour et hébergements temporaires...) et de restaurer l'image des EHPAD auprès du public.

De plus, il est tout aussi important d'encourager, dans une démarche d'efficience, la coopération entre les structures sanitaires et médico-sociales, en vue de la mutualisation des pratiques et des moyens, dans l'objectif d'assurer la prise en charge optimale des personnes âgées.

Par ailleurs, le développement et la diversification de l'accueil familial de personnes âgées apparaît comme un mode de prise en charge complémentaire entre l'accueil en établissement spécialisé et le domicile, qu'il convient d'encourager.

Enfin, le Département poursuivra les actions du Plan Départemental Alzheimer, en développant notamment, en lien avec l'Agence Régionale de Santé, les lits d'hébergement temporaire et les places d'accueil de jour, les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), ainsi que les plates-formes de répit et d'accompagnement destinées aux aidants familiaux.

Il conviendra aussi de promouvoir, les systèmes de télésurveillance, afin d'assurer au mieux la sécurité des personnes, en garantissant en lien avec la Commission « Éthique et Droit » de l'Observatoire Départemental Gériatrique, le respect des règles d'éthique et des libertés individuelles.

Fiche Actions 12

ADAPTER L'OFFRE D'HEBERGEMENT EN FONCTION DES BESOINS

CONTEXTE : Les projections de l'INSEE indiquent que l'évolution du vieillissement et de la dépendance sera moins marquée dans le département. La prise en charge de la dépendance s'organisera plus à domicile qu'en EHPAD. La population âgée est domiciliée à 95 % sur le littoral. Le revenu médian des personnes âgées est peu élevé.

OBJECTIFS :

- Adapter l'équipement départemental, en fonction des besoins avérés de la population âgée.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées.

ACTIONS :

- Autoriser conjointement, les projets soumis à la procédure d'appels à projets, dans les conditions suivantes :
 - ▶ des tarifs hébergement très accessibles, avec au moins 30 % de la capacité totale à l'aide sociale, réservée aux bénéficiaires de l'aide sociale et aux usagers payants, disposant de revenus modestes et adressés par les CCAS ;
 - ▶ la signature d'une convention avec les CCAS ;
 - ▶ le respect des normes de haute qualité environnementale (HQE) et l'intégration des technologies domotiques innovantes ;
 - ▶ l'implantation géographique sur le littoral, en privilégiant le rééquilibrage de l'équipement départemental sur l'Est du département.
- Autoriser conjointement les projets non soumis à la procédure d'appels à projets (extension non importante, transfert, regroupement...), également dans les mêmes conditions.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général - Agence Régionale de Santé (ARS).

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Gestionnaires d'EHPAD, promoteurs de projets...

LOCALISATION :

- Littoral en privilégiant l'Est du département.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Action sur 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 13

ADAPTER LES EHPAD A L'ACCUEIL DE PERSONNES NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

CONTEXTE : Les personnes âgées atteintes de troubles sensoriels importants accèdent difficilement en EHPAD, dans la mesure où ce type d'accueil requiert des moyens spécifiques en personnels et en locaux.

OBJECTIF :

- Permettre à cette population d'intégrer un EHPAD.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées atteintes de troubles sensoriels.

ACTIONS :

- Recenser avec précision, auprès des familles, des associations, et des EHPAD, les besoins à pourvoir.
- Engager une démarche auprès des EHPAD en vue de mettre en œuvre des solutions d'accueil adaptées.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général – Agence Régionale de Santé (ARS).

PARTENAIRES ASSOCIES :

- EHPAD, familles, associations...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 14

DIVERSIFIER L'OFFRE D'HEBERGEMENT POUR PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS D'ISOLEMENT ET DE PRECARITE

CONTEXTE : Le vieillissement de la population migrante, ainsi que les situations nombreuses d'isolement et de précarité rendent nécessaire de proposer des solutions adaptées et intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD.

OBJECTIFS :

- Envisager l'opportunité de réhabiliter et d'accroître l'offre en habitat collectif, type logement foyer ou maison d'accueil rurale dans le haut pays.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées.

ACTIONS :

- Recenser avec précision les besoins pour ces populations.
- Développer l'offre d'habitat, le cas échéant, dans le cadre des appels à projets prévus par la nouvelle procédure d'autorisation.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Logements foyers, promoteurs de projet...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 15

FAVORISER L'OUVERTURE DE LA VIE SOCIALE EN EHPAD

CONTEXTE : Malgré leur importance dans le département des Alpes-Maritimes et les améliorations apportées au cours de ces dernières années, l'image des EHPAD demeure mal perçue, ce qui ne facilite pas suffisamment le maintien de la vie sociale.

OBJECTIFS :

- Mieux faire connaître la vie en EHPAD, permettant de favoriser les échanges avec l'extérieur.

PUBLICS VISES :

- Tout public.

ACTIONS :

- Organiser des « journées portes ouvertes » dans les EHPAD, en associant les personnels et les résidents dans l'accueil du public.
- Inciter les EHPAD à l'accueil d'autres acteurs : bénévoles, familles, voisinage, en prévoyant notamment des espaces de convivialité.
- Favoriser le décroisement intergénérationnel, proposer des temps récréatifs ou éducatifs en lien avec l'éducation nationale, faire participer les familles et le quartier aux animations.
- Faire participer les résidents, en fonction de leurs possibilités, à l'organisation des activités de l'EHPAD.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- EHPAD, CODERPA...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 16

INSTAURER LA COOPERATION ENTRE LES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

CONTEXTE : Le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social est impératif pour favoriser l'émergence d'une culture commune. Le dispositif juridique prévoit la coopération entre les structures, quelle que soit la population prise en charge, en vue de mutualiser les pratiques et les moyens, permettant d'assurer la prise en charge optimale des personnes.

OBJECTIFS :

- Engager une démarche d'efficacité, en favorisant la collaboration entre les établissements et services et en privilégiant la constitution de groupements de coopération sociale et médico-sociale ou toute autre forme de coopération.

PUBLICS VISES :

- Toutes les structures sociales et médico-sociales.

ACTIONS :

- Engager une démarche de concertation auprès des structures sanitaires et médico-sociales dans le cadre de groupes de travail.
- Encourager les structures à formaliser des actions innovantes de coopération et à mutualiser les pratiques et les moyens.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Agence Régionale de Santé, structures...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 17

DEVELOPPER ET DIVERSIFIER L'ACCUEIL FAMILIAL

CONTEXTE : Le dispositif juridique permet désormais aux structures de droit public ou privé, d'employer des accueillants familiaux, agréés par le Conseil général. Le constat de situations particulières nécessite par ailleurs de diversifier les modalités d'accueil.

OBJECTIFS :

- Promouvoir et diversifier l'accueil familial.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées.

ACTIONS :

- Informer les structures du nouveau dispositif et envisager sa mise en œuvre.
- Encourager l'accueil familial et les différents modes d'accueil (de jour, séquentiel, temporaire...), dans le cadre d'un appel à candidatures, en vue d'aboutir à l'agrément de 200 familles, représentant un total de l'ordre de 300 places.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Structures et accueillants familiaux...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 18

POURSUIVRE LES ACTIONS DU PLAN DEPARTEMENTAL ALZHEIMER

CONTEXTE : Le plan départemental Alzheimer 2008-2012 a pour objectif de décliner des actions concrètes et pragmatiques en termes de recherche, de dépistage, de prises en charge diversifiées et innovantes, d'accompagnement des malades et de leurs aidants, de formation et d'information.

OBJECTIFS :

- Poursuivre les objectifs assignés au plan départemental.

PUBLICS VISES :

- Population du département.
- Malades et leurs familles.
- Professionnels.

ACTIONS :

- Décliner l'ensemble des actions prévues dans le plan départemental en particulier :
 - Accueil de jour, accueil de jour itinérant
 - Hébergement temporaire
 - Plates-formes de répit et d'accompagnement
 - Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)
- Poursuivre la téléformation spécifique des personnels des EHPAD des vallées via medecin@pais et l'étendre aux professionnels des services d'aide à domicile.
- Promouvoir les systèmes de télésurveillance afin d'assurer la sécurité des personnes.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général – Agence Régionale de Santé.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- France Alzheimer 06, porteurs des actions, Observatoire Départemental Gérontologique (Commission « Éthique et Droit »)...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 2 ans.
- Évaluation régulière par le comité de pilotage du plan départemental Alzheimer.

4 – Promouvoir la qualité et l'innovation au service des seniors

La qualité de la prise en charge des personnes âgées demeure une exigence très forte du Département.

Il convient, donc, de réaffirmer les principes de bientraitance, tant en établissement qu'au domicile, d'être à l'écoute des personnes âgées et de leurs familles, de veiller au respect de leurs droits et d'encourager leur participation à toutes les instances les concernant.

En effet, souvent sous prétexte qu'elles sont trop âgées ou trop vulnérables, les personnes âgées se voient privées d'un droit fondamental de la personne : la liberté de choix.

Il est donc important d'encourager les initiatives, aussi bien à domicile qu'en établissement, afin de permettre aux personnes âgées de mieux vivre leur âge dans le respect de leur dignité et de leurs aspirations.

Dans le département des Alpes-Maritimes, les établissements se sont fortement investis, depuis de nombreuses années, dans la démarche qualité, notamment les EHPAD à travers la signature des conventions tripartites.

De plus, une démarche d'accompagnement des EHPAD, dans un objectif de qualité a été initiée par le Conseil général et réalisée par un prestataire extérieur. Cette démarche pourra être généralisée à l'ensemble des structures sociales et médico-sociales.

Le Département a également beaucoup investi dans la formation, avec notamment, le plan de professionnalisation des métiers des services d'aide à la personne évoqué ci-dessus et la mise en œuvre d'une formation spécifique en faveur des directeurs d'EHPAD, dans le cadre de l'élaboration des conventions tripartites qui doivent intégrer des actions de formation.

La formation demeure, plus que jamais, un enjeu fort de la qualité des prestations.

Aussi, le présent schéma prévoit, dans le cadre d'un plan ambitieux, le renforcement des formations à destination de l'ensemble des professionnels des établissements comme des services à domicile, sur la base d'un référentiel commun qui permettra de tendre à l'harmonisation des pratiques.

Ces formations aborderont tous les aspects de la prise en charge de la personne: nutrition, manutention, psychologie et stimulation de la personne âgée, bientraitance, utilisation des diverses aides technologiques pour la prise en charge de la dépendance, troubles liés à la maladie d'Alzheimer mais aussi aux autres pathologies mentales, accompagnement de la fin de vie et soutien aux familles, etc.

Elles concerneront également les aidants naturels, qu'il est essentiel de soutenir, malgré les difficultés à les mobiliser.

Par ailleurs, il est important de soutenir le développement des équipes mobiles de soins gériatriques et de soins palliatifs, ainsi que les services d'hospitalisation à domicile (HAD), afin d'apporter les réponses les plus adaptées à l'accompagnement des personnes âgées jusqu'au terme de leur vie et de compléter, ainsi, la palette de services proposés aux personnes âgées et leurs familles.

Ainsi qu'il l'a mis en pratique depuis longtemps, le Département continuera de soutenir et d'encourager les projets innovants de prise en charge ou d'amélioration de la vie des personnes âgées.

A domicile, une réflexion sur des formules de prise en charge mobiles, telles que les gardes à domicile de jour et de nuit est à approfondir. Ces gardes sur le modèle québécois du « baluchonnage » évitent l'organisation d'un déplacement et un changement d'environnement pour les personnes âgées, toujours préjudiciable à leur état de santé physique ou psychique.

Ce dispositif pourrait aussi être envisagé dans une optique de décloisonnement entre le domicile et l'hébergement en partenariat avec les EHPAD, dans le cadre d'une diversification de l'offre de services de ces derniers.

Par ailleurs, le Département continuera d'apporter son soutien aux « gérontechnologies », qui constituent des outils techniques en mesure d'apporter une aide aux personnes en perte d'autonomie et aux aidants familiaux et professionnels.

Elles ne se substituent pas à l'intervention humaine mais en sont complémentaires. La gamme de ces instruments est extrêmement variée : certains pallient partiellement les troubles de la mobilité (détecteurs de chute, télésurveillance...), d'autres diminuent les angoisses de la personne âgée (lampe qui s'allume automatiquement à la tombée de la nuit, ou rappellent des tâches (pilulier électronique automatique pour la distribution de médicaments).

Le recours accru aux gérontechnologies pourrait ainsi constituer l'une des réponses pertinentes au problème de la prise en charge de la perte d'autonomie, à condition que leur usage soit raisonné et respectueux des règles d'éthique.

Fiche Actions 19

INTENSIFIER LA FORMATION

CONTEXTE : La prise en charge des personnes âgées dépendantes nécessite l'intervention de personnels formés et qualifiés, tant en établissement qu'à domicile. Elle nécessite également de prévoir une formation adaptée pour les aidants familiaux. La pénurie des personnels qualifiés, le peu d'attractivité des métiers en gérontologie, l'absence de formation organisée pour les aidants familiaux, constituent une réelle difficulté dans la prise en charge des personnes âgées.

OBJECTIFS :

- Former 500 personnes chaque année, professionnels et aidants familiaux, sur l'ensemble du territoire.
- Favoriser la qualification des personnels, à travers notamment la valorisation des acquis de l'expérience (VAE).

PUBLICS VISES :

- La totalité des personnels en exercice en établissement ou en services d'aide à la personne.
- Les aidants familiaux.

ACTIONS :

- Créer un Institut de formation.
- Programmer chaque année des actions de formation de base et élargir le contenu de cette formation à tous les aspects de la prise en charge des personnes âgées et à l'accompagnement de fin de vie.
- Favoriser l'accès à la VAE en délocalisant les jurys.
- Généraliser l'utilisation des outils de téléformation.
- Renouveler la convention avec la CNSA, pour poursuivre les actions pour la professionnalisation des métiers des services à la personne.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général – Agence Régionale de Santé.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Organismes collecteurs, Conseil régional et employeurs...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- 5 ans.
- Évaluation annuelle.

Fiche Actions 20

PROMOUVOIR « LA BIENTRAITANCE » ET INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

CONTEXTE : Le département compte un grand nombre de personnes âgées, qui nécessite de conforter le dispositif de prévention de la maltraitance. Le respect de la personne âgée, la qualité de la prise en charge, tant à domicile qu'en établissement, constituent des priorités du Département des Alpes-Maritimes.

OBJECTIFS :

- Poursuivre la politique de bientraitance et prévenir la maltraitance.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées.

ACTIONS :

- Généraliser l'accompagnement des structures, dans un objectif de qualité.
- Améliorer le dépistage de la maltraitance, par des actions d'information et de formation des professionnels et des aidants familiaux.
- Renforcer la coordination des institutions de contrôle actuelles.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Agence Régional de Santé, CODERPA, institutions de contrôle, ALMAZUR, établissements et services...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Actions sur 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 21

DEVELOPPER LA DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

CONTEXTE : L'intégration de la personne âgée dans la société passe par l'acceptation de la normalité du vieillissement et de la mort dont il faut pouvoir parler afin d'aider au mieux les personnes âgées en fin de vie.

OBJECTIFS :

- Assister et aider les personnes en fin de vie et les familles.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées.

ACTIONS :

- Appuyer la création d'équipes mobiles de soins palliatifs intervenant tant au domicile qu'en EHPAD ainsi que des services d'HAD.
- Prévoir des formations permettant aux personnels de savoir écouter, échanger sur la fin de vie et la mort et apporter un réconfort aux personnes.
- Aménager des lieux pour les familles dans les EHPAD.

PILOTE DE L'ACTION :

- Agence Régionale de Santé.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Conseil général, structures médico-sociales...

LOCALISATION :

- Département des Alpes-Maritimes.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Actions sur 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 22

PROMOUVOIR L'INNOVATION

CONTEXTE : L'évolution rapide de la société entraîne l'apparition de nouveaux besoins à prendre en compte. Le Département doit, ainsi, être en mesure de proposer une offre de services diversifiée, complétant et améliorant les réponses apportées actuellement.

OBJECTIFS :

- Favoriser l'innovation afin de répondre le plus largement possible et de la manière la plus adaptée à l'évolution de la demande des seniors.

PUBLICS VISES :

- Seniors.

ACTIONS :

- Favoriser l'émergence de projets innovants, à la faveur d'appels à projets.
- Soutenir les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui souhaiteraient décloisonner les dispositifs et structurer l'offre de services en mettant à disposition des équipes de personnel mobile intervenant à domicile pour assurer, par exemple, des gardes de nuit.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- CODERPA, Agence Régionale de Santé, promoteurs de projets...

LOCALISATION :

- Département.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Action sur 5 ans.
- Évaluation régulière.

Fiche Actions 23

DEVELOPPER LES GERONTECHNOLOGIES

CONTEXTE : Les gérontechnologies sont une gamme d'outils techniques, destinés à apporter une aide, dans une multitude de domaines, aux personnes âgées, aux aidants familiaux et professionnels. Elles constituent l'une des réponses pertinentes au problème du vieillissement.

OBJECTIFS :

- Favoriser la qualité de vie et la sécurité des personnes âgées.

PUBLICS VISES :

- Personnes âgées.

ACTIONS :

- Diffuser l'information auprès des personnes âgées, de leurs familles et des professionnels sur l'existence des gérontechnologies et les aides financières possibles...
- Encourager le développement et l'utilisation des gérontechnologies, notamment, pour l'aménagement de l'habitat, la détection des fragilités, le lien social et la convivialité.
- Poursuivre l'expérimentation GEROMELABS, avec la réalisation d'un appartement-référence équipé en vue de la promotion et de la généralisation de toutes les technologies domotiques innovantes pour les personnes en perte d'autonomie.
- Poursuivre et élargir le nombre d'utilisateurs de Medicin@pais en y associant les EHPAD.

PILOTE DE L'ACTION :

- Conseil général – Nice Côte d'Azur - Maison Départementale des Seniors.

PARTENAIRES ASSOCIES :

- CODERPA, CHU de Nice, promoteurs des gérontechnologies...

LOCALISATION :

- Département.

PROGRAMMATION & SUIVI :

- Action sur 5 ans.
- Évaluation régulière.



Schéma

gérontologique départemental
2012-2016



Annexes

Liste des personnes ayant participé à la concertation sur l'actualisation du schéma départemental gériatrique

PARTICIPANTS	INSTITUTIONS
Mme Nathalie ALUNNI	Agence Régionale de Santé
M. Pierre AMIEL	Agence Régionale de Santé
Mme Danièle ANTOINE	Centre Local d'Information et de Coordination de Nice
Mme Isabelle ARDISSON	Centre Local d'Information et de Coordination de Grasse
Mme Sylviane ARNOULT	Centre Local d'Information et de Coordination de Cannes
Mme Marianne ASSO-VERLAQUE	Fédération Hospitalière de France
Mme Anne-Sophie AUBERT	Centre Hospitalier de Cannes
M. Roger AUBLET	Agence Régionale de Santé
Mme Dominique BALLET	Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale
Mme Michèle BELLARD	Conseil général
Mme Marianne BERGERON	Agence Régionale de Santé
M. Michel BESSO	Conseil général
M. Yves BEVILACQUA	Conseil général
Mme Laurence BLAISE	Association pour la Gérance de Tutelle et la Gestion du Patrimoine des Personnes Âgées
M. le Docteur Yvon BOTTERO	Réseau de Soins Palliatifs
Mme le Docteur Catherine BOURVIS	Conseil général
Mme Martine BOUZIDI	Association pour la Gérance de Tutelle et la Gestion du Patrimoine des Personnes Âgées
Mme Françoise BRAIZAT	Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail
M. Gérard BRAMI	Association des Directeurs d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées

PARTICIPANTS	INSTITUTIONS
M. le Professeur Patrice BROCKER	Centre Hospitalier de Nice
Mme le Docteur Nathalie BROUSSARD	Conseil général
M. le Docteur Jean-Félix BROUSSARD	Centre Hospitalier d'Antibes
Mme Sabrina CALLEMEIN	Association de Subrogation et de Soutien aux Incapables Majeurs
Mme le Docteur Françoise CAPRIZ RIBIERE	Centre Hospitalier de Nice
Mme Chantal CARDIN	Centre Local d'Information et de Coordination de la Vésubie
Mme Amélie CASSAR	Centre Hospitalier de Cannes
Mme Annie CASTEJON	Association Tutélaire des Personnes Protégées des Alpes-Méridionales
Mme Michel CEVA	Association Allo Maltraitance Personnes Âgées
M. le Docteur Alexandre CLAMAGIRAND	Centre Hospitalier Ste-Marie
Madame Danielle COHEN-BACRI	Syndicat National des Établissements et Maisons de Retraite Privées pour Personnes Âgées
Mme Morgane COINDE	Mutualité Sociale Agricole
Mme Bérangère DALBIES	Mutualité Française
Mme le Docteur Michèle DALFIN	Conseil général
Mme Anne-Marie DAVID	Association Tutélaire des Personnes Protégées des Alpes-Méridionales
Mlle Anne-Sophie DEBRUYNE	Agence Régionale de Santé
M. Michel DELBARRE	Syndicat National des Établissements et Maisons de Retraite Privées pour Personnes Âgées
Mme Céline DELFORGE	Conseil général
M. Dominique DIHARCE	Syndicat National des Établissements et Maisons de Retraite Privées pour Personnes Âgées
M. Robert DUMONT	Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées

PARTICIPANTS	INSTITUTIONS
Mme Hélène DUTOUR	Régime Social des Indépendants
M. Jacky ELDERT	Association des Directeurs d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées
Mme le Docteur Hanna EL OMARI	Conseil général
Mme Jessy ESPOSITO	Association de Subrogation et de Soutien aux Incapables Majeurs
Mme Aline EYPERT	Conseil général
Mme Andrée FARAUT	Centre Hospitalier de Nice
Mme le Docteur Martine FOURNET-FAYAS	Centre Hospitalier de Grasse
Mme Isabelle GARD-PEYFFON	Union Départementale des Associations Familiales
Mme Elisabeth GASTAUD	Conseil général
Mme Eliane GERARDIN	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
M. Patrick GIRAUD	Aide à Domicile en Milieu Rural
Mme Evelyne GOFFIN-GIMELLO	Conseil général
Mme Florence GOMIS	Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale
M. Jean-Claude GRECO	Union Départementale des Associations Familiales
M. Christian GROUSELLE	Conseil général
Mme Florence GUELAUD	Conseil général
M. le Professeur Olivier GUERIN	Centre Hospitalier de Nice
Mme Françoise GUIGONIS	France Alzheimer 06 (Alzheimer Côte d'Azur)
Mme le Docteur Brigitte HAIST	Conseil général
Mme Corine HAMON	Conseil général
Mme le Docteur Sabine HENRY	Conseil général

PARTICIPANTS	INSTITUTIONS
Mme Emmanuelle HUGUES MORFINO	Conseil général
Mme Liliane IMBERT	France Alzheimer 06 (Alzheimer Côte d'Azur)
Mme Sylvie JARDIN	Centre Hospitalier d'Antibes
M. le Docteur Fabien JOSSERAN	Conseil général
M. Jean-François JUST	Syndicat National des Établissements et Maisons de Retraite Privées pour Personnes Âgées
Mme le Docteur Hélène KAZARIAN	Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale
M. Michel KESSAYAN	Aide à Domicile des Retraités des Alpes-Maritimes
M. Jean-Jacques KUNTZMANN	Aide à Domicile des Retraités des Alpes-Maritimes
Mme Bernadette KWASNIEWSKI	Conseil général
Mme Véronique LAPORTE	Centre Local d'Information et de Coordination de Cannes
Mme Armelle LAURE	Centre Local d'Information et de Coordination de Cannes
M. Joseph LEBRIS	Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées
Mme Joëlle LECLUSE	Union Départementale des organismes Privés Sanitaires et Sociaux
M. le Docteur Franck LE DUFF	Centre Hospitalier de Nice
Mlle Alexandra LEGALL	Agence Régionale de Santé
M. Thierry LOIRAC	Association des Petits et Moyens Établissements Sanitaires et Sociaux des Alpes-Maritimes
Mme le Docteur Christine LORENZI	Conseil général
M. Philippe MADDALENA	Association des Petits et Moyens Établissements Sanitaires et Sociaux des Alpes-Maritimes
M. Jean-Pierre MARMONTELLI	Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées
Mme Françoise MARTIN	Union Départementale des Associations Familiales
Mme le Docteur Joëlle MARTINAUX	Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale

PARTICIPANTS	INSTITUTIONS
Mme Irène MARTINELLI	Caisse Primaire d'Assurance Maladie 06
Mme Christiane MARTINO	Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées
M. Daniel MEIFFRET	Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale
Mme Marion MONTARELLO	Aide à Domicile en Milieu Rural
M. Hervé MOREAU	Conseil général
M. Hervé MOUGEOLLE	Centre Hospitalier d'Antibes
M. le Docteur Marc MUNOZ	Agence Régionale de Santé
Mme Domenica MUOIO	Association des Directeurs d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées
M. Hubert NAASZ	Association des Petits et Moyens Établissements Sanitaires et Sociaux des Alpes-Maritimes
M. Nicolas NARDIN-GUICHARD	Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale
Mme Françoise NGUYEN	Conseil général
Madame le Docteur Astrid OZANNE	Centre Hospitalier d'Antibes + Fédération Hospitalière de France
M. Jean-Jacques PEREZ	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « La Colline »
M. Edouard PERRET	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
M. Gilles PIAZZA	Aide à Domicile en Milieu Rural
Mme Martine PIETRALUNGA	Syndicat National des Établissements et Maisons de Retraite Privées pour Personnes Âgées
M. le Docteur Didier PLAGNOL	Centre Hospitalier Ste-Marie
Mme Paulette PONS	Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées
M. le Professeur Christian PRADIER	Centre Hospitalier de Nice
M. le Docteur Laurent PRESTIFILIPPO	Conseil général

PARTICIPANTS	INSTITUTIONS
M. le Professeur Jean-François QUARANTA	Centre Hospitalier de Nice
M. le Docteur Jacques RIBIERE	Centre Hospitalier de Grasse
Mme Simone RIFF	France Alzheimer 06 (Alzheimer Côte d'Azur)
Mme Hélène ROARD	Association Allo Maltraitance Personnes Âgées + Centre Hélio Marin de Vallauris
M. le Professeur Philippe ROBERT	Centre Hospitalier de Nice
Mme Catherine ROMANENS	Centre Hospitalier de Menton
Mme Christiane ROUSSEL	Cohésion Sociale
M. le Docteur Jacques SANTONI	Centre Hospitalier de Cannes
Mme le Docteur Jocelyne SAOS	Conseil général
M. Jean-Jacques SARFATI	Fédération Hospitalière de France
Mme Stéphanie SAULNIER	Centre Hospitalier de Nice
M. Patrice SILVESTRE	Centre Hospitalier de Cannes
Mme Valérie STALENQ	Association Tutélaire des Personnes Protégées des Alpes-Méridionales
Mme Christine TALARIO	Centre Local d'Information et de Coordination de Nice
Mme le Docteur Isabelle THEVENIN-LAVALOU	Centre Hospitalier de Grasse
Mme Ghislaine TOUBOUL	Centre Hospitalier de Menton
Mme Morgane TRAPU	Régime Social des Indépendants
Mme Claude-Lise TREMOLIERES	Direction Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
M. Michel TUZ	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
Mme Michèle VANGIONI	Union Départementale des organismes Privés Sanitaires et Sociaux
Mme Valérie VAROUX	Centre Hospitalier de Cannes

PARTICIPANTS	INSTITUTIONS
M. Yvan VILLANI	Conseil général
M. Franck VINCENT	Conseil général
M. le Professeur Gérard ZIEGLER	Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées

Calendrier de la concertation

DATE			GRUPE 1	GRUPE 2	GRUPE 3	GRUPE 4
NOVEMBRE	30 novembre 2010	Comité de concertation				
JANVIER	13 janvier 2011		Prise en charge maladie Alzheimer			
	14 janvier 2011			Équipement départemental		
	18 janvier 2011				Démarche qualité	
	25 janvier 2011			Équipement départemental		
	27 janvier 2011					Soutien à domicile
FEVRIER	8 février 2011					Soutien à domicile
	10 février 2011				Démarche qualité	
	15 février 2011		Prise en charge maladie Alzheimer			
	21 février 2011	Réunion de travail avec le Président du Conseil général				

Légende :

Groupe 1 : La prise en charge maladie d'Alzheimer

Groupe 2 : L'équipement départemental

Groupe 3 : La démarche qualité

Groupe 4 : Le soutien à domicile



Tranches de **vie**

**Le Conseil général vous accompagne
à toutes les étapes de votre existence...**

www.cgo6.fr

Conseil général des Alpes-Maritimes

B.P. 3007 - 06201 Nice cedex 3

Tél. : 04 97 18 60 00

Fax : 04 97 18 66 66

cg06@cg06.fr



CONSEIL GÉNÉRAL
ALPES-MARITIMES