SCHÉMA D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SERVICES

2008-2012

AUX PERSONNES ÂGEES

DU DÉPARTEMENT DU CANTAL

PREFECTURE DU CANTAL

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

N° 2007 - 1512

CONSEIL GENERAL DU CANTAL

DIRECTION DE LA SOLIDARITE DEPARTEMENTALE

N° 2007 - 254

ARRETE

portant approbation des schémas départementaux d'organisation de l'offre de services aux personnes âgées et aux personnes handicapées du Cantal.

LE PREFET DU CANTAL, Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL,

VU les articles L.312-1, L.312-4 et L.312-5 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu la délibération du Conseil Général du Cantal en date du 14 septembre 2007 approuvant les projets de schémas départementaux d'organisation de l'offre de services aux personnes âgées et aux personnes handicapées du Cantal ;

VU l'avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale d'Auvergne émis à l'unanimité et rendu en séance plénière du 17 septembre 2007 ;

Sur proposition conjointe du Secrétaire Général de la Préfecture du Cantal et du Directeur Général des Services du Département ;

ARRETENT

ARTICLE 1er : Les documents annexés au présent arrêté constituent respectivement le schéma départemental de l'offre de services aux personnes âgées du Cantal et le schéma départemental de l'offre de services aux personnes handicapées du Cantal pour la période 2008 -2012.

ARTICLE 2 : Le Secrétaire Général de la Préfecture du Cantal, le Directeur Général des Services du Département, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs du Département et au recueil des actes administratifs de la Préfecture du Cantal.

Aurillac, le 17 OCT. 2007

LE PREFET,

Jean-François DELAGE

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL,

Vincent DESCOEUR

SOMMAIRE

INTRODUCTION....7

1- MÉTHODE D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'ÉLABORATION DU SCHÉMA....9
1.1- LA MISE EN PLACE DES INSTANCES DE SUIVI....9
Un Comité de pilotage....9
Un Comité technique....9
1.2- LES ÉLÉMENTS TECHNIQUES D'UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL....10
1.2.1- Données quantitatives....10
Le rassemblement des données statistiques existantes....10
L'exploitation de l'enquête 2003 conduite par la DRASS et la DREES....10
Une enquête spécifique dans tous les établissements et services du Cantal....11
1.2.2- Données qualitatives....11
Entretiens avec les acteurs de la gérontologie du Cantal....11
1.3- MISE EN PLACE ET SUIVI DE GROUPES DE TRAVAIL....11
1.3.1- Détermination de quatre thèmes spécifiques et de deux thèmes transversaux....11
1.3.2- Constitution des groupes....12
1.3.3- Méthode de travail des groupes....12
1.4- MÉTHODE D'ÉLABORATION DES PRÉCONISATIONS....12

2- LE SCHEMA GERONTOLOGIQUE DU CANTAL....13
2.1- DIAGNOSTIC....13
Fiche 1- Démographie du Cantal....14
Fiche 2- Projections de population à l'horizon 2010 – 2020 – 2030....16
Fiche 3- Une estimation (théorique) de la population des personnes âgées dépendantes (sur la base de l'enquête HID)....18
Fiche 4- L'offre de service en gérontologie dans le Cantal (1) : les enseignements tirés de l'enquête ES-DRASS/DREES-2003....21
Fiche 5- L'offre de service en gérontologie dans le Cantal (2) Les éléments apportés par l'enquête conduite pour le Conseil Général : un point de situation au 31/12/2005....27
Fiche 6- L'offre de service en gérontologie dans le Cantal (3) : évolution et comparaisons....41
Fiche 7- Les services d'aide à domicile (y compris l'aide aux personnes handicapées de moins de 60 ans)....56
Fiche 8- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)....60
Fiche 9- La place des infirmiers libéraux....63
Fiche 10- Les services de portage de repas à domicile....64
Fiche 11- La téléalarme dans le Cantal....65
Fiche 12- L'amélioration ou l'adaptation de l'habitat....66
Fiche 13 : Les coordinations gérontologiques (CLIC et Réseau)....68
Fiche 14- L'accueil familial et les unités d'accueil familial.....76
Fiche 15- Les données de prestations en 2006....81
2.2-LA CONCERTATION....82
2.2.1- Thème PA1- Coordination territoriale (Clics et réseau)....83
2.2.2- Thème PA2- La prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle, et de leurs aidants....84
2.2.3- Thème PA3- Le soutien à domicile....85
2.2.4- Thème PA4- L'évolution de l'offre en et à partir des établissements....86
2.2.5-Thème T1- Le vieillissement des personnes handicapées....87

2.2.6- Thème T2- Le recrutement et la formation des personnels 88
2.3- PROPOSITIONS SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE.....89
Préambule.....89
2.3.1. Cinq domaines pour répondre aux besoins de la population vieillissante.....90
AXE 1 - Animer la politique gérontologique départementale 90
Objectif n°1.1 : Piloter l'action gérontologique du Cantal au plan départemental 90
Action 1.1.1 Constituer un Comite départemental de la coordination réunissant les Institutions Sanitaires et Sociales 90
Action 1.1.2. Créer une équipe technique départementale chargée d'animer la coordination et de promouvoir l'action sociale.....90
Objectif n°1.2: Organiser la coordination gérontologique sur la base des 3 arrondissements.....92
Action 1.2.1. Créer une maison de l'autonomie dans chaque arrondissement.....92
Objectif n°1.3 : Organiser le suivi du schéma gérontologique 93
Action 1.3.1. Mise en place d'un comité de suivi du schéma.....93
AXE 2- Ajuster les services aux besoins de la population âgée du Cantal.....94
Objectif n°2.1 : Répartir les places d'hébergement sur l'ensemble du territoire.....94
Action 2.1.1. Suivre l'évolution des besoins en places d'hébergement.....94
Action 2.1.2. Programmer le nombre de places à créer et les répartir sur le territoire 94
Objectif n°2.2 : Développer les moyens des SSIAD.....97
Action 2.2.1 Ajuster les moyens des SSIAD pour couvrir les territoires 97
Objectif n°2.3 : Maintenir l'organisation du portage de repas à domicile 98
Action 2.3.1. Définir un cahier des charges du portage de repas à domicile.....98
AXE 3 - Accroître la qualité des réponses proposées par les établissements 99
Objectif n°3.1 : Promouvoir la participation des usagers, lutter contre la maltraitance. 99
Action 3.1.1. Accompagner les établissements dans la mise en place des orientations de la loi du 2 janvier 2002, et de la lutte contre la maltraitance 99
Objectif n°3.2 : Adapter les établissements à l'évolution des attentes des résidents et de leurs familles 101
Action 3.2.1. Poursuivre les avancées des conventions tripartites 101
Action 3.2.2. Poursuivre l'adaptation architecturale des établissements à la dépendance et aux normes de sécurité.....101
Objectif n°3.3 : Améliorer la prise en compte des besoins des personnes souffrant de détérioration intellectuelle.....104
Action 3.3.1. Améliorer la pertinence des orientations par un diagnostic précoce 104
Action 3.3.2. Mieux prendre en compte la détérioration intellectuelle pour les orientations au moment des admissions en établissement et dans le cadre des demandes APA.....104
Action 3.3.3. Développer le suivi individuel des personnes atteintes de détérioration des fonctions intellectuelles.....105
Action 3.3.4. Favoriser la coopération entre aide à domicile et hébergement : développer l'emploi partagé pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle 105
Action 3.3.5. Poursuivre l'effort engagé dans la prise en charge des détériorations intellectuelles, et donner aux établissements les conditions d'un fonctionnement adapté.....106

AXE 4 - Renforcer et diversifier l'accompagnement à domicile des personnes âgées.107
Objectif n°4.1 : Développer une prise en charge de qualité des personnes âgées à domicile par la formation des intervenants 107
Action 4.1.1. Soutenir la formation des intervenants 107
Objectif n°4.2 : Favoriser l'intégration sociale des personnes âgées 108
Action 4.2.1. Développer la « prise de repas partagée » avec l'aide à domicile .108
Action 4.2.2. Soutenir les associations de retraités dans leur rôle de maintien du lien social 108
Objectif n°4.3 : Poursuivre l'adaptation des logements aux déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles des personnes âgées 109
Action 4.3.1. Maintenir l'effort engagé pour l'adaptation des logements aux déficiences et accroître la sensibilisation 109
Objectif n°4.4 : Valoriser l'accueil familial pour les personnes âgées 110
Action 4.4.1. Développer la formation des familles d'accueil pour les personnes âgées 110
Action 4.4.2. Soutenir les familles qui accueillent des personnes âgées présentant des troubles du comportement 110
Objectif n°4.5 : Développer l'aide aux aidants 111
Action 4.5.1. Répartir des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour dans les établissements 111
Action 4.5.2. Répartir des places d'accueil de jour spécialisé dans chaque arrondissement 112
Action 4.5.3. Soutenir les familles par des lieux de rencontres et d'échanges 113
Action 4.5.4. Actions d'aide aux aidants : projet UDAF 113
AXE 5 - Poursuivre l'innovation pour répondre aux besoins des personnes âgées 114
Objectif n°5.1 : développer des formules alternatives à l'hébergement 114
Action 5.1.1. Développer l'accueil temporaire au sein des familles d'accueil 114
Action 5.1.2. Expérimenter l'accueil de jour itinérant appuyé sur des établissements 114
Action 5.1.3. Formaliser le projet d'accompagnement des UVAF 115
Objectif n°5.2 : Renforcer des innovations dans le domaine de l'aide à domicile ...116
Action 5.2.1. Expérimenter la garde de nuit itinérante 116
Action 5.2.2. Développer la substitution à domicile de l'aidant naturel par une aide professionnelle 116
2.3.2. Un domaine transversal aux schémas personnes handicapées et personnes âgées .117
AXE 1 - Agir sur la formation initiale et continue des personnels 117
Objectif 1.1.: Répondre aux besoins de formation des différents territoires.....117
Action 1.1.1. Recenser les mesures et dispositifs pouvant soutenir le développement de la formation à l'échelle du département 117
Action 1.1.2. Planifier les besoins de formation initiale et continue 118
Action 1.1.3. Optimiser l'utilisation des dispositifs de formation existants 118
Action 1.1.4. Concevoir et organiser des actions de formation continue 119
AXE 2 – Faciliter le recrutement et le maintien des personnels dans le Cantal 119
Objectif N° 2.1. : Suivre l'évolution des besoins en personnel des établissements et services médico-sociaux 119
Action 2.1.1. Se doter d'outils d'observation 120
Action 2.1.2. Améliorer l'image des métiers du secteur social et médico-social .120
Action 2.1.3. Attirer des jeunes professionnels 120
Action 2.1.4. Développer une action territorialisée de formation en direction d'une branche professionnelle 121

AXE 3 - Rassembler les moyens et regrouper les efforts 121
Objectif N° 3.1 : Promouvoir des solutions transversales aux problèmes de formation et d'emploi du secteur médico-social.....121
*Action 3.1.1. Favoriser le regroupement de directeurs du secteur médico-social*121
Action 3.1.2. Soutenir un projet innovant de rapprochement entre employeurs pour le recrutement de personnel qualifié.....121
Action 3.1.3. Elaborer des actions de formation mutualisées en mixant les personnels des établissements et services 122
Action 3.1.4. Développer la mise à disposition de compétences par la mutualisation de services 122

INTRODUCTION

La révision du schéma gérontologique est un temps important dans l'action d'un département. C'est le moment de mise en œuvre d'un processus qui va permettre de définir les axes d'intervention du Département et de ses partenaires pour les cinq prochaines années.

Les révisions actuelles des schémas départementaux s'inscrivent dans une période particulière. En effet, dans le cadre d'une seconde vague de décentralisation, le niveau départemental vient de se voir confié par l'État de nouvelles responsabilités.

Cette vague de décentralisation intervient en même temps que la prise de conscience nationale, qui a suivi la canicule de 2003 et ses conséquences dans un certain nombre de départements. On a soudain réalisé l'importance d'une organisation cohérente au niveau territorial afin d'assurer un accompagnement correct des personnes âgées qui connaissent des états de santé chroniques handicapants pour lesquels il faut prévoir des aides pour les actes essentiels de la vie quotidienne et qu'on désigne souvent par le terme « dépendance ».

L'épisode de la canicule a mis en lumière le fait que la seule mise en œuvre d'une prestation d'aide financière ne suffisait pas pour résoudre les problèmes des personnes âgées dépendantes. L'enjeu est beaucoup plus important. Il s'agit, en fait, de reconfigurer le système de santé (au sens large du terme) afin de faire face, non seulement aux changements de structure d'âge de la population, mais aussi aux changements des problèmes de santé. En effet, au cours des quarante dernières années, les problèmes aigus ont progressivement laissé la place à des problèmes chroniques : des problèmes chroniques non handicapants, qui nécessitent une attention médicale au long cours et des problèmes chroniques handicapants qui nécessitent des réponses plus complexes, impliquant la mise en œuvre de réponses multi professionnelles, à la fois médicales et sociales.

La création d'une nouvelle Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est la concrétisation de la volonté de doter notre pays des éléments qui lui manquent pour faire face correctement aux problèmes chroniques handicapants. Dans cette nouvelle organisation, les départements sont en « première ligne ». Ils disposent pour cela de deux leviers principaux :

a) La gestion d'une prestation importante permettant de répondre aux personnes dans des états de dépendance : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

b) La structuration territoriale de la coordination des réponses apportées à chaque personne concernée.

Enfin, on a aussi pris conscience du fait que les problèmes chroniques handicapants n'étaient pas une spécificité des personnes âgées et que la barrière d'âge de 60 ans, que l'administration avait instituée pour séparer un secteur handicap et un secteur « dépendance », posait plus de problèmes qu'elle n'en résolvait. S'il est vrai que les personnes âgées sont concernées au premier chef, du fait que le processus de sénescence augmente fortement la survenue des états chroniques handicapants, il est logique qu'à terme une partie des procédures prévues pour les personnes âgées, puissent converger avec les dispositifs prévus pour les personnes handicapées, comme l'a prévu la CNSA pour les prochaines années.

Aujourd'hui le département du Cantal doit inscrire la révision de son schéma gérontologique dans le cadre de cette problématique.

Ce faisant, il doit prendre en compte ses spécificités populationnelles et géographiques qui présentent au moins trois particularités :

- Une faible démographie.
- Une dispersion des populations sur de vastes territoires dont certains présentent des problèmes d'accessibilité saisonnière.
- Une difficulté à recruter et à fixer les professionnels médicaux et sociaux.

La lutte contre la maltraitance constitue une priorité du présent schéma ; elle sera prise en compte en particulier dans le cadre de la mise en place du comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance et elle représente nécessairement la préoccupation première de l'ensemble des acteurs concernés par la mise en œuvre du schéma : administrations, établissements et services.

Sur le plan opérationnel, la préparation d'un schéma départemental repose sur trois étapes :

1- L'établissement d'un diagnostic de situation.
2- L'élaboration de préconisations dans le cadre d'un processus participatif.
3- La préparation technique du schéma proprement dit.

La démarche d'élaboration du présent schéma a été accompagnée par les Cabinets GERONTO-CLEF et AIRE Conseil.

1- MÉTHODE D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'ÉLABORATION DU SCHÉMA

1.1- LA MISE EN PLACE DES INSTANCES DE SUIVI

La révision du schéma des personnes âgées du Cantal est conduite sous la double responsabilité du Conseil Général et de l'État. Le préalable à sa mise en œuvre a été la constitution de deux instances permettant de suivre les travaux :

Un Comité de pilotage

Il s'agit d'une instance de validation des différentes étapes de la démarche. Ce comité est chargé du pilotage des deux schémas, personnes âgées, personnes handicapées. Il est composé de la façon suivante :

- Madame et Messieurs les conseillers généraux, membres de la 3ème Commission :
    - M. Michel LAFON
    - M. Charles DELAMAIDE
    - M. François VERMANDE
    - Mme Madeleine BAUMGARTNER
    - M. Alain CALMETTE
    - M. Bernard DELCROS
    - M. Michel LEHOURS
    - M. Christian MEINIEL.
- la Direction de la Solidarité Départementale du Conseil Général ;
- la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- l'Inspection Académique ;
- la Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle ;
- la Direction Départementale de l'Équipement ;
- la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Un Comité technique

Il s'agit d'une instance de régulation et de conseil technique qui est composée de la façon suivante :

- la Direction de la Solidarité Départementale du Conseil Général ;
- la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- la Direction Départementale de l'Équipement ;
- la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- la Mutualité Sociale Agricole ;
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ;
- la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ;
- l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie ;
- 6 représentants de la commission « gérontologie vieillesse et dépendance » du CODERPA,
- 1 organisme représentant les CLIC,
- 1 médecin intéressé par les problématiques des personnes âgées.

1.2- LES ÉLÉMENTS TECHNIQUES D'UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL

La première étape a consisté à rassembler toutes les informations concernant la gérontologie dans le Cantal. Nous distinguerons la collecte des données quantitatives et les informations qualitatives obtenues auprès des acteurs.

1.2.1- Données quantitatives

Le rassemblement des données statistiques existantes

Il existe de nombreuses données concernant le département du Cantal, dans les analyses faites par les organismes départementaux, régionaux et au niveau national.
Les données démographiques ont été obtenues auprès de l'INSEE auquel nous avons demandé des projections démographiques à partir de la mise en œuvre du modèle « Omphale ». L'application de ce modèle exigeant des effectifs de population suffisants, les perspectives de population de 2005 à 2030 n'ont été effectuées que pour l'ensemble du département et pour les trois arrondissements.

Pour les données concernant les incapacités fonctionnelles et la dépendance des personnes âgées, on a effectué une transposition des estimations observées par l'enquête « Handicap Incapacité Dépendance » (HID) de l'INSEE à la population par sexe et âge du Cantal. Les chiffres obtenus par de telles transpositions doivent être considérés comme des ordres de grandeur possibles et être interprétés avec prudence, et seulement quand on ne dispose pas d'autres données sur un sujet (exemple : les détériorations intellectuelles patentes relevées dans l'enquête nationale). Rappelons que les estimations de HID sont obtenues à partir de deux échantillons aléatoires de type aréolaires (c.-à-d. tirés sur des aires) de 15 000 sujets vivant en institution et de 15 000 sujets vivant à domicile. Il s'agit sans doute de la meilleure enquête dont nous disposions en France sur ce sujet mais malheureusement les méthodes d'estimation par « petits domaines » ne sont pas parvenues à un degré d'élaboration suffisant pour une diffusion générale. La méthode utilisée consiste donc en une simple application des fréquences nationales à la structure démographique du Cantal.

Pour les statistiques concernant l'activité des établissements et services, on a compilé toutes les statistiques existant au niveau régional, élaborées en particulier par la DRASS d'Auvergne. Dans le cadre d'une collaboration entre le Conseil général et la DRASS, une analyse particulière des données de l'enquête conduite dans toutes les régions de France par la DREES, avec la collaboration des DRASS, a été réalisée. Enfin une enquête spécifique a été organisée auprès de tous les établissements pour une actualisation des données au 31 décembre 2005.

L'exploitation de l'enquête 2003 conduite par la DRASS et la DREES

L'enquête ES 2003 a été réalisée par la DREES auprès de tous les établissements et services pour personnes âgées au 31 décembre 2003 ; elle donne des informations sur l'activité de tous les établissements inscrits au répertoire FINESS, le personnel employé et les personnes prises en charge dans les établissements et services. A l'échelon régional, elle est traitée par les DRASS. Dans le cadre d'une convention entre le Conseil général et la DRASS d'Auvergne, nous avons pu procéder à un complément d'analyse de cette base de données pour en extraire des données spécifiques au Cantal.

Une enquête spécifique dans tous les établissements et services du Cantal

Une enquête a été réalisée spécifiquement pour le Conseil général, à la fin du mois de septembre 2006. Elle concerne la situation des établissements pour l'année 2005. Il s'agit d'une enquête exhaustive qui portait sur un nombre initial de 51 établissements. Quarante-huit (48) établissements ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 94%. Le questionnaire qui a été élaboré a volontairement repris une partie des informations recueillies par la DREES. Un recensement anonyme de tous les bénéficiaires de chaque établissement pendant l'année 2005 a été effectué. Les mouvements (entrées et sorties) ont également été enregistrés ainsi que l'origine des personnes. On a cherché à maîtriser les « doubles comptes » afin de pouvoir faire des estimations du nombre de personnes présentes dans le Cantal pendant l'année considérée.

1.2.2- Données qualitatives

Entretiens avec les acteurs de la gérontologie du Cantal

Le travail d'enquête a débuté par des entretiens en face à face avec un grand nombre d'acteurs de la gérontologie du Cantal. Ces entretiens ont été effectués sur la base d'une grille d'entretien simple qui passait en revue les éléments suivants :

- Description de la structure
- Coordination et réseaux de santé (découpages *géographiques, fonctionnement des CLIC…)*
- Mise en place de la loi n°2002-2 : *projets d'établissements et services, représentation des usagers…*
- Prise en charge des personnes atteintes de détérioration intellectuelle
- Gestion des listes d'attente (*gestion départementale ?)*
- Établissements : évolution du cadre bâti (*aménagement des chambres, sanitaires, accessibilité,…)*
- Habitat (vie à domicile)
- Qualité : *démarche qualité, recherche de qualité dans les prestations, rôle des conventions tripartites*
- Diversification des services (*développement des services : portage de repas à domicile…)*
- Recrutement des personnels (*directeurs, cadres, formation et développement de la qualification)*
- Relations avec les organismes de contrôle et de tutelle (DDASS, Conseil Général…)
- Relations avec le secteur sanitaire ou social
- Prévention avec le comité départemental d'éducation pour la santé, le CODES
- Rôle et relations avec le CODERPA

Chaque entretien faisait l'objet d'un compte-rendu structuré sur cette base.

1.3- MISE EN PLACE ET SUIVI DE GROUPES DE TRAVAIL

1.3.1- Détermination de quatre thèmes spécifiques et de deux thèmes transversaux

Sur la base des entretiens avec les acteurs, complétés ou étayés par les informations quantitatives issues des données statistiques nous avons opéré un choix de six thèmes de travail, dont deux sont communs avec le schéma des personnes handicapées (thèmes appelés transversaux). Le choix des thèmes proposés a été d'abord amendé et validé en Comité de pilotage puis par le Comité technique. Ces six thèmes ont été retenus pour servir de base à

l'organisation des groupes de travail. Afin de conduire un travail approfondi avec chaque groupe, il a été décidé de limiter la taille des groupes à 15 personnes.

1.3.2- Constitution des groupes

Une réunion publique de lancement des groupes a été organisée le 7 novembre 2006. Au cours de cette réunion, les groupes ont été présentés ainsi que le profil souhaité des participants. Les participants ont été invités à s'inscrire dans les différents groupes en fonction des profils proposés. Pour respecter la contrainte du nombre limité de personnes dans chaque groupe, le Conseil Général et la DDASS ont opéré un dernier choix en concertation avec les personnes. Toutes les personnes qui ne participaient pas à un groupe, mais qui étaient intéressées, ont été invitées à fournir des contributions écrites qui ont été prises en compte dans le travail des groupes.

1.3.3- Méthode de travail des groupes

Chaque groupe était organisé par deux consultants l'un gérant l'animation et l'autre la prise de notes. Un représentant du Conseil Général et un représentant de la DDASS étaient présents à chaque groupe. Un document de travail a été préparé à l'intention des participants. Il proposait une problématique générale et un petit nombre de thèmes pour structurer la discussion. L'objectif, visant à élaborer des préconisations, a été clairement rappelé à tous les participants. Les animateurs ont été attentifs à ce que toutes les personnes s'expriment.
Les travaux des groupes se sont organisés en deux séances de trois heures. Un compte-rendu de chaque séance a été produit. Le récapitulatif de l'ensemble des préconisations faites par chaque groupe, a été validé par les participants avant la fin de la seconde séance.

1.4- MÉTHODE D'ÉLABORATION DES PRÉCONISATIONS

Le choix des préconisations a fait l'objet d'un travail en plusieurs temps. Le point de départ était la liste de toutes les préconisations élaborées par les groupes.
Un premier travail fut de classer ces différentes préconisations selon un nombre limité d'axes appelés « orientations ».
Le second temps fut de sélectionner dans la liste exhaustive des recommandations émises par les groupes de travail, celles qui pouvaient faire l'objet d'un développement opérationnel à l'échelon départemental.
Les choix opérés ont fait l'objet de plusieurs séances de discussions informelles entre les responsables du Conseil Général et de la DDASS avant que des propositions soient présentées au Comité de pilotage et au Comité technique.

2- LE SCHEMA GERONTOLOGIQUE DU CANTAL

2.1- DIAGNOSTIC

Les données sont présentées sous la forme de 15 fiches qui abordent de façon indépendante 15 points du diagnostic. Nous avons consacré une fiche à l'exploitation de l'enquête DREES / DRASS de 2003 et une autre fiche pour présenter les informations actualisées qui ont pu être tirées de l'enquête spécifique portant sur l'année 2005, conduite pour le Conseil Général du Cantal, auprès des établissements.

Fiche 1- Démographie du Cantal

Territoires et découpages administratifs

- Le département du Cantal est composé de 260 communes.
- Ces communes sont regroupées en 27 cantons et 3 arrondissements : Aurillac, Mauriac et Saint Flour.
- La superficie du Cantal est de 5 726 km², soit 22% de l'Auvergne.
- Le cantal est limitrophe avec 6 départements et 4 régions : Puy-de-Dôme, Haute-Loire (Auvergne), Aveyron, Lot (Midi-Pyrénées), Lozère (Languedoc-Roussillon), Corrèze (Limousin)

Indicateurs démographiques 2005

Données	Auvergne	Allier	**Cantal**	Haute Loire	Puy de dôme
Superficie en km²	26 013	7 340	**5 726**	4 977	7 970
Population au 1er janvier 2000 révisée	1 312 151	344 596	**150 779**	210 308	606 468
Population au 1er janvier 2005	1 331 380	342 284	**150 774**	217 263	621 059
Taux de variation annuel 2005-2000	***0.29%***	***-0.13%***	***0,00%***	***0,65%***	***0,48%***
Densité au 1er janvier 2005 en hab./km²	51	47	**26**	44	78
Taux de natalité en 2005[1]	10,5	9,8	**9,2**	11,4	10,8
Taux de mortalité en 2005[2]	10,9	12,7	**12,4**	10,7	9,6
Indice de vieillissement au 1er janvier 2005[3]	91,7	110,9	**121,5**	85	78

Source : STATISS 2007

- L'indice de vieillissement indique qu'il y a 121,5 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.
- La structure de la population montre que la population du Cantal est une population plus âgée que la moyenne régionale.
- En effet la part des moins de 20 ans représente 19,5% de la population du Cantal (21,9% pour la région auvergne), la part des 60 ans et plus s'élève à près de 29% (24,9% en auvergne).
- 12% de la population a 75 ans et plus (la moyenne régionale est de 10,07%).

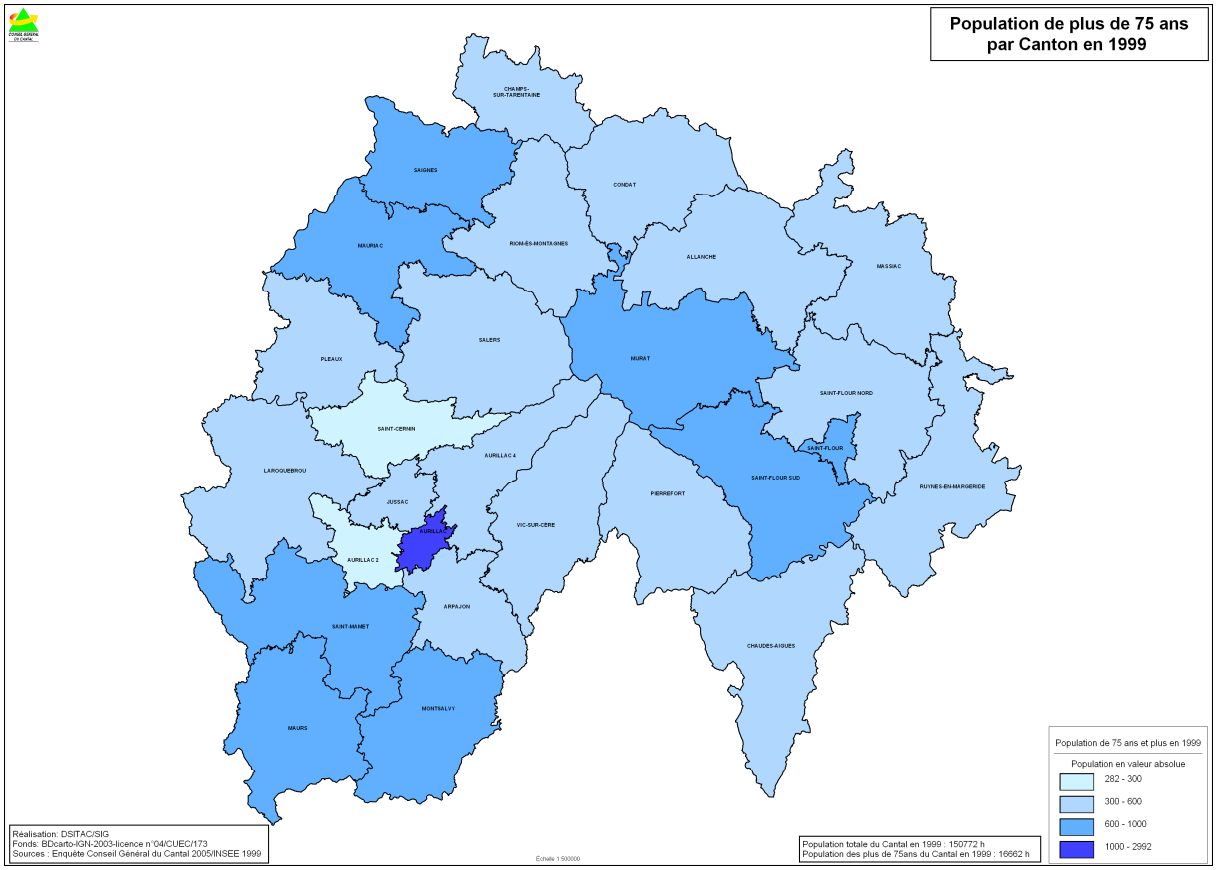
[1] Naissances domiciliées pour 1000 hab.
[2] Décès domiciliés pour 1000 hab.
[3] 65 ans et plus pour 100 personnes de – de 20 ans.

Effectifs par classes d'âge au 1er janvier 2005

Classes d'âges	Cantal
0 – 4 ans	7 285
5 – 9 ans	6 895
10 - 14 ans	7 370
15 – 19 ans	7 783
20 – 24 ans	7 795
25 – 54 ans	59 552
55 – 59 ans	10 696
60 – 64 ans	7 756
65 – 74 ans	17 609
75 – 84 ans	14 070
85 ans et +	3 963
Ensemble	**150 774**
Personnes âgées de 75 ans et plus	18 033
Population des moins de 6 ans	8 652
Population des 6 à 16 ans	16 090
jeunes de 18 à 25 ans	12 177

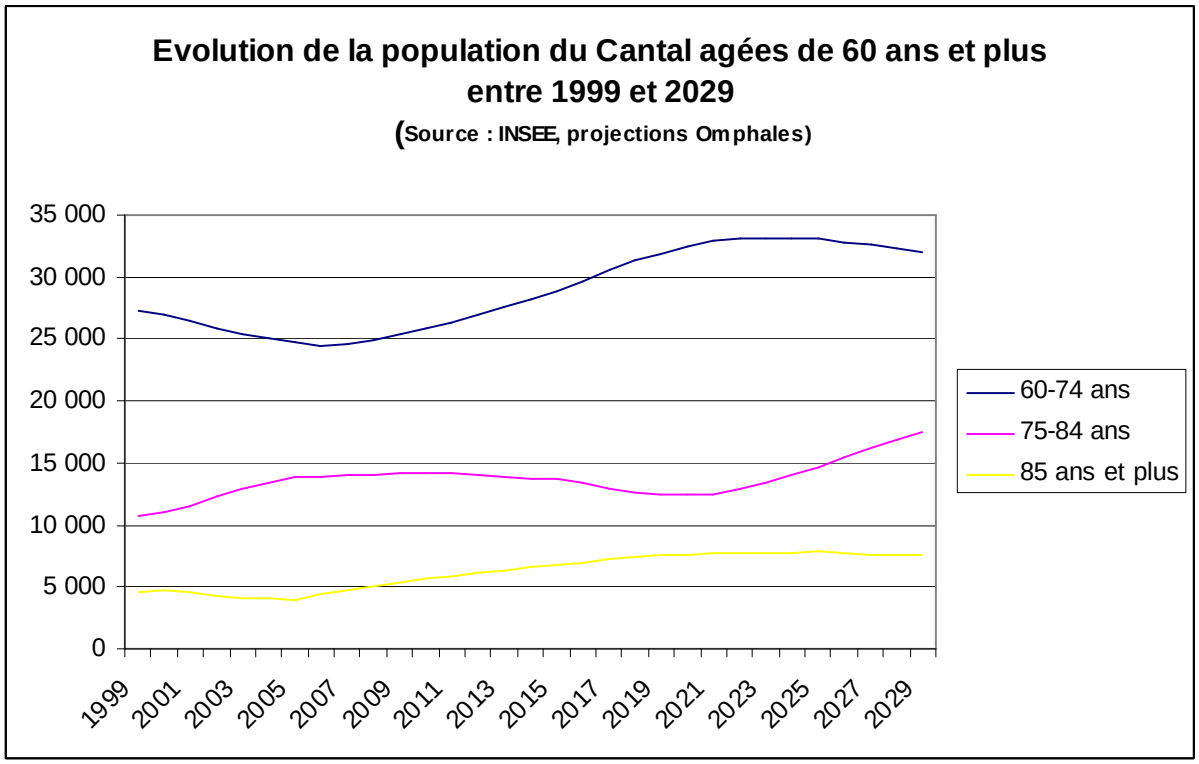
Source : STATISS 2007

Population de plus de 75 ans par canton en 1999



Fiche 2- Projections de population à l'horizon 2010 – 2020 – 2030

L'outil OMPHALE élaboré par l'INSEE est utilisé pour réaliser des projections d'évolution de population jusqu'à l'horizon 2030, sur la base d'indices constatés aux deux derniers recensements (période 1982-1999), tels que espérance de vie, taux de fécondité, taux de mortalité, taux de natalité, mouvements et solde migratoire.
Cet outil a pour objectif d'indiquer une tendance d'évolution sur la base de grands ensembles de l'ordre de 50 000 habitants.



Source : INSEE, projections OMPHALE

Structure par âge de 2000 à 2030 (projections OMPHALE)
Département du Cantal

m			2000				2010				2020				2029			
			Aurillac	Mauriac	Saint Flour	Total	Aurillac	Mauriac	Saint Flour	Total	Aurillac	Mauriac	Saint Flour	Total	Aurillac	Mauriac	Saint Flour	Total
	Classe d'âge		17 626	5 218	8 053	**30 897**	14 296	4 156	6 007	**24 459**	11 805	3 053	4 412	**19 270**	9 784	2 271	3 255	**15 310**
	0-19 ans	**N**																
	20-39 ans	**N**	20 498	6 530	9 394	**36 422**	16 931	4 457	6 840	**28 228**	13 779	3 264	5 004	**22 047**	11 404	2 648	3 834	**17 886**
	40-59 ans	**N**	22 343	7 329	10 321	**39 993**	23 796	7 882	10 695	**42 373**	20 668	6 433	8 645	**35 746**	17 463	4 590	6 546	**28 599**
	60 ans et plus	**N**	21 460	9 402	11 859	**42 721**	24 089	9 578	11 908	**45 575**	28 857	10 524	13 123	**52 504**	31 930	11 284	13 905	**57 119**
Total		**N**	81 927	28 479	39 627	**150 033**	79 112	26 073	35 450	**140 635**	75 109	23 274	31 184	**129 567**	70 581	20 793	27 540	**118 914**

Évolution de la population de plus de 60 ans 2000-2030 (projections OMPHALE)
Département du Cantal

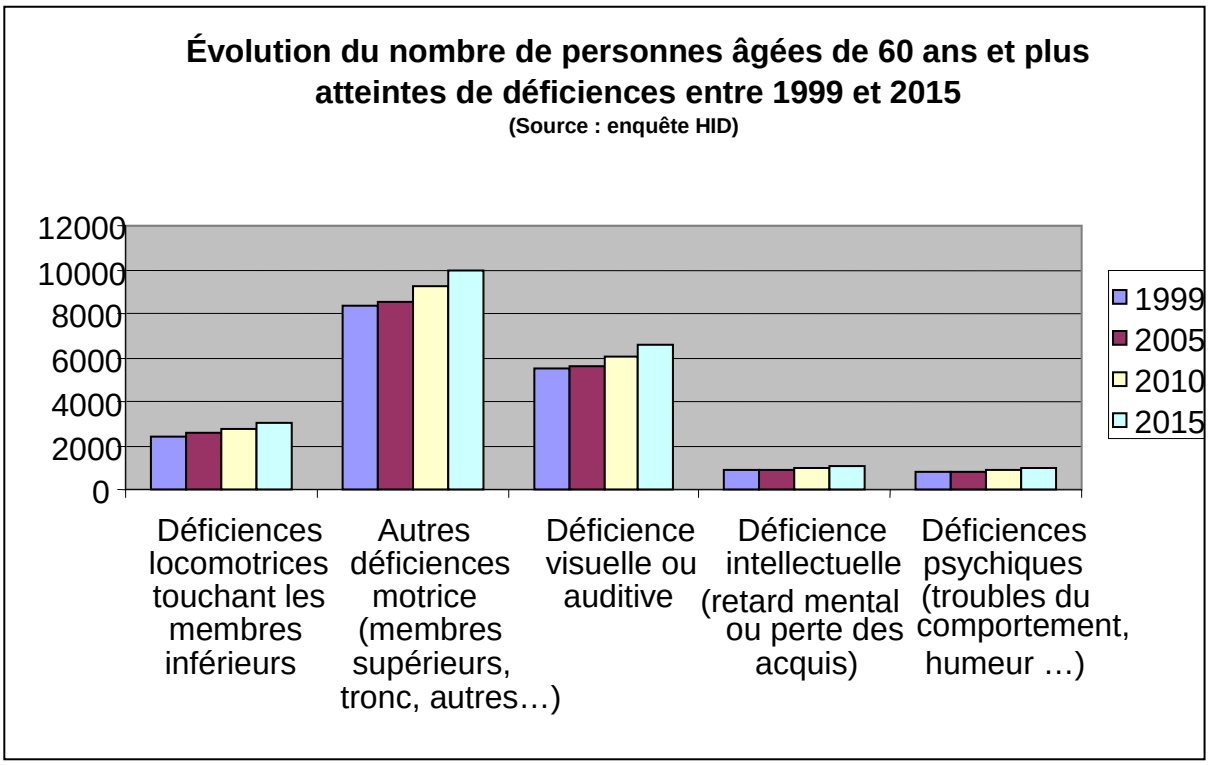
			2000				2010				2020				2029			
			Aurillac	Mauriac	Saint Flour	Total	Aurillac	Mauriac	Saint Flour	Total	Aurillac	Mauriac	Saint Flour	Total	Aurillac	Mauriac	Saint Flour	Total
	Classe d'age																	
	60-74 ans	**N**	13 661	5 956	7 395	27 012	13 930	5 246	6 629	25 805	18 084	6 219	8 157	32 460	17 859	6 344	7 812	32 015
		évolution	-	-	-	-	*2%*	*-11,9%*	*-10,4%*	*-4,5%*	*32,4%*	*4,4%*	*10,3%*	*20,2%*	*30,7%*	*6,5%*	*5,6%*	*18,5%*
	75-84 ans	**N**	5 441	2 450	3 111	11 002	7 257	3 113	3 776	14 146	6 705	2 666	3 070	12 441	9 858	3 345	4 341	17 544
		évolution	-	-	-	-	*33,4%*	*27,1%*	*21,4%*	*28,6%*	*23,2%*	*8,8%*	*-1,3%*	*13,1%*	*81,2%*	*36,5%*	*39,5%*	*59,5%*
	85 ans et plus	**N**	2 358	996	1 353	4 707	2 902	1 219	1 503	5 624	4 068	1 639	1 896	7 603	4 213	1 595	1 752	7 560
		évolution	-	-	-	-	*23,1%*	*22,4%*	*11,1%*	*19,5%*	*72,5%*	*64,6%*	*40,1%*	*61,5%*	*78,7%*	*60,1%*	*29,5%*	*60,6%*
Total		**N**	21 460	9 402	11 859	42 721	24 089	9 578	11 908	45 575	28 857	10 524	13 123	52 504	31 930	11 284	13 905	57 119
		évolution	-	-	-	-	*12,1%*	*1,9%*	*0,4%*	*6,7%*	*34,5%*	*11,9%*	*10,9%*	*22,9%*	*48,8%*	*20,0%*	*17,2%*	33,7%

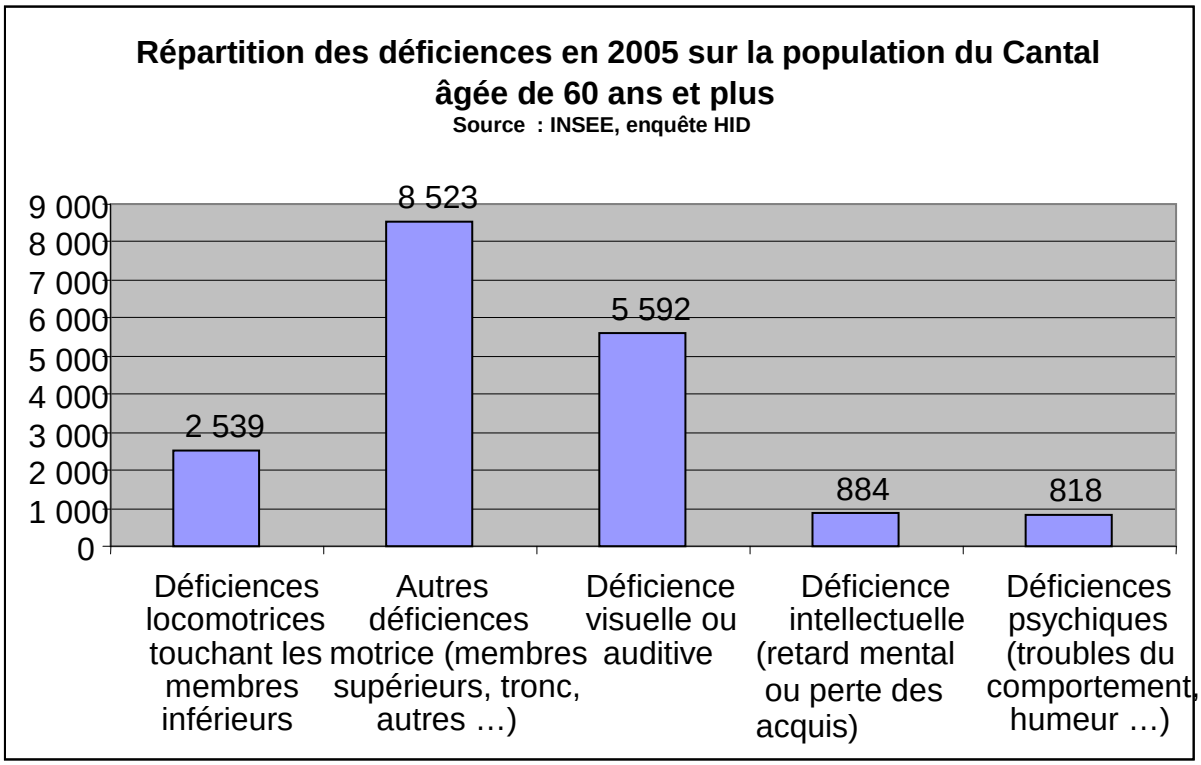
Les 75-84 ans entre 2010 et 2020 vont diminuer mais pour augmenter rapidement à partir des années suivantes jusqu'en 2030. Les personnes de 85 ans et plus augmentent régulièrement jusqu'en 2020 puis se stabilisent jusqu'en 2030. En 2020, l'ensemble des plus de 75 ans se stabilise. De 2020 à 2030 les plus de 85 ans se stabilisent et les 75-84 ans augmentent. Dans les 13 ans à venir il faut donc prévoir l'accompagnement des plus âgés, qui vont fortement augmenter (+35% entre 2010 et 2020).

Fiche 3- Une estimation (théorique) de la population des personnes âgées dépendantes (sur la base de l'enquête HID) [4]

Les déficiences sous-jacentes qui conduisent à des incapacités peuvent être estimées, à l'aide d'HID, aux effectifs suivants :

Déficiences





[4] Voir page 10 les précautions d'interprétation

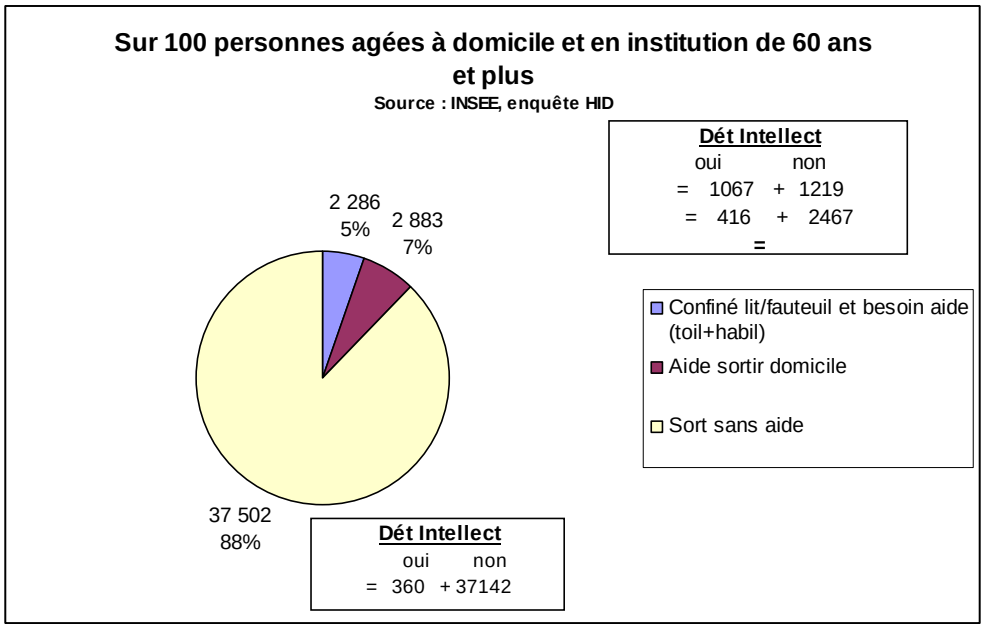
Incapacités

Incapacité selon l'indicateur EHPA, 2005

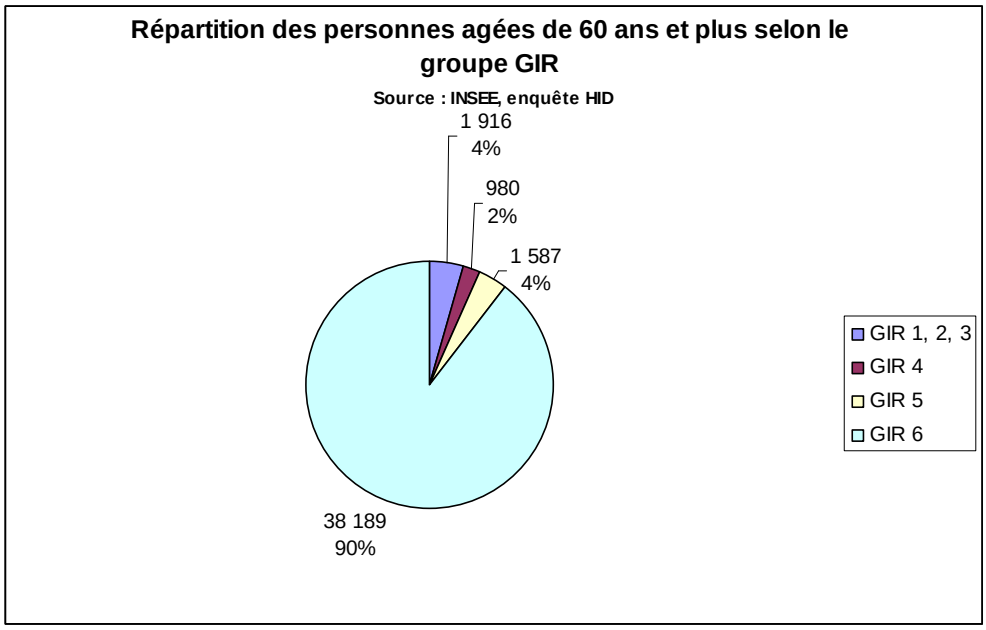
L'indicateur EHPA répartit les personnes selon le confinement (au lit, au domicile) et selon l'existence d'une détérioration intellectuelle. Les déficiences représentent les lésions et les troubles pathologiques stabilisés à l'origine des incapacités et du Handicap qui en résultent dans la vie courante. En utilisant cet indicateur, on parvient aux chiffres suivants pour le Cantal :

- La population des personnes confinées au lit se situe autour de 2200, dont environ la moitié présente un certain degré de détérioration intellectuelle.
- Environ 2800, sans être confinées au lit, ne sortent pas de chez elles sans aide et 400 d'entre elles ont un certain degré de désorientation.
- On estime que parmi les personnes qui sortent de leur domicile sans aide, il y a environ 300 personnes de plus, qui ont un certain degré de troubles cognitifs débutants.

Ces chiffres sont indiqués dans le graphique suivant :



Incapacité selon l'indicateur AGGIR, 2005



Estimation du nombre de personnes selon le niveau d'incapacité, grille AGGIR, 1999, 2005, 2010 et 2015[5]

		GIR	60-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Total
1999	**Aurillac**	**1, 2, 3**	219	258	477	953
		4	135	162	176	473
		5	318	254	196	768
		6	13 081	4 628	1 397	19 106
	Mauriac	**1, 2, 3**	96	117	202	414
		4	59	73	75	207
		5	139	115	83	337
		6	5 740	2 093	591	8 425
	Saint Flour	**1, 2, 3**	119	150	279	549
		4	73	94	103	271
		5	173	148	115	436
		6	7 121	2 691	819	10 631
	Total	**1, 2, 3**	434	525	958	1 916
		4	267	329	354	950
		5	630	518	393	1 541
		6	25 942	9 412	2 808	38 162
2005	**Aurillac**	**1, 2, 3**	207	336	434	977
		4	127	211	161	499
		5	301	332	178	810
		6	12 374	6 029	1 272	19 675
	Mauriac	**1, 2, 3**	85	151	184	420
		4	52	94	68	215
		5	123	149	76	347
		6	5 056	2 703	540	8 299
	Saint Flour	**1, 2, 3**	103	190	227	520
		4	63	119	84	266
		5	149	187	93	430
		6	6 143	3 406	666	10 215
	Total	**1, 2, 3**	394	677	845	1 916
		4	243	424	313	980
		5	572	667	347	1 587
		6	23 573	12 139	2 478	38 189
2010	**Aurillac**	**1, 2, 3**	221	353	616	1 191
		4	137	221	228	586
		5	322	348	253	923
		6	13 250	6 335	1 805	21 390
	Mauriac	**1, 2, 3**	83	152	259	494
		4	51	95	96	242
		5	121	149	106	377
		6	4 990	2 717	758	8 466
	Saint Flour	**1, 2, 3**	105	184	319	608
		4	65	115	118	298
		5	153	181	131	465
		6	6 306	3 296	935	10 537
	Total	**1, 2, 3**	410	689	1 193	2 293
		4	253	431	441	1 126
		5	596	679	490	1 765
		6	24 546	12 348	3 499	40 392
2015	**Aurillac**	**1, 2, 3**	254	350	745	1 348
		4	156	219	275	651
		5	368	345	306	1 019
		6	15 173	6 270	2 183	23 626
	Mauriac	**1, 2, 3**	89	146	318	553
		4	55	92	118	264
		5	129	144	130	403
		6	5 304	2 619	932	8 854
	Saint Flour	**1, 2, 3**	116	170	379	665
		4	71	106	140	318
		5	169	168	156	492
		6	6 939	3 047	1 112	11 098

[5] Il s'agit de la population à domicile et en institution

Fiche 4- L'offre de service en gérontologie dans le Cantal (1) : les enseignements tirés de l'enquête ES-DRASS/DREES-2003

L'enquête ES 2003 a été réalisée auprès de tous les établissements et services pour personnes âgées au 31 décembre 2003 ; elle donne des informations sur l'activité de tous les établissements inscrits au répertoire FINESS, le personnel employé et les personnes prises en charge dans les établissements et services. Elle est traitée par les DRASS à l'échelon régional. Les même données de l'enquête ES 2003 ont été de nouveau traitées en 2006 mais à l'échelon du Cantal.
Les résultats présentés ci-dessous datent du 31 décembre 2003 et sont donc déjà anciens. De plus, compte tenu du nombre de réponses, les analyses portent sur 87% des places installées et sous-estiment en particulier la part des unités de soins de longue durée (USLD),dont le pourcentage de réponses est de 61%.

Les établissements accueillant des personnes âgées en 2003 dans le Cantal :

Au 31 décembre 2003, les 46 établissements du Cantal ayant répondu à l'enquête accueillent 2 383 résidents. Ces établissements offrent une capacité d'accueil d'environ 2 391 places.
Les maisons de retraite sont largement prioritaires et représentent 76% de la capacité d'accueil du Cantal. Viennent ensuite les unités de soins de longue durée (USLD) qui offrent 11% de la capacité et les logements foyers avec 11% et enfin les résidences d'hébergement temporaire (RHTPA) avec seulement 3% de la capacité totale.
L'hébergement intermédiaire (places en hébergement temporaire, ou en accueil de jour et de nuit) ne représente que 0,25% des places installées, sachant qu'aucun établissement du Cantal ne propose d'accueil de nuit.

Tous établissements confondus, la capacité d'accueil moyenne est de 52 places. Ce sont les USLD qui ont la plus élevée, la plus faible étant celle des RHTPA (16 places en moyenne). Les maisons de retraite présentent quant à elles une moyenne de 57 places.

Les USLD et les logements foyers sont tous des établissements publics. Les maisons de retraite sont à 43% de statut privé. Les RHTPA sont à 40% des établissements privés.

Le coefficient d'occupation moyen pour le Cantal est quasiment égal à 100%.

Capacité d'accueil par type d'établissement ayant répondu à l'enquête.

Maison de retraite	1809
Logements foyers	255
USLD	263
RHTPA	64
Total EHPA	2391

Nombre d'établissements ayant répondu

Maison de retraite	32
Rattachées à l'hôpital	3
Publiques	14
Privées à but non lucratif	14
Privées à but lucratif	1
Logements foyers	6
USLD	4
RHTPA	4
Total EHPA	46

Les places médicalisées par type d'établissement en 2003 dans le Cantal

Le Cantal, avec une proportion de 71% de places médicalisées par rapport à sa capacité totale se situe bien au dessus de la moyenne nationale (54%).
Sont considérées comme médicalisées : l'ensemble des places des établissements ayant signé une convention tripartite (soit 1 078 places), les places situées dans les USLD non signataires (soit 263 places), et les places de section de cure médicale (SCM) des établissements non signataires (soit 363 places) d'où un total de 1 704 places médicalisées.

	Part d'établissements signataires d'une convention tripartite	Nombre de places médicalisées	Part de places médicalisées par rapport à la capacité totale
Maison de retraite	50%	1319	73%
Logements foyers	16%	122	48%
USLD	0%	263	100%
RHTPA	0%	0	0%
Total EHPA	37%	1704	71%

22% des maisons de retraite dispose d'une pharmacie à usage intérieur, 100% des logements foyers et des USLD en possède une, contre 50% des RHTPA.

Par ailleurs, 100% des USLD ont organisé un système de veille de nuit 24h/24 et 7j/7, ainsi que 100% des maisons de retraites, 100% des RHTPA et 67% des logements foyers.

Nombre de places réservées aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle

Environ 24% des places dans le Cantal sont réservées aux personnes atteintes de détérioration intellectuelles. Parmi ces places réservées, 97% le sont en hébergement permanent, seulement 3% en hébergement temporaire et 0,2% en accueil de jour. Les maisons de retraite réservent 21% de leurs places à ces personnes, les logements foyers 62%, les USLD 8% et les RHTPA réservent 25% aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle.

Les établissements ayant signé une convention tripartite réservent 14% de leurs places.

Nombre de places réservées aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle

	Hebgt permanent	Hebgt temporaire	Accueil de jour	Total
Maison de retraite	368	4	1	373
Logements foyers	157	0	0	157
USLD	20	0	0	20
RHTPA	6	10	0	16
Total EHPA	551	14	1	566

Les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) au 31 décembre 2003

La clientèle des EHPA en 2003 est à 70% féminine.
Concernant l'hébergement antérieur des résidents, 67% proviennent de leur domicile ou de celui d'un proche avant d'intégrer un EHPA. Ce taux est de 66% pour les résidents en logements foyers, 82% pour les résidents en RHTPA, 74% pour les résidents en maison de retraite, mais seulement 17% des résidents en USLD.

34% des résidents en USLD proviennent d'un service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé (ex : moyen séjour).

85% des résidents proviennent du même département que celui de l'établissement qui les héberge, 4% proviennent d'un autre département de la région (Allier, Haute Loire, Puy de Dôme) et 11% proviennent d'une autre région.

Ce sont les logements foyers pour personnes âgées qui sont les plus accueillants vis à vis des autres régions puisqu'ils hébergent 21% de personnes issues d'une autre région.

47% des résidents ont plus de 85 ans. Les moins de 75 ans représentent 18% des résidents, et les personnes de 75 ans à 84 ans représentent 35% de la clientèle.

L'âge moyen des personnes hébergées est de 83 ans, celui des hommes étant de 78 ans et celui des femmes de 85 ans.

Niveau de dépendance :

La proportion de personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire évaluées dans les GIR 1 à 4, par rapport au nombre total de résidents est de 73%.
Cependant cette proportion varie selon le type d'établissement. Les USLD ont logiquement le taux le plus élevé avec 98% de personnes dépendantes. Les maisons de retraite accueillent pour leur part une proportion de 72% de personnes dépendantes. Par contre les logements foyers accueillent 63% de personnes dépendantes et les RHTPA 19%. Ces faibles proportions s'expliquent par le fait que ces types d'établissements sont destinés à accueillir une population peu ou pas dépendante.

Répartition par GIR et par âge des résidents (effectifs et pourcentages)

	GIR												
	1		**2**		**3**		**4**		**5**		**6**		**Total**
Moins de 75 ans	24	(6.5%)	67	(18.2%)	37	(10.0%)	86	(23.3%)	74	(20.1%)	81	(22.0%)	369
75 à 84 ans	103	(12.8%)	181	(22.5%)	108	(13.4%)	173	(21.5%)	100	(12.4%)	139	(17.3%)	804
85 ans et plus	186	(17.0%)	294	(26.8%)	170	(15.5%)	229	(20.9%)	83	(7.6%)	134	(12.2%)	1 096
Total	313	(13.8%)	542	(23.9%)	315	(13.9%)	488	(21.5%)	257	(11.3%)	354	(15.6%)	2 269

Répartition par GIR et par type d'établissement (effectifs et pourcentages)

	GIR												
	1		**2**		**3**		**4**		**5**		**6**		**Total**
Maison de retraite	202	(11.5%)	398	(22.7%)	258	(14.7%)	400	(22.8%)	209	(11.9%)	287	(16.4%)	1 754
Logement-foyer	19	(8.0%)	38	(16.0%)	29	(12.2%)	65	(27.3%)	38	(16.0%)	49	(20.6%)	238
USLD	92	(36.9%)	106	(42.6%)	26	(10.4%)	19	(7.6%)	6	(2.4%)	0	%	249
RHTPA	0	%	0	%	2	(7.1%)	4	(14.3%)	4	(14.3%)	18	(64.3%)	28
Total EHPA	313	(13.8%)	542	(23.9%)	315	(13.9%)	488	(21.5%)	257	(11.3%)	354	(15.6%)	2 269

Perte d'autonomie :

Afin de mesurer la perte d'autonomie des résidents, on évalue leur capacité à s'orienter, à s'habiller, à se déplacer, etc. Les résultats obtenus permettent de dire qu'un résident sur deux est totalement autonome pour l'alimentation et les déplacements intérieurs, seulement 33% le sont pour l'habillage, 20% le sont pour la toilette et 26% le sont pour les déplacements à l'extérieur de l'établissement.

45% des résidents ont un comportement adapté, 35% ont un comportement parfois inadapté et 21% ont un comportement totalement inadapté. Ces chiffres diffèrent selon le type d'établissement : les résidents en logements foyers et en RHTPA ont en majorité un comportement adapté (respectivement 51% et 94%) alors que seulement 3% de la clientèle des USLD a un comportement adapté.

Comportement face aux situations de la vie quotidienne

	Comportement						
	Adapté		Parfois inadapté		Totalement inadapté		Total
Maison de retraite	889	(48.6%)	583	(31.9%)	357	(19.5%)	1 829
Logement-foyer	125	(50.8%)	81	(32.9%)	40	(16.3%)	246
USLD	7	(2.8%)	158	(62.5%)	88	(34.8%)	253
RHTPA	32	(94.1%)	2	(5.9%)	0	%	34
Total EHPA	1 053	(44.6%)	824	(34.9%)	485	(20.5%)	2 362

Les sorties définitives

En 2003, dans le Cantal, 822 personnes ont définitivement quitté un EHPA. L'âge moyen des sorties définitives en 2003 est de 85 ans (83 ans pour les hommes et 86 ans pour les femmes). La durée moyenne de séjour est de 2 ans.
50% des sorties définitives en 2003 sont des décès (dans l'établissement, lors d'une hospitalisation temporaire ou lors d'une autre sortie temporaire). Plus la durée du séjour augmente, plus la proportion de décès est importante.

Destination à la sortie selon la durée du séjour

	- de 3 mois	de 3 mois à 1 an	entre 1 an et 4 ans
Domicile privé ou d'un proche	(67.8%)	(24.7%)	(7.5%)
Logement-foyer	(50.0%)	(50.0%)	%
Maison de retraite	(39.7%)	(32.9%)	(27.4%)
Unité de soins longue durée	(35.0%)	(45.0%)	(20.0%)
Service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé (ex moyen séjour)	(41.4%)	(15.5%)	(43.1%)
Service de soins de longue durée d'un établissement de santé (ex long séjour)	(16.7%)	(40.0%)	(43.3%)
Établissement psychiatrique ou service psychiatrique d'un établissement de santé	(40.0%)	(40.0%)	(20.0%)
Établissement pour adultes handicapés	%	%	(100.0%)
Décès dans l'établissement	(15.2%)	(28.3%)	(56.5%)
Décès lors d'une hospitalisation temporaire	(15.8%)	(24.8%)	(59.4%)
Décès lors d'une autre sortie temporaire	(100.0%)	%	%
Total	(35.7%)	(27.4%)	(36.9%)

Le personnel des EHPA

Au 31 décembre 2003, 1 321 personnes étaient employées dans les EHPA du Cantal, soit 1 177 équivalents temps plein (ETP).
Les catégories les plus représentées sont celles du personnel paramédical ou soignant qui représente 68% du personnel, puis le personnel des services généraux (19% du personnel).
Les maisons de retraite emploient environ 75% du personnel, et les USLD 14% du personnel.
La grande majorité (90%) des employés sont des femmes, elles constituent notamment 96% du personnel paramédical ou soignant, 96% du personnel éducatif, pédagogique, social ou d'animation. Elles ne sont minoritaires que dans le personnel médical où elles représentent 25% du personnel.

Les taux d'encadrement

Le taux d'encadrement global (nombre d'emplois, en ETP, pour 100 places) dans le Cantal s'élève à 49 (le taux national est de 45). Ce sont les USLD qui ont le taux d'encadrement le plus élevé avec un taux de 67, suivi des maisons de retraites qui ont un taux de 49, puis viennent les logements foyers avec un taux de 39, enfin les RHTPA ont un taux de 38.

Afin de mieux prendre en compte le personnel en contact avec les personnes âgées, on calcule aussi un taux d'encadrement hors administration et services généraux. Dans ce cas, le taux global pour le Cantal est de 37 ETP pour 100 places.

Les bâtiments

Les chambres individuelles sont les plus nombreuses (85% des chambres).
43% des chambres (individuelles ou non) ont une surface de plus de 20m2, 28% ont une surface comprise entre 9m2 et 16m2, 27% ont une surface comprise entre 16 et 20m2 et 3% ont une surface inférieure ou égale à 9m2.
Elles disposent à 96% de lavabo et de WC et à 67% de douche.
Les logements les plus fréquents sont ceux de type F1 ou type I (53% des logements).
Concernant la sécurité, 83% (1709/2057) des chambres sont équipées de détection incendie et 82% (125/152) des logements le sont.
Parmi les établissements ayant répondu à cette question, 80% sont constitués d'un seul bâtiment, 88% sont situés à proximité des commerces ou des services, 46% sont desservis par les transports en commun et 28% ont mis en place un service de transport.
Avant le Plan canicule de 2003, 7% des établissements ont un espace collectif équipé d'un système fixe de rafraîchissement ou de conditionnement de l'air, ou de climatisation.
Enfin, concernant l'accessibilité, 100% des établissements disposent d'abords accessibles aux fauteuils roulants, 86% ont des places de stationnement adaptées et 93% mettent à disposition des ascenseurs accessibles par un fauteuil roulant.

Source : DREES, enquête ES 2003

Fiche 5- L'offre de service en gérontologie dans le Cantal (2) Les éléments apportés par l'enquête conduite pour le Conseil Général : un point de situation au 31/12/2005

Les établissements et services pour personnes âgées au 31.12.2005

1. Synthèse

L'état de l'offre présenté ci-dessous en établissements et services pour personnes âgées est issu de l'enquête réalisée pour le Conseil Général fin septembre 2006 couvrant l'année 2005.
Cette enquête exhaustive portait sur un nombre initial de 51 établissements.
48 établissements ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 94% des établissements, représentant 98,4% des places.

1.1. Synthèse par catégorie

Catégorie d'établissement	Nombre d'établissements	%
Maison de retraite	37	77.08
Logement-foyer pour personnes âgées	3	6.25
Établissement de soins de longue durée	5	10.42
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	3	6.25
Total	**48**	**100.00**

Si l'on inclut les établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête cela fait 38 maisons de retraite, 4 logements foyers et 4 établissements d'hébergement temporaire pour personnes âgées, soit un total de 51 établissements.

Places autorisées, installées, usagers présents par catégorie d'établissement au 31.12.2005

Catégories d'établissement	Nombre d'établissements	Places autorisées	Places installées	Usagers présents
Maison de retraite	37	2 188	2 184	2 153
Logement-foyer pour personnes âgées	3	141	87	110
Établissement de soins de longue durée	5	430	425	426
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	3	70	64	26
Total	**48**	**2 829**	**2 760**	**2 715**

Si l'on inclut les établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête cela fait 16 places autorisées ou installées supplémentaires pour ***les maisons de retraite, soit un total de 2 204 places autorisées et 2 200 places installées****, 19 places autorisée ou installées supplémentaires pour* ***les logements foyers soit un total de 160 places autorisées et 106 places installées****, 12 places autorisées supplémentaires pour* ***les résidences d'hébergement temporaires soit un total de 82 places autorisées****.*

1.2. Synthèse par arrondissement

Arrondissement : Aurillac

Places autorisées, installées et usagers présents par arrondissement au 31.12.2005

	Nombre d'établissement	Places autorisées	Places installées	Usagers présents
Maison de retraite	16	1047	1039	1023
Logement-foyer pour personnes âgées	2	76	22	50
Établissement de soins de longue durée	1	160	160	160
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	2	60	54	18
Total	**21**	**1343**	**1275**	**1251**

Si l'on inclut les établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête cela fait 17 maisons de retraites avec 92 places autorisées et 38 places installées, 3 logements foyers avec 95 places autorisées et 41 places installées, 3 résidences d'hébergement temporaires avec 72 places autorisées et 66 places installées.

Arrondissement : Mauriac

Places autorisées, installées et usagers présents par arrondissement au 31.12.2005

	Nombre d'établissement	Places autorisées	Places installées	Usagers présents
Maison de retraite	9	430	427	414
Logement-foyer pour personnes âgées	1	65	65	60
Etablissement de soins de longue durée	1	90	85	84
Total	**11**	**585**	**577**	**558**

Arrondissement : Saint Flour

Places autorisées, installées et usagers présents par arrondissement au 31.12.2005

	Nombre d'établissement	Places autorisées	Places installées	Usagers présents
Maison de retraite	12	711	718	716
Etablissement de soins de longue durée	3	180	180	182
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	1	10	10	8
Total	**16**	**901**	**908**	**906**

2. Détails

2.1. Détails par catégorie

Maison de retraite Places autorisées, installées et usagers présents par catégorie d'établissement au 31.12.2005

Nom de la structure	Statut	Commune	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Nombre d'usagers présents
MAISON DE REPOS LA PROVIDENCE	PRIVE	AURILLAC	24	24	22
E.H.P.A.D. DE MONTSALVY	CCAS	MONTSALVY	92	92	92
EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER	PUBLIC HOSPITALIER	AURILLAC	42	42	42
EHPAD DE RAULHAC	CCAS	RAULHAC	34	34	34
E.H.P.A.D. "LA FORET"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	YTRAC	65	65	65
E.H.P.A.D. "LA SUMENE"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	YDES	68	68	70
EHPAD DE L'HOPITAL LOCAL	PUBLIC HOSPITALIER	MURAT	90	90	92
EHPAD DE L' HOPITAL LOCAL	PUBLIC HOSPITALIER	CONDAT	64	64	61
E.H.P.A.D. "HAUT MALLET"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	MASSIAC	48	52	52
E.H.P.A.D. "LA VIGIERE"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	SAINT FLOUR	69	69	69
MAISON DE RETRAITE SAINT RAPHAËL	ASSOCIATION 1901	AURILLAC	15	14	14
EHPAD LA LOUVIERE	ASSOCIATION 1901	AURILLAC	77	77	68
E.H.P.A.D. "VILLA SAINTE MARIE"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	AURILLAC	63	63	63
E.H.P.A.D. "PIERRE VALADOU"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	LE ROUGET	69	66	66
E.H.P.A.D. "L'OREE DU BOIS"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	SAIGNES	69	69	68
E.H.P.A.D. "AVININ JOHANNEL"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	MASSIAC	62	62	62
E.H.P.A.D. "SAINT JOSEPH"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	AURILLAC	67	67	67
E.H.P.A.D. "JEAN MEYRONNEINC"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	SAINT FLOUR	75	75	75
MAISON DE RETRAITE DE SAINT URCIZE	PUBLIC AUTONOME	SAINT URCIZE	33	33	33
E.H.P.A.D. "LA JORDANNE" (RESIDENCE)	C.C.A.S.	AURILLAC	57	57	58
EHPAD « LE FLORET »	C.C.A.S.	LAROQUEBROU	83	77	77
RESIDENCE DE L'ARTENSE	C.C.A.S.	LANOBRE	33	31	31
EHPAD RESIDENCE L'ALAGNON	C.C.A.S.	NEUSSARGUES	32	32	32
E.H.P.A.D. « LIMAGNE »	C.C.A.S.	AURILLAC	82	82	78
E.H.P.A.D. RESIDENCE DE LA CERE	C.C.A.S.	ARPAJON SUR CERE	60	62	62
E.H.P.A.D. "ROGER JALENQUES"	PUBLIC AUTONOME	MAURS	122	122	120
MAIS. ACCUEIL RURALE PERS.AGEES	CCAS	SAINT MARTIN VALMEROUX	20	20	20
E.H.P.A.D. "LES VAYSSES"	ASSOCIATION 1901	MAURIAC	53	52	52
E.H.P.A.D. "BRUN VERGEADE"	PUBLIC AUTONOME	RIOM ES MONTAGNES	86	86	72
MAISON DE RETRAITE DELPEUCH	PUBLIC AUTONOME	ALLY	22	22	22
EHPAD LIZET	PUBLIC AUTONOME	SALERS	40	41	41
E.H.P.A.D. DE PLEAUX	PUBLIC AUTONOME	PLEAUX	39	38	38
EHPAD SAINTE ELISABETH	PUBLIC AUTONOME	CHAUDES AIGUES	65	65	65
MAISON DE RETRAITE	PUBLIC AUTONOME	ALLANCHE	56	56	56
MAISON DE RETRAITE TIBLE	PUBLIC AUTONOME	MARCENAT	50	50	50
E.H.P.A.D. "LA MAINADA"	PUBLIC AUTONOME	PIERREFORT	67	70	69
E.H.P.A.D. "ORPEA LA JORDANNE"	S.A. ORPEA	AURILLAC	95	95	95
Total			**2188**	**2184**	**2153**

Si l'on inclut les établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête cela fait 16 places autorisées ou installées supplémentaires pour les maisons de retraite, soit un total de 2 204 places autorisées et 2 200 places installées.

Logement-foyer pour personnes âgées

Places autorisées, installées et usagers présents par catégorie d'établissement au 31.12.2005

Nom de la structure	Nom du gestionnaire	Commune	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Nombre d'usagers présents
RESIDENCE DE "L'AUZELAIRE"	C.C.A.S.	MAURIAC	65	65	60
LOGEMENT FOYER CAYLUS	C.C.A.S.	AURILLAC	48	0	23
MAISON DE RETRAITE FONDATION BERTRAND	CROIX ROUGE FRANCAISE	VIC SUR CERE	28	22	27
Total			**141**	**87**	**110**

Si l'on inclut les établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête cela fait 19 places autorisées ou installées supplémentaires pour les logements foyer soit un total de 160 places

Etablissement de soins de longue durée

Places autorisées, installées et usagers présents par catégorie d'établissement au 31.12.2005

Nom de la structure	Statut	Commune	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Nombre d'usagers présents
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER	PUBLIC HOSPITALIER	AURILLAC	160	160	160
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE L'HOPITAL LOCAL DE CONDAT	PUBLIC HOSPITALIER	CONDAT	20	20	20
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER	PUBLIC HOSPITALIER	SAINT FLOUR	110	110	109
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER	PUBLIC HOSPITALIER	MAURIAC	90	85	84
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE L'HOPITAL LOCAL	PUBLIC HOSPITALIER	MURAT	50	50	53
Total			**430**	**425**	**426**

Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées

Places autorisées, installées et usagers présents par catégorie d'établissement au 31.12.2005

Nom de la structure	Statut	Commune	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Nombre d'usagers présents
RESIDENCE D'HEBERG. TEMPORAIRE LE CLOS DE NOAILLES	C.C.A.S.	AURILLAC	14	14	13
RESIDENCE D'HEBERG. TEMPORAIRE LA CHATAIGNERAIE	PRIVE	MAURS	46	40	5
RESIDENCE D'HEBERG. TEMPORAIRE P.A. LA ROSERAIE HOPITAL LOCAL	PUBLIC HOSPITALIER	MURAT	10	10	8
Total			**70**	**64**	**26**

Si l'on inclut les établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête cela fait 12 places autorisées supplémentaires pour les résidences d'hébergement temporaires soit un total de 82 places autorisées.

Total général			**2829**	**2760**	**2715**

2.2. Détails par arrondissement
Arrondissement : AURILLAC

Places autorisées, installées et usagers présents par arrondissement au 31.12.2005

Canton	Commune	Catégorie d'établissement	Nom de la structure	Statut	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Nombre d'usagers présents
ARPAJON SUR CERE	ARPAJON SUR CERE	EHPAD	RESIDENCE DE LA CERE	CCAS D ARPAJON	60	62	62
AURILLAC	AURILLAC	Maison de retraite	MAISON DE REPOS LA PROVIDENCE	PRIVE	24	24	22
AURILLAC	AURILLAC	EHPAD	MAISON DE RETRAITE CENTRE HOSPITALIER	PUBLIC HOSPITALIER	42	42	42
AURILLAC	AURILLAC	Maison de retraite	MAISON DE RETRAITE SAINT RAPHAËL	ASS 1901	15	14	14
AURILLAC	AURILLAC	EHPAD	LA LOUVIERE	ASSOC. 1901	77	77	68
AURILLAC	AURILLAC	EHPAD	"VILLA SAINTE MARIE"	ASSOCIATION CITE CANTALIENNE	63	63	63
AURILLAC	AURILLAC	EHPAD	"SAINT JOSEPH"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	67	67	67
AURILLAC	AURILLAC	EHPAD	"LA JORDANNE" (RESIDENCE)	C.C.A.S. AURILLAC	57	57	58
AURILLAC	AURILLAC	EHPAD	LIMAGNE	CCAS AURILLAC	82	82	78
AURILLAC	AURILLAC	EHPAD	"ORPEA LA JORDANNE"	S.A. ORPEA	95	95	95
AURILLAC	AURILLAC	Logement-foyer pour personnes âgées	LOGEMENT FOYER CAYLUS	CCAS AURILLAC	48	0	23
AURILLAC	AURILLAC	Établissement de soins de longue durée	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER	PUBLIC HOSPITALIER	160	160	160
AURILLAC	AURILLAC	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	RES.HEB.TEMP.LE CLOS DE NOAILLES	CCAS AURILLAC	14	14	13
AURILLAC 2E CANTON	YTRAC	EHPAD	"LA FORET"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	65	65	65
LAROQUEBROU	LAROQUEBROU	EHPAD	LE FLORET	CCAS	83	77	77
MAURS	MAURS	EHPAD	"ROGER JALENQUES"	PUBLIC AUTONOME	122	122	120
MAURS	MAURS	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	RESIDENCE D'HEBERG.TEMPORAIRE LA CHATAIGNERAIE	PRIVE	46	40	5
MONTSALVY	MONTSALVY	EHPAD	E.H.P.A.D. DE MONTSALVY	CCAS	92	92	92
SAINT MAMET LA SALVETAT	LE ROUGET	EHPAD	"PIERRE VALADOU"	ASSOCIATION CITE CANTALIENNE	69	66	66
VIC SUR CERE	RAULHAC	EHPAD	EHPAD DE RAULHAC	CCAS	34	34	34
VIC SUR CERE	VIC SUR CERE	Maison de retraite	MAISON DE RETRAITE FONDATION BERTRAND	CROIX ROUGE FRANCAISE	28	22	27
Total					**1343**	**1275**	**1251**

Etablissements sur l'arrondissement d'Aurillac n'ayant pas répondu à l'enquête : Sur le canton de Saint Cernin : La résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées (places autorisées 12) et la maison de retraite de Saint Illide (places autorisées 16), Sur le canton de Vic sur Cère le logement foyer de Vic sur Cère (places autorisées 19) n' a pas répondu.

Arrondissement : Mauriac

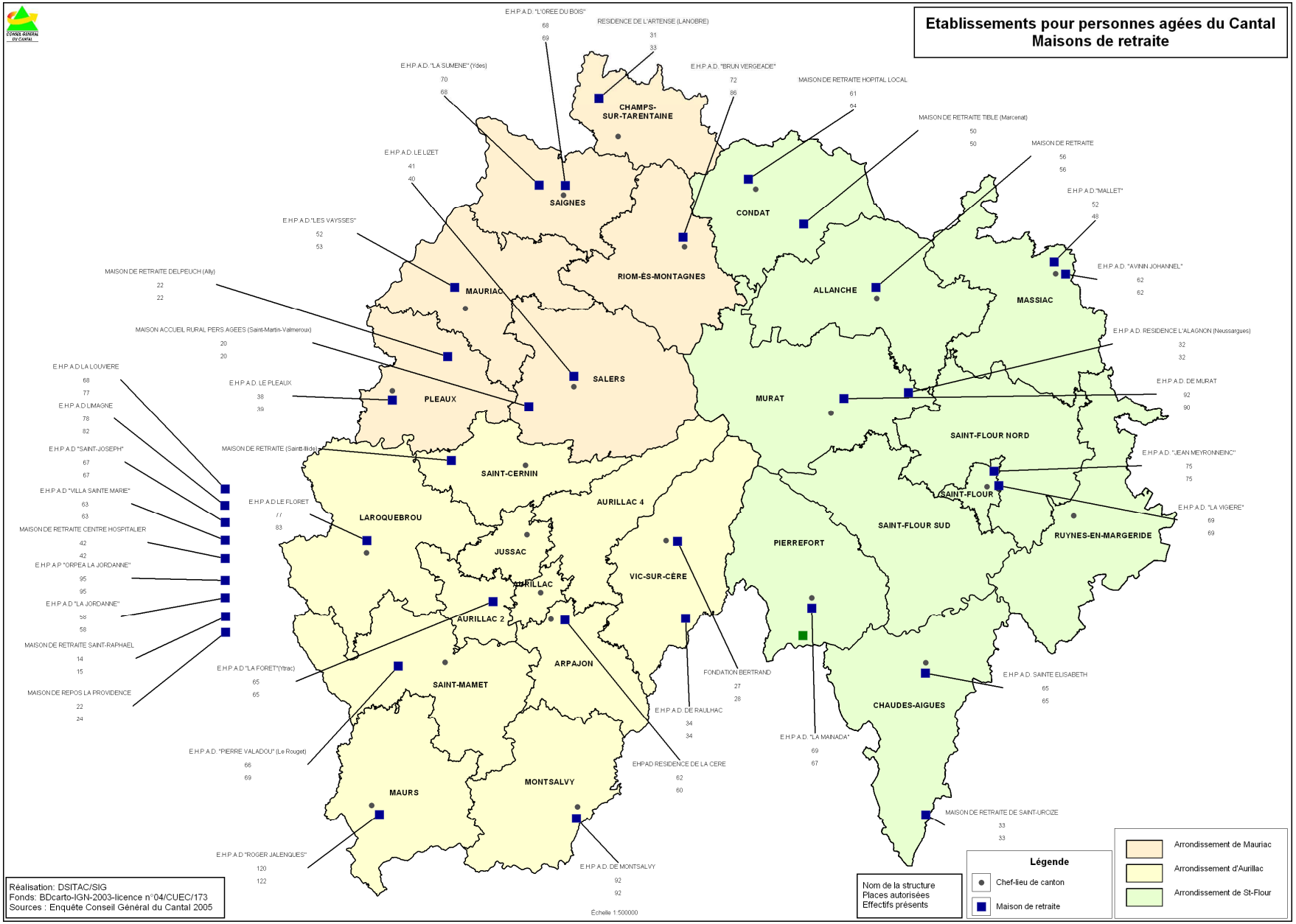
Places autorisées, installées et usagers présents par arrondissement au 31.12.2005

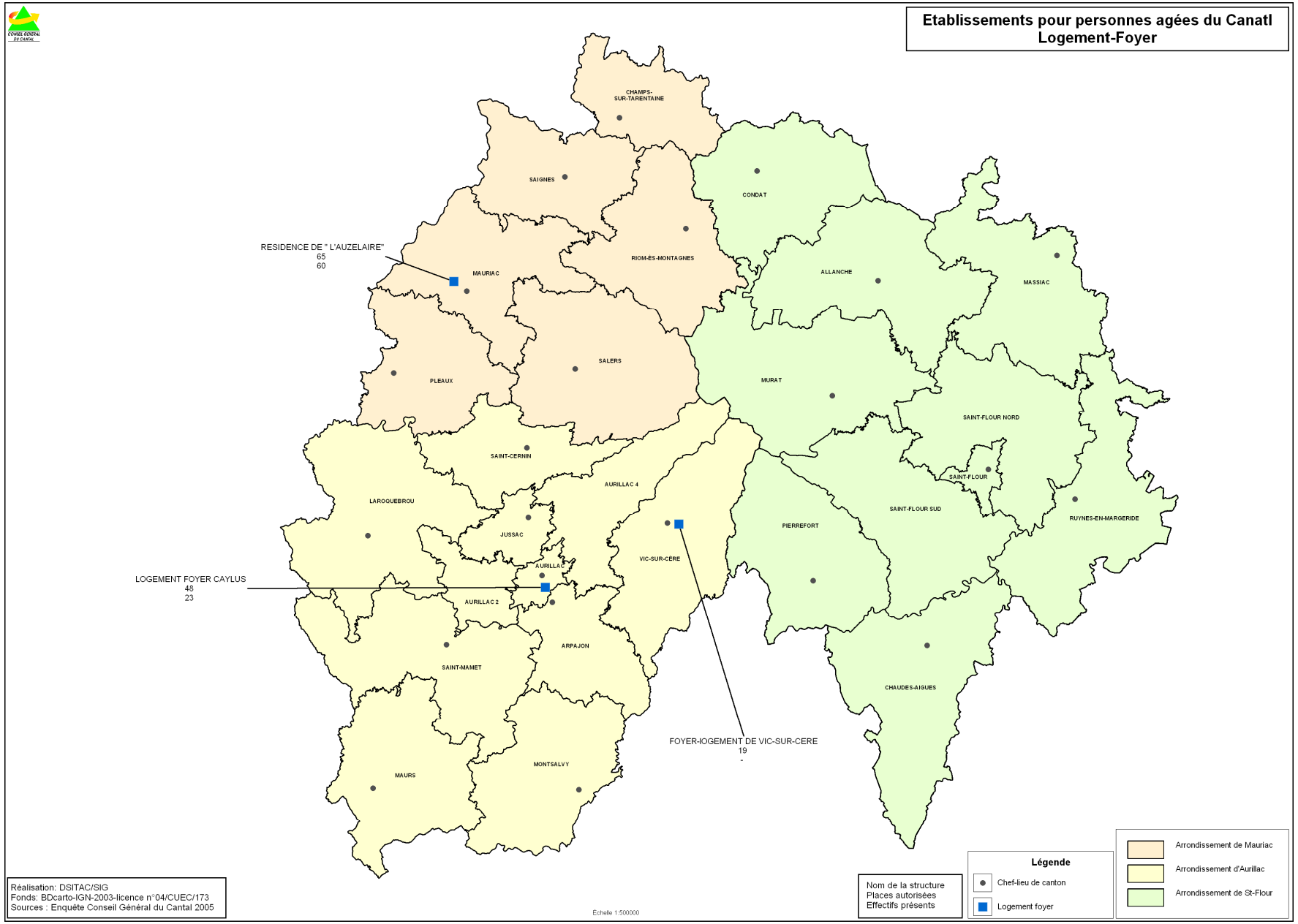
Canton	Commune	Catégorie d'établissement	Nom de la structure	Statut	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Nombre d'usagers présents
CHAMPS SUR TARENTAINE MARCHAL	LANOBRE	Maison de retraite	RESIDENCE DE L'ARTENSE	C.C.A.S.	33	31	31
MAURIAC	MAURIAC	EHPAD	"LES VAYSSES"	ASSOCIATION 1901	53	52	52
MAURIAC	MAURIAC	Logement-foyer pour personnes âgées	RESIDENCE DE "L'AUZELAIRE"	CCAS	65	65	60
MAURIAC	MAURIAC	Etablissement de soins de longue durée	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE	PUBLIC HOSPITALIER	90	85	84
PLEAUX	ALLY	EHPAD	MAISON DE RETRAITE DELPEUCH	PUBLIC AUTONOME	22	22	22
PLEAUX	PLEAUX	EHPAD	E.H.P.A.D. DE PLEAUX	PUBLIC AUTONOME	39	38	38
RIOM ES MONTAGNES	RIOM ES MONTAGNES	EHPAD	"BRUN VERGEADE"	PUBLIC AUTONOME	86	86	72
SAIGNES	YDES	EHPAD	"LA SUMENE"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	68	68	70
SAIGNES	SAIGNES	EHPAD	"L'OREE DU BOIS"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	69	69	68
SALERS	SAINT MARTIN VALMEROUX	Maison de retraite	MAISON D' ACCUEIL RURALE PERSONNES AGEES	CCAS	20	20	20
SALERS	SALERS	EHPAD	LIZET	PUBLIC AUTONOME	40	41	41
Total					**585**	**577**	**558**

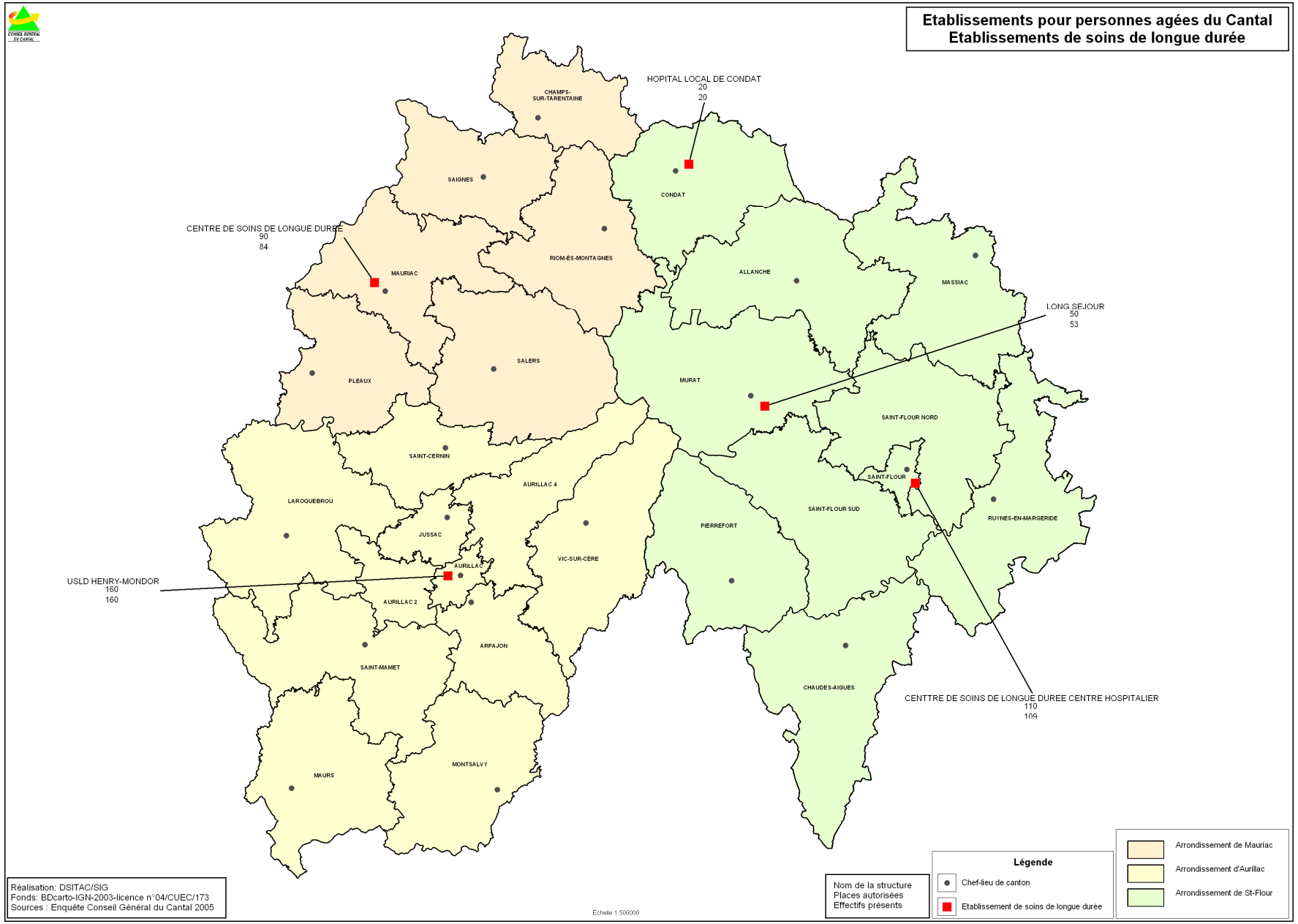
Arrondissement : Saint Flour

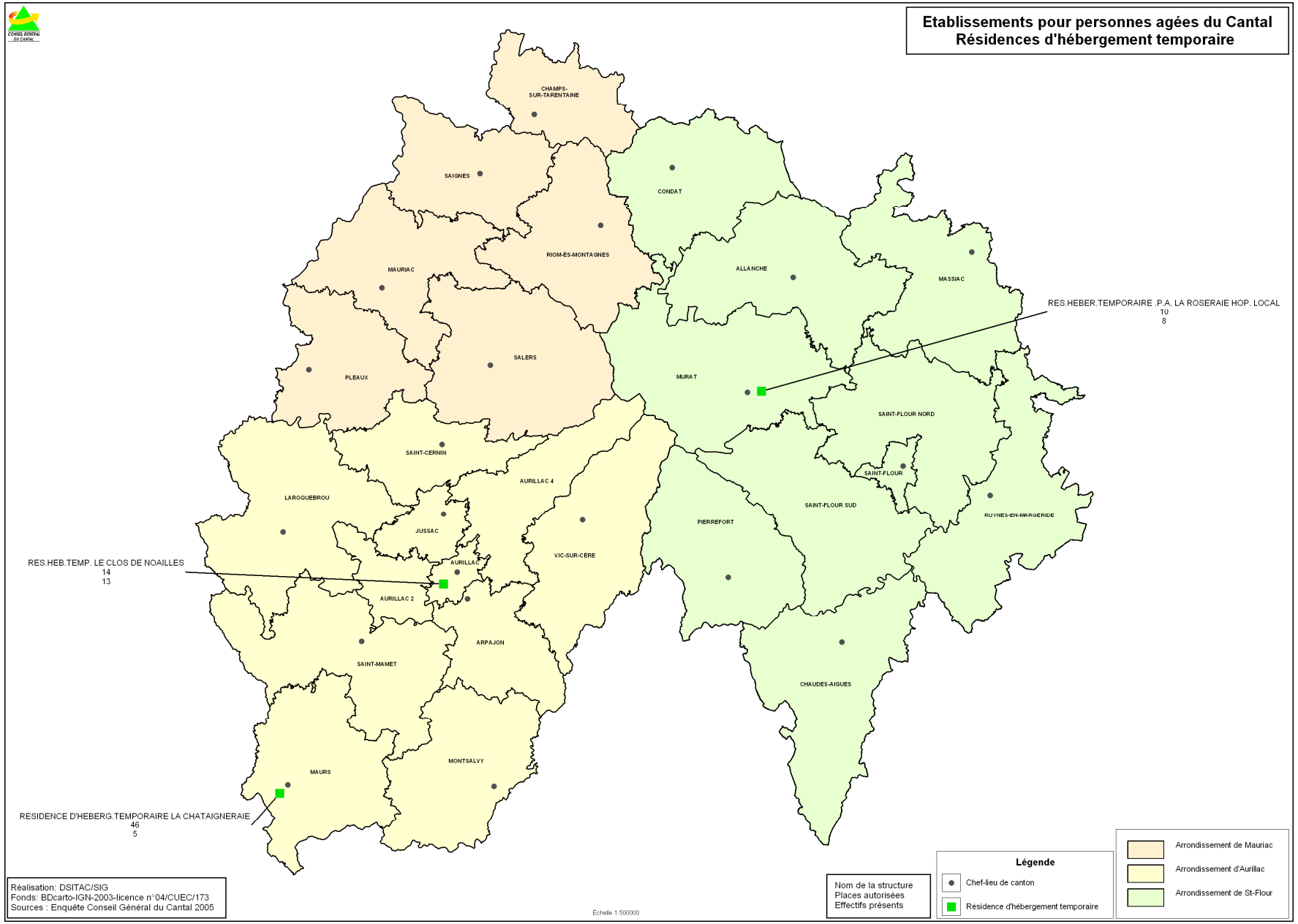
Places autorisées, installées et usagers présents par arrondissement au 31.12.2005

Canton	Commune	Catégorie d'établissement	Nom de la structure	Statut	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Nombre d'usagers présents
ALLANCHE	ALLANCHE	EHPAD	MAISON DE RETRAITE	PUBLIC AUTONOME	56	56	56
CHAUDES AIGUES	SAINT URCIZE	Maison de retraite	MAISON DE RETRAITE DE SAINT URCIZE	PUBLIC AUTONOME	33	33	33
CHAUDES AIGUES	CHAUDES AIGUES	EHPAD	SAINTE ELISABETH	PUBLIC AUTONOME	65	65	65
CONDAT	CONDAT	EHPAD	MAISON DE RETRAITE HOPITAL LOCAL	PUBLIC HOSPITALIER	64	64	61
CONDAT	MARCENAT	EHPAD	TIBLE	PUBLIC AUTONOME	50	50	50
CONDAT	CONDAT	Établissement de soins de longue durée	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE HOPITAL LOCAL DE CONDAT	PUBLIC HOSPITALIER	20	20	20
MASSIAC	MASSIAC	EHPAD	"HAUT MALLET"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	48	52	52
MASSIAC	MASSIAC	EHPAD	"AVININ JOHANNEL"	ASSOCIATION CITE S CANTALIENNES	62	62	62
MURAT	MURAT	EHPAD	EHPAD DE MURAT	PUBLIC HOSPITALIER	90	90	92
MURAT	NEUSSARGUES	EHPAD	RESIDENCE L'ALAGNON	CCAS	32	32	32
MURAT	MURAT	Établissement de soins de longue durée	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE HOPITAL LOCAL DE MURAT	PUBLIC HOSPITALIER	50	50	53
MURAT	MURAT	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	RES. HERBERG. TEMPORAIRE P.A. LA ROSERAIE HOPITAL LOCAL	PUBLIC HOSPITALIER	10	10	8
PIERREFORT	PIERREFORT	EHPAD	"LA MAINADA"	PUBLIC AUTONOME	67	70	69
SAINT FLOUR	SAINT FLOUR	EHPAD	"LA VIGIERE"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	69	69	69
SAINT FLOUR	SAINT FLOUR	EHPAD	"JEAN MEYRONNEINC"	ASSOCIATION CITES CANTALIENNES	75	75	75
SAINT FLOUR	SAINT FLOUR	Établissement de soins de longue durée	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER	PUBLIC HOSÏTALIER	110	110	109
Total					**901**	**908**	**906**


Etablissements pour personnes agées du Cantal
Maisons de retraite
E.H.P.A.D. "L'OREE DU BOIS"
68
69
RESIDENCE DE L'ARTENSE (LANOBRE)
31
33
E.H.P.A.D. "LA SUMENE" (Ydes)
70
68
E.H.P.A.D. "BRUN VERGEADE"
72
86
MAISON DE RETRAITE HOPITAL LOCAL
61
64
CHAMPS-SUR-TARENTAINE
MAISON DE RETRAITE TIELLE (Marcenat)
50
50
MAISON DE RETRAITE
56
56
E.H.P.A.D. LE LUZET
41
40
SAIGNES
CONDAT
E.H.P.A.D."MALLET"
52
48
E.H.P.A.D."LES VAYSSES"
52
53
RIOM-ES-MONTAGNES
ALLANCHE
MASSIAC
E.H.P.A.D. "AVINN JOHANNEL"
62
62
MAISON DE RETRAITE DELPEUCH (Ally)
22
22
MAURIAC
MAISON ACCUEIL RURAL PERS AGEES (Saint-Martin-Valmeroux)
20
20
E.H.P.A.D. RESIDENCE L'ALAGNON (Neussargues)
32
32
E.H.P.A.D. LA LOUVIERE
68
77
SALERS
E.H.P.A.D. LE PLEAUX
38
39
E.H.P.A.D. LIMAGNE
78
82
PLEAUX
MURAT
E.H.P.A.D. DE MURAT
92
90
E.H.P.A.D. "SAINT-JOSEPH"
67
67
MAISON DE RETRAITE (Saint-Illide)
SAINT-FLOUR NORD
SAINT-CERNIN
E.H.P.A.D. "JEAN MEYRONNEINC"
75
75
E.H.P.A.D. "VILLA SAINTE MARIE"
63
63
E.H.P.A.D. LE FLORET
//
83
AURILLAC 4
SAINT-FLOUR
LAROQUEBROU
E.H.P.A.D. "LA VIGERE"
69
69
MAISON DE RETRAITE CENTRE HOSPITALIER
42
42
JUSSAC
SAINT-FLOUR SUD
PIERREFORT
RUYNES-EN-MARGERIDE
E.H.P.A.P "ORPEA LA JORDANNE"
95
95
VIC-SUR-CÈRE
E.H.P.A.D "LA JORDANNE"
58
58
AURILLAC
AURILLAC 2
MAISON DE RETRAITE SAINT-RAPHAEL
14
15
ARPAJON
E.H.P.A.D. "LA FORET"(Ytrac)
65
65
FONDATION BERTRAND
27
28
E.H.P.A.D. SAINTE ELISABETH
65
65
SAINT-MAMET
CHAUDES-AIGUES
MAISON DE REPOS LA PROVIDENCE
22
24
E.H.P.A.D. DE RAULHAC
34
34
E.H.P.A.D. "LA MAINADA"
69
67
E.H.P.A.D. "PIERRE VALADOU" (Le Rouget)
66
69
EHPAD RESIDENCE DE LA CERE
62
60
MONTSALVY
MAURS
MAISON DE RETRAITE DE SAINT-URCIZE
33
33
E.H.P.A.D."ROGER JALENQUES"
120
122
E.H.P.A.D. DE MONTSALVY
92
92
Réalisation: DSITAC/SIG
Fonds: BDcarto-IGN-2003-licence n°04/CUEC/173
Sources : Enquête Conseil Général du Cantal 2005
Échelle 1:500000
Nom de la structure
Places autorisées
Effectifs présents
Légende
Chef-lieu de canton
Maison de retraite
Arrondissement de Mauriac
Arrondissement d'Aurillac
Arrondissement de St-Flour


Etablissements pour personnes agées du Canatl
Logement-Foyer
CHAMPS-SUR-TARENTAINE
SAIGNES
CONDAT
RESIDENCE DE " L'AUZELAIRE"
65
60
MAURIAC
RIOM-ES-MONTAGNES
ALLANCHE
MASSIAC
SALERS
PLEAUX
MURAT
SAINT-FLOUR NORD
SAINT-CERNIN
AURILLAC 4
SAINT-FLOUR
LAROQUEBROU
SAINT-FLOUR SUD
RUYNES-EN-MARGERIDE
PIERREFORT
JUSSAC
VIC-SUR-CERE
AURILLAC
LOGEMENT FOYER CAYLUS
48
23
AURILLAC 2
ARPAJON
SAINT-MAMET
CHAUDES-AIGUES
FOYER-IOGEMENT DE VIC-SUR-CERE
19
-
MONTSALVY
MAURS
Réalisation: DSITAC/SIG
Fonds: BDcarto-IGN-2003-licence n°04/CUEC/173
Sources : Enquête Conseil Général du Cantal 2005
Échelle 1:500000
Nom de la structure
Places autorisées
Effectifs présents
Légende
Chef-lieu de canton
Logement foyer
Arrondissement de Mauriac
Arrondissement d'Aurillac
Arrondissement de St-Flour


Etablissements pour personnes agées du Cantal
Etablissements de soins de longue durée
HOPITAL LOCAL DE CONDAT
20
20
CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE
90
84
LONG SEJOUR
50
53
USLD HENRY-MONDOR
160
160
CENTTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER
110
109
CHAMPS-SUR-TARENTAINE
SAIGNES
CONDAT
RIOM-ES-MONTAGNES
MAURIAC
ALLANCHE
MASSIAC
SALERS
PLEAUX
MURAT
SAINT-FLOUR NORD
SAINT-CERNIN
AURILLAC 4
SAINT-FLOUR
LAROQUEBROU
SAINT-FLOUR SUD
RUYNES-EN-MARGERIDE
JUSSAC
PIERREFORT
VIC-SUR-CÈRE
AURILLAC
AURILLAC 2
ARPAJON
SAINT-MAMET
CHAUDES-AIGUES
MAURS
MONTSALVY
Réalisation: DSITAC/SIG
Fonds: BDcarto-IGN-2003-licence n°04/CUEC/173
Sources : Enquête Conseil Général du Cantal 2005
Échelle 1:500000
Nom de la structure
Places autorisées
Effectifs présents
Légende
Chef-lieu de canton
Etablissement de soins de longue durée
Arrondissement de Mauriac
Arrondissement d'Aurillac
Arrondissement de St-Flour


Etablissements pour personnes agées du Cantal
Résidences d'hébergement temporaire
CONSEIL GENERAL DU CANTAL
CHAMPS-SUR-TARENTAINE
SAIGNES
CONDAT
RIOM-ÈS-MONTAGNES
MAURIAC
ALLANCHE
MASSIAC
SALERS
PLEAUX
MURAT
RES.HEBER.TEMPORAIRE .P.A. LA ROSERAIE HOP. LOCAL
10
8
SAINT-FLOUR NORD
SAINT-CERNIN
SAINT-FLOUR
AURILLAC 4
LAROQUEBROU
SAINT-FLOUR SUD
RUYNES-EN-MARGERIDE
JUSSAC
PIERREFORT
VIC-SUR-CÈRE
RES.HEB.TEMP. LE CLOS DE NOAILLES
14
13
AURILLAC 3
AURILLAC 2
ARPAJON
SAINT-MAMET
CHAUDES-AIGUES
MONTSALVY
MAURS
RESIDENCE D'HEBERG.TEMPORAIRE LA CHATAIGNERAIE
46
5
Réalisation: DSITAC/SIG
Fonds: BDcarto-IGN-2003-licence n°04/CUEC/173
Sources : Enquête Conseil Général du Cantal 2005
Échelle 1:500000
Nom de la structure
Places autorisées
Effectifs présents
Légende
Chef-lieu de canton
Résidence d'hébergement temporaire
Arrondissement de Mauriac
Arrondissement d'Aurillac
Arrondissement de St-Flour

Extension – créations.

Projets présentés devant le CROSMS Auvergne et ayant reçu un avis favorable
A la date de réalisation du schéma la plupart de ces projets sont en attente de financement

- ⇨ Projet de création à Reilhac, par l'association des Cités cantaliennes de l'automne, d'un EHPAD de 68 places : avis favorable du CROSMS du 2 juin 2003.

- ⇨ Projet d'extension de 56 à 67 places de la Maison de Retraite d'Allanche, avec création d'une unité de type Alzheimer et médicalisation de la totalité de la capacité de l'établissement : avis favorable du CROSMS du 20 septembre 2004.

- ⇨ Projet d'extension de 25 lits de l'EHPAD Le Floret à La Roquebrou, dont création d'une unité Alzheimer de 10 lits : avis favorable du CROSMS du 19 septembre 2005.

- ⇨ Projet d'extension de 48 lits, EHPAD Louis Taurant (anciennement la Jordanne) à Aurillac ; passe de 57 à 105 lits (par transformation de 48 places de foyer logement en lits EHPAD) : avis favorable du CROSMS du 19 septembre 2005.

- ⇨ Projet de création d'un SSIAD de 15 places par l'ADMR de Bort des Orgues (19), Champs sur Tarentaine : avis favorable du CROSMS du 19 septembre 2005.

- ⇨ Projet d'extension de 10 lits pour personnes âgées désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer et de 2 lits réservés à l'hébergement temporaire de l'EHPAD Le Lizet (Salers) : avis favorable du CROSMS du 27 mars 2006.

- ⇨ Projet de création d'une unité de vie spécialisée pour personnes âgées de + 60 ans atteintes de démences séniles type Alzheimer et troubles apparentés de 20 places, dont 2 réservées à l'accueil temporaire, par extension de l'EHPAD P. Valadou (Le Rouget) : avis favorable du CROSMS du 27 mars 2006.

- ⇨ Projet de création par l'association Cités cantaliennes de l'automne d'un EHPAD à Vic S/Cère de 70 lits et 4 places d'accueil de jour : avis favorable du CROSMS du 12 juin 2006.

- ⇨ Projet d'extension de 14 places du SSIAD dont 2 pour personnes handicapées du centre hospitalier d'Aurillac : avis favorable du CROSMS du 18 septembre 2006.

- ⇨ Projet d'extension de 31 lits à la maison de retraite de Saint-Illide ; passe de 32 à 63 lits (par transformation de 12 places d'accueil temporaire en lits EHPAD) : avis favorable du CROSMS du 19 mars 2007.

- ⇨ Projet de création d'une EHPAD à Aurillac de 95 lits : Avis favorable du CROSMS du 19 mars 2007.

- ⇨ Projet d'extension de la maison de retraite d'Ally de 22 à 45 lits dont 2 lits d'hébergement temporaire et transformation en EHPAD : avis favorable du CROSMS du 18 juin 2007.

- ⇨ Projet d'extension de 6 places du SSIAD de l'Hôpital local de Murat : avis favorable du CROSMS du 18 juin 2007.

Projets instruits favorablement concernant des extensions non importantes, non présentés devant le CROSMS d'Auvergne :

⇨ Projet d'extension de l'EHPAD d'Ydes par création d'une unité spécifique de 12 places dont 2 en hébergement temporaire pour personnes atteinte de la maladie de Parkinson.

⇨ Projet d'extension de l'EHPAD de Maurs par la création d'un accueil de jour de 10 places.

⇨ Projet d'extension de la maison de retraite de Condat par la création d'un accueil de jour de 10 places.

⇨ Projet d'extension de 7 places du SSIAD de Massiac-Blesle.

⇨ Projet d'extension de 3 places du SSIAD du Centre hospitalier de Saint Flour.

⇨ Projet d'extension de 3 places du SSIAD du Centre hospitalier de Mauriac.

Soit au total : 391 places d'établissements et 48 places de SSIAD en attente dont :

⇨ 323 places d'établissements et 14 places de SSIAD en attente sur l'arrondissement d'Aurillac
⇨ 47 places d'établissements et 18 places de SSIAD en attente sur l'arrondissement de Mauriac
⇨ 21 places d'établissements et 16 places de SSIAD en attente sur l'arrondissement de Saint-Flour

Projets en cours d'étude au niveau local

⇨ Sur les territoires de Saint-Flour et Ruynes-en-Margeride : projet d'accueil de personnes en perte d'autonomie en complémentarité avec les établissements et services existants

⇨ Sur la communauté de communes de Massiac : projet de création d'unité de vie « Alzheimer » pour des besoins situés principalement hors département

⇨ Projet d'extension de 10 places de l'USLD de Mauriac.

⇨ Réflexion en cours à Saint-Mamet-La-Salvetat

Fiche 6- L'offre de service en gérontologie dans le Cantal (3) : évolution et comparaisons

6-1 Évolution

Présentation des établissements

L'enquête menée à l'automne 2006 a permis de recueillir des données sur la presque totalité des établissements, ce qui représente une capacité d'accueil étudiée de 2829 places soit 98,4% de la capacité du département.

Catégorie d'établissement	Arrondissement			Total
	AURILLAC	MAURIAC	SAINT FLOUR	
Maison de retraite	1 047	430	711	2 188
Logement-foyer pour personnes âgées	76	65	0	141
Établissement de soins de longue durée	160	90	180	430
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	60	0	10	70
Total des établissements ayant répondu	1 343	585	901	2 829

Catégorie d'établissement	Arrondissement			Total
	AURILLAC	MAURIAC	SAINT FLOUR	
Maison de retraite	78,0%	73,5%	78,9%	77,3%
Logement-foyer pour personnes âgées	5,7%	11,1%	0,0%	5,0%
Établissement de soins de longue durée	11,9%	15,4%	20,0%	15,2%
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	4,5%	0,0%	1,1%	2,5%
Total	100%	100%	100%	100%

Cette répartition représente un taux d'équipement départemental de 154,6‰ personnes de 75 ans et plus, sur la base de la population au 1er janvier 2006 en projection (18 299) ; 157,8‰ si l'on ajoute les 47 places non représentées dans l'enquête, se répartissant comme suit :

	Nombre de personnes âgées 75 ans et + 1/1/2006	Nombre de places fin 2005	Taux d'équipement pour 1000 personnes de plus de 75 ans
Aurillac	9 196	1 390	151,2
Mauriac	4 045	585	144,6
St Flour	5 058	901	178,1
Cantal	18 299	2 876	157,8

Statut	Arrondissement			Total
	AURILLAC	MAURIAC	SAINT FLOUR	
Public autonome	324	277	615	1 216
Territorial	470	118	32	620
Privé associatif	454	190	254	898
Privé lucratif	95	0	0	95
Total	1 343	585	901	2 829

Statut	Arrondissement			Total
	AURILLAC	MAURIAC	SAINT FLOUR	
Public autonome	24,1%	47,4%	68,3%	43%
Territorial	35%	20,2%	3,5%	21,9%
Privé associatif	33,8%	32,4%	28,2%	31,7%
Privé lucratif	7,1%	0%	0%	3,4%
Total	100%	100%	100%	100%

Progression des places en établissement

Catégorie d'établissement	Places autorisées 1/1/2006	1/1/1996
Maison de retraite	2 204	1 863
Logement-foyer pour personnes âgées	160	180
Établissement de soins de longue durée	430	370
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	82	92
Total	**2 876**	**2 505**

De 1996 (données issues du précédent schéma) à 2006 la croissance des capacités d'accueil est de 15%, compte non tenu des projets en cours.
Cette croissance s'est accompagnée d'une évolution profonde des structures, liée principalement à la dépendance des résidents : évolution architecturale ; évolution des prise en charge ; mise en place de l'APA ; réforme tarifaire ; conventions d'objectifs et de moyens.

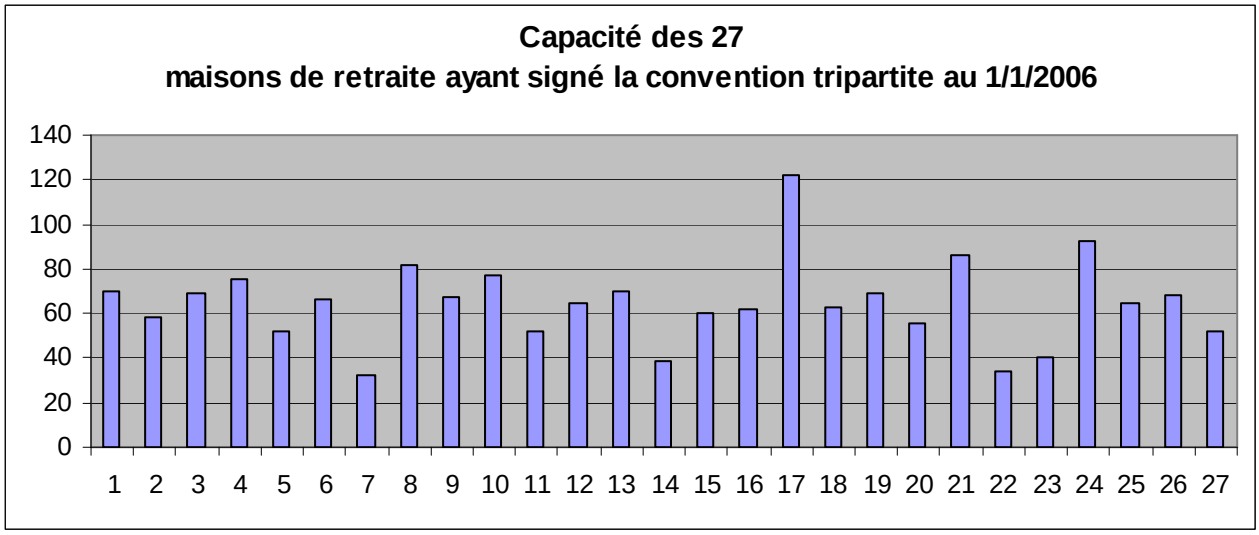
Dans la mesure où la plupart des établissements du département a signé la convention tripartite la notion de médicalisation, réservée dans le passé à certains établissements, s'est généralisée et intensifiée.
Au 1 janvier 2006 :

- 27 maisons de retraite, 3 maisons de retraite hospitalières et 3 USLD ont signé une convention tripartite (soit 63%).
- Les maisons de retraite n'ayant pas signé la convention, sont en général de petite capacité : 36 places en moyenne pour les 9 maisons de retraite
- 2 USLD sont en cours de signature

100% des EHPAD sont aujourd'hui équipés d'un système de rafraîchissement de l'air ou de climatisation grâce à un dispositif d'aide financière spécifique cogéré par la CNAV et le Conseil Général.

Des établissements à la capacité en augmentation.

Tous établissements confondus, le nombre moyen de places des établissements est de 62, en nette augmentation par rapport aux résultats de l'enquête de 2003. Il est de 64,3 pour les établissements ayant signé la convention tripartite. Cet accroissement de capacité n'a pas été essentiellement du à des créations d'établissement mais plutôt à des extensions d'établissements existants.
Les USLD ont une capacité moyenne de 86 places.



Les personnes accueillies :

Les tableaux présentés ci dessous sont issus des données de la population enquêtée et présente dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31.12.2005. Les effectifs sont donc différents de la capacité théorique des établissements (places autorisée et places installées).

Age des résidents :

Age	Catégorie d'établissement				Total
	Maison de retraite	Logement-foyer pour personnes âgées	Établissement de soins de longue durée	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	
- de 60 ans	34	6	18	1	59
60 à 74 ans	280	20	80	4	384
75 à 84 ans	866	41	170	10	1 087
85 ans et +	909	42	154	9	1 114
Total	2 089	109	422	24	2 644
Sans information = 5					

Age	Catégorie d'établissement				Total
	Maison de retraite	Logement-foyer pour personnes âgées	Établissement de soins de longue durée	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	
- de 60 ans	1,6%	5,5%	4,3%	4,2%	2,2%
60 à 74 ans	13,4%	18,4%	19,0%	16,7%	14,5%
75 à 84 ans	41,5%	37,6%	40,3%	41,7%	41,1%
85 ans et +	43,5%	38,5%	36,5%	37,5%	42,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Des personnes de moins de 60 ans sont présentes en nombre relativement conséquent (58 personnes) dans les établissements, en particulier les foyers logements. Cela rejoint la question de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

Age moyen par catégorie d'établissement et pour l'ensemble des établissements

Catégorie d'établissement	N	Moyenne
Maison de retraite	2 091	83
Logement-foyer pour personnes âgées	109	81
Établissement de soins de longue durée	422	81
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	24	81
Ensemble	2 646	83

Age moyen d'admission par catégorie d'établissement et pour l'ensemble des établissements

Catégorie d'établissement	N	Moyenne
Maison de retraite	2 089	78
Logement-foyer pour personnes âgées	109	76
Établissement de soins de longue durée	420	77
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	24	80
Ensemble	2 642	78

L'âge moyen tous établissements confondus des personnes présentes est de 83 ans alors que l'âge d'amission moyen est quant à lui de 78 ans.

Lors de la réalisation des deux schémas précédents ces données étaient les suivantes :

année	1990	1995
Âge moyen des personnes hébergées	78,4	81,5
Âge moyen à l'admission	74,26	77,7

Il convient de compléter ces données en précisant qu'actuellement 77% des demandes d'entrée en établissement concernent des personnes âgées de 80 ans et plus (source : GERINFO extraction du 4 juin 2007).

État matrimonial des résidents

Statut matrimonial	Catégorie d'établissement				Total
	Maison de retraite	Logement-foyer pour personnes âgées	Établissement de soins de longue durée	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	
Célibataire	549	23	136	3	711
Marié	202	5	72	2	281
Veuf	1269	75	202	20	1566
Divorcé	57	6	11	1	75
Concubinage	10	0	1	1	12
Total	2087	109	422	27	2645
Sans information = 4					

Statut matrimonial	Catégorie d'établissement				Total
	Maison de retraite	Logement-foyer pour personnes âgées	Établissement de soins de longue durée	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	
Célibataire	26,3%	21,1%	32,2%	11,1%	26,9%
Marié	9,7%	4,6%	17,1%	7,4%	10,6%
Veuf	60,8%	68,8%	47,9%	74,1%	59,2%
Divorcé	2,7%	5,5%	2,6%	3,7%	2,8%
Concubinage	0,5%	0,0%	0,2%	3,7%	0,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
Sans information = 4					

La proportion de personnes célibataires (plus du ¼) est un indicateur d' « isolement familial » qui donne aux établissements la fonction de « famille de substitution ». Elle est également importante dans les USLD.

Les logements foyers accueillent moins de personnes mariées que les USLD ; ceci peut correspondre à la prise en compte d'un besoin plus social que médical.

Taux de rotation des résidents au sein des établissements

Le nombre d'entrées en 2005 croisé avec le nombre de places de l'établissement est un indicateur du taux de rotation des effectifs, et par projection peut donner une appréciation du renouvellement des résidents dans les différents types d'établissements. Les créations de places n'ont pas faussé cette analyse car à l'exception d'un établissement qui a signé une convention tripartite, aucune place nouvelle n'a été mise en service en 2004 et 2005. Il convient néanmoins d'interpréter cet indicateur avec prudence ; il faudrait, durant plusieurs années, étudier les mêmes données pour vérifier la permanence du résultat.

	Nombre d'entrées en 2005	**Nombre de places autorisées en 2005**	**Taux de rotation en 2005**
Maison de retraite	400	2188	0,18
Logement-foyer pour personnes âgées	15	141	0,11
Etablissement de soins de longue durée	123	430	0,29
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	27	70	0,39
Total	565	2829	0,20

Tous établissements confondus, le renouvellement complet des résidents d'un établissement s'opère théoriquement en 5 ans environ.

Ce renouvellement est beaucoup plus rapide dans les USLD, (presque tous les 3 ans) ; beaucoup plus long (la moyenne d'âge et la dépendance y sont moins fortes) dans les foyers logements environ 9 ans.

Sur les dix dernières années, la médicalisation des établissements, massivement transformés en EHPAD, a entraîné une plus grande continuité dans la prise en charge des résidents et moins de mouvements d'un type d'établissement à l'autre. Ceci peut en partie expliquer que les taux de rotation ont plutôt tendance à baisser (le temps de présence d'un résident dans l'établissement s'accroît) ; d'autres facteurs entrent sûrement en ligne de compte, l'allongement de l'espérance de vie par exemple.

Origine géographique des résidents

Département	**Maison de retraite**	**Foyer logement**	**Usld**	**Hébergement temporaire**	**Total**
Cantal	1672	97	391	25	2185
Aveyron	23	0	0	0	25
Corrèze	33	0	3	2	38
Haute Loire	25	0	2	0	27
Lot	30	0	1	0	31
Lozère	16	0	2	0	18
Puy de Dôme	61	1	9	0	71
Autre	231	11	14	0	256

82 % des résidents sont originaires du Cantal. Les maisons de retraite du département assurent ainsi principalement l'accueil des habitants âgés du département. L'attraction des établissements dans leur environnement proche (canton et cantons environnants) a été plus difficile à apprécier.

8% sont originaires des départements voisins

Département	Aurillac	Mauriac	St Flour	Total
Cantal	1020	471	694	2185
Aveyron	21	0	4	25
Corrèze	6	30	2	38
Haute Loire	3	0	24	27
Lot	29	0	2	31
Lozère	1	0	17	18
Puy de Dôme	6	8	57	71
Autre	154	43	59	256

La proximité explique le flux de résidents par delà les frontières départementales. Selon les arrondissements, cette migration souligne l'effet de cette proximité : l'Aveyron et le Lot pour l'arrondissement d'Aurillac, la Corrèze pour l'arrondissement de Mauriac, la Haute Loire, la Lozère et le Puy de Dôme pour celui de St Flour.

10 % sont originaires du reste de la France. Cette migration peut être expliquée par des rapprochements familiaux de personnes travaillant dans le Cantal.

Ces données peuvent être rapprochées de celles du précédent schéma :

- Cantal : 87%
- Départements voisins : 7,3%
- Autres : 5,7%

Origine institutionnelle des résidents :

Origine	Maison de retraite	Foyer logement	Usld	Hébergement temporaire	Total
Seul	840	73	49	14	976
Seul avec une personne de même génération	292	13	30	2	337
En famille avec des personnes plus jeunes	157	4	13	4	178
Hôpital	96	2	63	0	161
Autre établissement	180	10	86	1	277
Foyer logement	38	0	6	1	45
Autre	75	0	5	1	81
Sans réponse					114

Origine	Maison de retraite	Foyer logement	Usld	Hébergement temporaire	Total
Seul	42,5%	67,6%	11,6%	51,9%	38,5%
Seul avec une personne de même génération	14,8%	12,0%	7,1%	7,4%	13,3%
En famille avec des personnes plus jeunes	7,9%	3,7%	3,1%	14,8%	7,0%
Hôpital	19,6%	7,4%	54,7%	14,8%	24,9%
Autre établissement médico-social	9,1%	9,3%	20,4%	3,7%	10,9%
Foyer logement	1,9%	0,0%	1,4%	3,7%	1,8%
Famille d'accueil	0,4%	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%
Autre	3,8%	0,0%	1,2%	3,7%	3,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Le logement foyer répond aux questions que se posent les personnes seules : solitude, besoin de sécurité, stimulation. Cette formule n'est aujourd'hui plus la seule à pouvoir répondre à ces attentes, l'essor des services à domicile, les potentialités des solutions alternatives à l'institutionnalisation, le développement de l'accueil temporaire et les différentes solutions qu'il propose, participent également à la diversification et à l'individualisation des réponses.

Les maisons de retraite accueillent également des personnes seules, en difficulté sociale. Elles représentent aussi une solution en soi, ou une suite au foyer logement ou à un autre établissement médico-social.

Les USLD se présentent comme un maillon de la filière hospitalière (psychiatrique ou autre).

Le nombre de personnes ayant vécu avec d'autres membres de leur famille est important : près de 20%. C'est un indicateur à prendre en compte pour développer l'organisation de l'aide aux aidants.

Dépendance

La répartition de la dépendance par type d'établissement souligne leurs orientations différentes.

GIR	Catégorie d'établissement				Total
	Maison de retraite	Logement-foyer pour personnes âgées	Établissement de soins de longue durée	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	
GIR 1	251	1	148	0	400
GIR 2	461	2	199	0	662
GIR 3	247	2	34	6	289
GIR 4	479	31	32	5	547
GIR 5	266	15	8	2	291
GIR 6	264	31	1	0	296
Total	1968	82	422	13	2485
Sans information = 164					

La proportion de personnes âgées évaluées dans les GIR 1 à 4 par rapport au nombre total de résidents est de 76,4, en progression par rapport à l'enquête ES-DRASS/DREES de 2003.

Le GMP (GIR moyen pondéré) des établissements récapitule les différences d'orientation par type d'établissement.

Maison de retraite	Logement-foyer pour personnes âgées	Établissement de soins de longue durée
553,2	281,7	836,8

Les foyers logements sont nettement en dessous d'un GMP de 300.

L'éventail des profils de personnes accueillies en maison de retraite est beaucoup plus important que celui des USLD. De ce fait le GMP des maisons de retraite est moyen, alors que celui des USLD est élevé car ils accueillent surtout des personnes présentant des dépendances importantes.

Au 1 janvier 2006, les maisons de retraite (27) qui avaient signé la convention tripartite avaient un GMP moyen de 598,5.

La moyenne générale du département est de 592.

Elle se retrouve de manière à peu près équivalente dans les 3 arrondissements, modulée en fonction des profils d'établissement qui s'y trouvent. :

AURILLAC	MAURIAC	SAINT FLOUR
601,8	576,1	590,0

Pour les établissements qui ont fait valider leur GMP, on peut observer une progression régulière du GMP du département depuis trois ans : 550 en 2003, 598 en 2006.

Au sein de la dépendance, les déficiences des fonctions intellectuelles présentent la nécessité d'une approche adaptée et spécifique.

Les directeurs d'établissement qui ont rempli le questionnaire soulignent l'importance du nombre de personnes présentant ces troubles :

Catégorie d'établissement	Présence d'une déficience des fonctions intell. Sup.		Total
	Non	Oui	
Maison de retraite	1074	997	2071
Logement-foyer pour personnes âgées	81	0	81
Etablissement de soins de longue durée	73	348	421
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	22	4	26
Total	1250	1349	2599
Sans information = 50			

Catégorie d'établissement	Présence d'une déficience des fonctions intell. Sup.		Total
	Non	Oui	
Maison de retraite	51,9%	48,1%	100
Logement-foyer pour personnes âgées	100%	0,0%	100
Etablissement de soins de longue durée	17,3%	82,7%	100
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	84,6%	15,4%	100
Total	48,1%	51,9%	100

Plus de la moitié des résidents des établissements du Cantal présentent des déficiences des fonctions intellectuelles supérieures.
La grande majorité des résidents des USLD sont confrontés à une détérioration de ces fonctions.
Cela concerne également la moitié des résidents des maisons de retraite.

Les personnels

L'accompagnement des personnes âgées repose sur les personnels qui interviennent au sein des établissements.

Globalement, pour une capacité moyenne de 64,56 places, les 27 maisons de retraite qui avaient signé la convention tripartite au 1er janvier 2006 avaient en moyenne 33,61 équivalent temps pleins soit un taux d'encadrement de 0,52.
Les écarts vont de 0,42 à 0,69 sans être tout à fait corrélés avec une différence de GMP.

Ces ETP se répartissent ainsi selon les différents postes de travail :

Poste	ETP moyen pour une capacité moyenne de 64,56	Ecarts
Direction administration	2,08	1,07 à 3,5
Animation	1,2	0 à 2
Services généraux	2,82	0,3 à 8,7
ASH	10,73	5,5 à 21
IDE	3,69	0,8 à 7
AS/AMP	12,79	6,5 à 22,18

Les écarts résultent de l'histoire de l'établissement, de sa taille et en partie de son GMP.

Emplois aidés au sein des établissements

Les établissements font appel à des emplois aidés pour assurer la prise en charge des résidents.
Ces emplois permettent de moins peser sur le prix de journée en offrant un point de départ pour les personnes recrutées.

Types de contrat		N	%
Hôpital local (H.L.)	**Contrat d'accompagnement à l'emploi (CAE)**	3	3.1
	Total	3	3.1
Maison de retraite	**Contrat d'accompagnement à l'emploi (CAE)**	54	55,7
	Contrat d'avenir (CA)	4	4,1
	Autre contrat aidé (CES/CEC, emploi jeune, CIE, CIRMA,…)	26	26,8
	Total	84	86,6
Logement-foyer pour personnes âgées	**Contrat d'accompagnement à l'emploi (CAE)**	2	2,1
	Contrat d'avenir (CA)	1	1,0
	Autre contrat aidé (CES/CEC, emploi jeune, CIE, CIRMA,…)	1	1,0
	Total	4	4,1
Établissement de soins de longue durée	**Contrat d'accompagnement à l'emploi (CAE)**	3	3,1
	Contrat d'avenir (CA)	1	1,0
	Total	4	4,1
Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	**Contrat d'accompagnement à l'emploi (CAE)**	1	1,0
	Autre contrat aidé (CES/CEC, emploi jeune, CIE, CIRMA,…)	1	1,0
	Total	2	2,1
Total		97	100

La formation

- **Services de soins infirmiers à domicile**

Nb questionnaires reçus	***Questionnaires présentant un plan de formation***
11	2

- **Établissements pour personnes âgées**

Nb d'établissements inclus dans l'enquête	***Questionnaires présentant un plan de formation***
48	22

L'analyse porte sur 24 établissements ou services :

Année	**Nb d'actions de formation réalisées**	**Nb stagiaires en formation**
2003	90	253
2004	87	264
2005	147	456
	Total : 324	

Un même salarié peut être comptabilisé plusieurs fois s'il a bénéficié de plusieurs actions de formation : nous les avons nommés « stagiaires »

Nombre d'actions par établissement :

De 3 actions à 60 actions

Volume horaire des formations :

De 3 heures à 210 heures (pour les formations non qualifiantes et non diplômantes)

Thèmes de formation :

Les thèmes les plus fréquents en terme de nombre de stagiaires (par ordre décroissant de nombre de stagiaires) :

- *Incendie, sécurité, gestes d'urgence…*
- *Maltraitance*
- *Maladie d'Alzheimer et démences*
- *Fin de vie, soins palliatifs…*
- *Connaissance du vieillissement, pathologies spécifiques*
- *Projet de vie, qualité de vie, démarche qualité*
- *Manutention*
- *Informatique*
- *Alimentation, hygiène, HACCP, composition des repas…*

Viennent ensuite des thèmes divers :

- *Animation*
- *GRH (usure professionnelle, prévention des risques, évaluation…)*
- *Projet d'établissement*
- *Développement des compétences relationnelles*
- *Formations administratives*
- Hygiène et prévention des risques bactériologiques

Actions de formation diplômantes ou qualifiantes :

Des actions diplômantes ou qualifiantes sont engagées (dans le cadre des PAUF, de la VAE ou de CIF) pour des qualifications de :

- *ASH*
- *DPAS*
- *Beatep*

Projets d'adaptation ou de transformation des établissements

Nombre et % de réponses positives	Maison de retraite		Logement-foyer pour personnes âgées		Etablissement de soins de longue durée		Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
La structure a-t-elle un projet de transformation ou d'adaptation architecturale ?	24	64.9	2	66.7	3	75.0	0	0.0	29	61.7

De nombreux projets de transformation ou d'adaptation sont en perspective dans les établissements : 2/3 des maisons de retraite et 3/4 des établissements de soins de longue durée.

Si la réponse est oui au projet d'adaptation, ce projet concerne t-il ? **Nombre de réponses positives**	Maison de retraite	Logement-foyer pour personnes âgées	Établissement de soins de longue durée	Résidence d'hébergement temporaire pour personnes âgées	Total
	N	N	N	N	N
L'accessibilité aux personnes à mobilités réduites	7	1	1	0	9
La sécurité, la mise aux normes	12	1	2	1	16
Le mobilier	11	0	2	0	13
Une extension de place	8	0	2	0	10
Une extension pour améliorer la prise en charge	11	1	2	0	14
Une amélioration de l'environnement, un confort supplémentaire	14	2	2	0	18
Un accueil pour personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles supérieures	7	0	3	0	10
Autres	10	1	1	0	12

6-2 **Comparaisons avec les autres territoires**

Taux d'équipement comparés Cantal / départements limitrophes / France, au 01.01.2005 pour 1000 hab. de 75 ans et + (population au 1er janvier 2004)

Équipement	FRANCE Métro	CORREZE	LOZERE	PUY DE DOME	HAUTE LOIRE	LOT	AVEYRON	CANTAL
Taux d'équipement en structures d'hébergement	127,18	108,91	212,8	133,26	158,88	134,65	141,07	140,72

(lits maison de retraite, logements de logements-foyers, lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)

Taux d'équipement soins à domicile	16,61	21,35	27,48	15,43	15,87	18,78	23,01	21,13

Taux d'équipement en lits médicalisés	88,79	104,40	174,55	101,94	124,57	84,92	86,22	135,34

(lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements-foyers, lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)

Types d'accueil	FRANCE Métro	CORREZE	LOZERE	PUY DE DOME	HAUTE LOIRE	LOT	AVEYRON	CANTAL
Hébergement permanent Maison de retraite								
nombre d'établissements	6 416	40	28	86	48	33	60	36
nombre de lits	440 872	2 623	1611	5869	3052	1962	3952	2086
dont section de cure médicale	61 079	258	40	699	640	0	970	133
dont lits EHPAD	266 227	2 008	1247	3410	1521	1528	995	1678
Logement foyer								
nombre d'établissements	2 966	11	6	17	5	18	15	6
nombre de logements	155 416	514	108	1001	257	712	606	285
dont section de cure médicale	4 252	0	10	97	0	0	0	30
dont lits EHPAD	13 583	0	48	0	123	0	116	92
Hébergement temporaire nb lits	7 373	71		49	44	50	120	86
Accueil de jour nb de places	2 274	11	25	24	10	8	0	0
Services de soins à domicile								
nombre de services	1 912	18	7	16	9	15	32	11
nombre de places	78 848	629	222	801	335	380	763	369
Soins de longue durée								
nombre de lits	76 322	809	65	1087	345	190	778	430
dont lits EHPAD	19 164	527	65	0	0	90	0	0

Source : STATISS 2006

Fiche 7- Les services d'aide à domicile (y compris l'aide aux personnes handicapées de moins de 60 ans)

En 2005, 2 services recensés dans le département du Cantal (les ADMR et l'ASeD15) ont effectué globalement plus de 957 970 heures d'aide à domicile auprès de 6 962 personnes âgées ou handicapées, dont plus de 6 000 personnes âgés, soit 34% de la tranche d'âge des 75 ans et plus (taux sur la base de la population au 1er janvier 2004 soit 17 460 personnes âgées de plus de 75 ans).

Lors des deux précédents schémas ces interventions se caractérisaient ainsi :

- 1991 : 310 282 heures et 2 138 personnes aidées
- 1995 : 464 838 heures et 3 907 personnes aidées

Les deux services prestataires du Cantal

ADMR (2005):

- 2 911 personnes aidées
- Dont 394 personnes âgées de moins de 60 ans et 2 517 personnes âgées de plus de 60 ans
- 357 572 heures de prestations
- Représentant 225 emplois équivalent temps plein

ASeD Cantal :

- 4 051 personnes aidées
- Dont 3 514 personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes, 60 personnes handicapées, 364 personnes malades et familles
- 600 398 heures de prestations
- Représentant 402 emplois équivalent temps plein

<u>Statistiques d'activité de l'ADMR :</u> Activité auprès des personnes de moins de 60 ans, ADMR Cantal, 2005 (y compris l'aide aux personnes handicapées de moins de 60 ans)

Les services assurés par les services mandataires et prestataires

Service prestataire[6]					Service mandataire[7]				Total				
Nombre de bénéficiaires		Nombre d'heures payées[8]	ETP	Nombre d'heures moyen par bénéficiaires annuel	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures	ETP	Nombre d'heures moyen par bénéficiaires annuel	Nombre de bénéficiaires		Nombre d'heures payées[9]	ETP	Nombre d'heures moyen par bénéficiaires annuel
394		25 549	15	64,8	0	0	0	0	394		25 549	15	64,8

Répartition de l'activité <u>prestataire</u> par financeur (y compris les TISF)

Régime général Cpam / Caf		Action éducative et RMI (Conseil général)		Régimes spéciaux et particuliers		Régime agricole MSA		Mutuelles d'assistance et autres financeurs		ADMR Sans prise en charge		Total	
Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%
14 954	58,5	3 743	14,6	2 284	8,9	3 063	12	1 505	5,9	0	0	25 549	100

[6] Service prestataire : la prestation de services ménagers est assurée par un salarié de l'association
[7] Service mandataire : l'employeur de l'aide ménagère est le bénéficiaire de la prestation
[8] Heures rémunérées aux personnels d'intervention
[9] Heures rémunérées aux personnels d'intervention

- **Activité auprès des personnes de plus de 60 ans ADMR Cantal, 2005 (suite)**

Les services assurés par les services mandataires et prestataires

Service prestataire[10]					Service mandataire[11]				Total					Taux[12]
Nombre de bénéficiaires	**Nombre d'heures**	**Nombre d'heures payées[13]**	**ETP**	**Nombre d'heures moyen par bénéficiaires annuel**	**Nombre de bénéficiaires**	**Nombre d'heures**	**ETP**	**Nombre d'heures moyen par bénéficiaires annuel**	**Nombre de bénéficiaires**	**Nombre d'heures**	**Nombre d'heures payées[14]**	**ETP**	**Nombre d'heures moyen par bénéficiaire annuel**	
1 563 (364 usagers portage repas)	256 814 (74 665 repas)	256 814	177	164	590	75 209	33	127	2 517	332 023 (74 665 repas)	332 023	210	132	144

Répartition de l'activité prestataire par financeur

Régime général CRAM		APA ET AIDE SOCIALE (Conseil général)		Régimes spéciaux et particuliers		MSA		Mutuelles d'assistance et autres financeurs		ADMR Sans prise en charge		Total	
Nombre d'heures remboursées	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**
8 360	3,2	199 339	77,6	9 863	3,8	21 512	8,4	17 740	6,9	0	0	256 814	100

Répartition de l'activité mandataire par financeur

MSA		Sans prise en charge		CPAM		APA		Total	
Nombre d'heures remboursées	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**	**Nombre d'heures remboursées**	**%**
17 215	22,9	57 994	77,1	0	0	0	0	75 210	100

[10] Service prestataire : la prestation de services ménagers est assurée par un salarié de l'association
[11] Service mandataire : l'employeur de l'aide ménagère est le bénéficiaire de la prestation
[12] Taux : nombre de bénéficiaires pour 1000 habitants de plus de 75 ans
[13] Heures rémunérées aux personnels d'intervention
[14] Heures rémunérées aux personnels d'intervention

Statistiques de ,l'ASeD Cantal, 2005

- **Les services assurés par les services mandataires et prestataires (y compris l'aide aux personnes handicapées de moins de 60 ans)**

Service prestataire[15]					Service mandataire[16]				Total					Taux[17]
Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures		ETP	Nombre d'heures moyen par bénéficiaire annuel	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures	ETP	Nombre d'heures moyen par bénéficiaire annuel	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures		ETP	Nombre d'heures moyen par bénéficiaire annuel	
3 435	503 764		342	147	616	96 634	60	157	4 051[18]	600 399		402	148	232

- **Répartition de l'activité prestataire par financeur (y compris l'aide aux personnes handicapées de moins de 60 ans)**

Régime général		APA et Aide Sociale		Régimes spéciaux et particuliers		Auxiliaires de vie DDASS		Régimes des non salariés		CPAM fin de vie, hospitalisation à domicile et Caisse d'Allocation Familiale		Mutuelles d'assistance et autres financeurs		Action sociale ASeD		Usagers payants		Total	
Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures	%	Nombre d'heures remboursées	%
55 894	11,1	340 337	67,5	18 971	3,8	6 422	1,3	56 051	11,1	1 085	0,2	4 213	0,8	172	0,03	20 619	4,1	503 764	100

Répartition de l'activité mandataire par financeur

MSA		USAGERS		CPAM		Total	
Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%	Nombre d'heures remboursées	%
21 231	22	73 648	76	1 755	2	96 634	100

Sources : Rapport d'activité 2005 de ADMR et ASeD Cantal, Conseil général du Cantal

[15] Service prestataire : la prestation de services ménagers est assurée par un salarié de l'association
[16] Service mandataire : l'employeur de l'aide ménagère est le bénéficiaire de la prestation
[17] Taux : nombre de bénéficiaires pour 1000 habitants de plus de 75 ans
[18] Dont : 3 514 personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes, 60 personnes handicapées, 364 personnes malades et familles soit 3 938 prises en charge pour 3 435 personnes

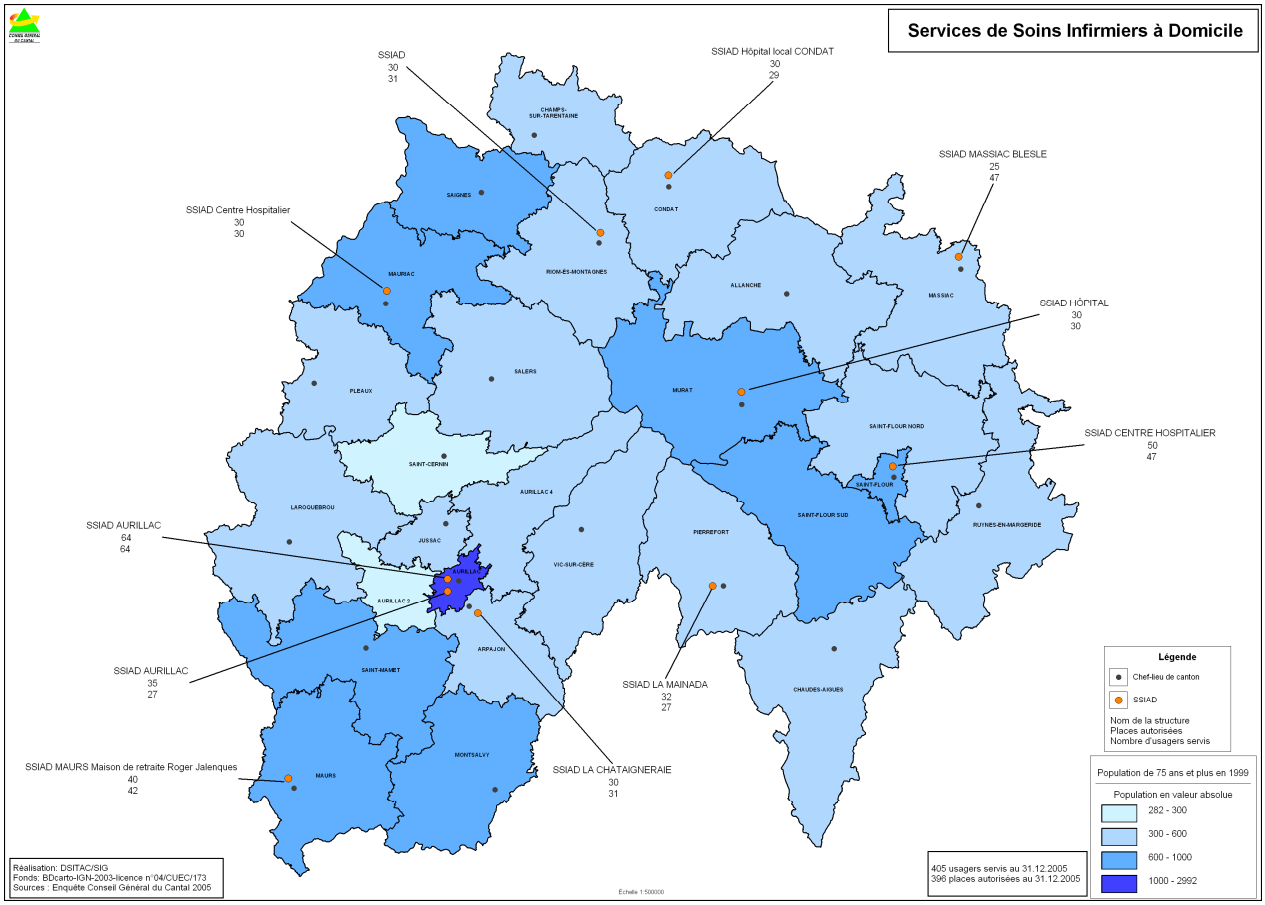
Fiche 8- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les services de soins à domicile

Le département du Cantal compte 11 SSIAD (Services de Soins Infirmier à Domicile) couvrant l'ensemble du département à l'exception de 4 cantons[19], soit 396 places autorisées au total.
Le taux d'équipement en SSIAD est de 22,13 places au 31.12.2005 (21,13 au 31.12.2004) pour 1000 habitants de 75 ans et plus (sur la base de la population au 1er janvier 2005 en projection soit 17 889 personnes âgées de 75 ans et plus). Le taux d'équipement en SSIAD en Auvergne est de 17,1 au 31.12.2004, en France il est de 16,3 places au 31.12.2003 (Source : STATISS 2006).

Source : Enquête réalisée pour le Conseil Général du Cantal, 2005

- Existant au 31.12.2005 : 396 places autorisées et 405 usagers servis dans 11 services.
- Le taux d'équipement pour 1000 personnes de plus de 75 ans est de 22,1[20].
- La couverture du territoire du Cantal par les services de soins infirmiers à domicile au 31.12.2005 :



[19] Pour ces cantons un SSIAD est en cours d'ouverture et voir pages 39 et 40 les projets en cours
[20] Taux sur la base de la population au 1er janvier 2005 en projection soit 17 889 personnes âgées de 75 ans et plus

- **Liste des SSIAD par arrondissement et canton**

Arrondissement	Nom de la structure	Canton	Commune	Nombre d'usagers servis	Places autorisées
AURILLAC	SSIAD AURILLAC	AURILLAC	AURILLAC	64	64
	SSIAD AURILLAC	AURILLAC	AURILLAC	27	35
	SSIAD LA CHATAIGNERAIE	ARPAJON SUR CERE	LABROUSSE	31	30
	SSIAD MAURS - MAISON DE RETRAITE ROGER JALENQUES	MAURS	MAURS	42	40
	Total			**164**	**169**
MAURIAC	SSIAD CENTRE HOSPITALIER	MAURIAC	MAURIAC	30	30
	SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE	RIOM-ES-MONTAGNES	RIOM-ES-MONTAGNES	31	30
	Total			**61**	**60**
SAINT-FLOUR	SSIAD HOPITAL LOCAL CONDAT	CONDAT	CONDAT	29	30
	SSIAD MASSIAC BLESLE	MASSIAC	MASSIAC	47	25
	SSIAD HÔPITAL	MURAT	MURAT	30	30
	SSIAD LA MAINADA	PIERREFORT	PIERREFORT	27	32
	SSIAD CENTRE HOSPITALIER	SAINT-FLOUR	SAINT-FLOUR	47	50
	Total			**180**	**167**
	Total			**405**	**396**

Source : enquête réalisée pour le Conseil Général du Cantal, données 2005

- **Distribution des GIR des personne suivies par un SSIAD par arrondissement et par canton**

Arrondissement	Canton	N de personnes en GIR 1	N de personnes en GIR 2	N de personnes en GIR 3	N de personnes en GIR 4	N de personnes en GIR 5	Total N de personnes suivies
AURILLAC	**ARPAJON SUR CERE**	2	17	12	0	0	31
	AURILLAC	5	17	22	44	3	91
	MAURS	7	17	11	7	0	42
	Total	14	51	45	51	3	164
MAURIAC	**MAURIAC**	3	21	6	0	0	30
	RIOM-ES-MONTAGNES	1	8	11	11	0	31
	Total	4	29	17	11	0	61
SAINT-FLOUR	**CONDAT**	3	10	5	10	1	29
	MASSIAC	1	7	9	8	0	25
	MURAT	5	10	3	10	1	29
	PIERREFORT	2	6	4	7	0	19
	SAINT-FLOUR	4	13	11	19	0	47
	Total	15	46	32	54	2	149
Total		33	126	94	116	5	374

Source : enquête réalisée pour le Conseil Général du Cantal, données 2005

Fiche 9- La place des infirmiers libéraux

- Existant au 1.01.2005 : 1 013 infirmiers diplômés d'État et autorisés exerçant à titre libéral ou salarié

- Dont 201 infirmiers diplômés d'État libéraux

- Densité pour les infirmiers DE libéraux au 1.1.2005 :

    - Cantal : 135 infirmiers DE pour 100 000 habitants (taux calculé sur la base de la population du Cantal au 1.1.2004 soit 148 862 habitants)

    - Auvergne : 121 infirmiers DE pour 100 000 habitants

    - France : 104 infirmiers DE pour 100 000 habitants

Sources : DREES, DRASS, ADELI, FINESS

Fiche 10- Les services de portage de repas à domicile

Méthode :

Enquête par questionnaire administré par téléphone, septembre 2005

Résultats :

Nombre d'organismes	16
Nombre de distributions hebdomadaires	De 1 à 7
Repas servis en liaison chaude	1
Repas servis en liaison froide	15
Nombre de bénéficiaires	800 *dont 17 personnes identifiées -60 ans*
Nombre de repas servis en 2005	208 508
Coût d'un repas	De 4,55 € à 7,50 €

Commentaires :

Dispositif très morcelé :

- Toutes les formules coexistent, de la distribution hebdomadaire à des distributions quotidiennes, la majorité étant de 3 distributions par semaine.
- Les intervenants sont multiples:

  - Organismes inscrivant les demandeurs

  - Organismes préparant les repas (1 seul organisme assure une distribution en liaison chaude) ; voir distinctions entre achat des produits, préparation et conditionnement)

  - Organisme assurant la livraison

  - Organisme facturant au client

- Notre choix a consisté à lister les organismes chargés de la facturation (15 opérateurs).
  - La comparaison est délicate entre les prestations fournies et leurs coûts :

    - des prestataires servent un plateau permettant de faire 2 repas (1 plateau facturé pour 2 repas assurés)

    - des prestataires servent un plateau comprenant 2 repas et facturé comme tel

    - des prestataires facturent séparément le coût du repas et le coût de la livraison

    - des prestataires pratiquent un tarif dégressif pour les couples

  - le personnel qui assure la livraison des repas peut dépendre de l'un ou l'autre des intervenants dans la chaîne, les profils professionnels sont extrêmement variables : emploi jeune, salariés, agent territorial…

Fiche 11- La téléalarme dans le Cantal

- Deux services conventionnés avec le Conseil Général proposent un système de téléassistance dans le département du Cantal : Présence verte et VIVAFIL

- Au total 929 personnes ont bénéficié des dispositifs Présence verte et VIVAFIL en 2005

- Présence verte compte 855 personnes abonnées au 31 décembre 2005 (moyenne d'âge des abonnés : 83 ans)

- VIVAFIL compte 74 personnes abonnées (67 sur Aurillac et 7 sur Arpajon) au 31 décembre 2005 (27 nouvelles installations en 2005).

- 622 personnes ont bénéficié d'une prise en charge financière en 2005 par le Conseil général au titre de l'aide sociale extra légale (contre 567 en 2004 : +9,7%).

- Sur les 622 prises en charge, 589 sont des abonnés de Présence verte et 33 sont des abonnés de VIVAFIL.

- Répartition des personnes aidées au titre de l'aide sociale extralégale (abonnés de Présence verte et de VIVAFIL) par arrondissement (2005)

Arrondissement	Effectifs et %
Aurillac	293 (47,1%)
Mauriac	164 (26,4%)
Saint-Flour	165 (26,5%)
Total	622 (100%°

Sources : Extrait du rapport d'activité PA-PH 2005 - Conseil général, Présence verte : données sur le service de téléassistance, VIVAFIL : données sur le service de téléassistance

Fiche 12- L'amélioration ou l'adaptation de l'habitat

Nous avons considéré l'amélioration ou l'adaptation de l'habitat des personnes âgées de plus de 60 ans et des personnes handicapées, financée ou co-financée par le Conseil Général :

- Du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005, 161 dossiers, dont 10 dossiers pour l'adaptation au handicap du logement des personnes de moins de 60 ans (32 dossiers au titre du handicap au total) ont été instruits dans le cadre des commissions d'aides organisées par le CAL PACT ARIM et le Conseil général du Cantal.

Répartition de ces dossiers par arrondissement (y compris les 10 dossiers des personnes de moins de 60 ans)

arrondissement	**Effectifs et %**
Aurillac	66 (41%)
Mauriac	48 (30%)
Saint-Flour	47 (29%)
Total	161

Répartition de ces dossiers entre zone urbaine21 et zone rurale (y compris les 10 dossiers des personnes de moins de 60 ans)

Zone	**Effectifs et %**
Zone urbaine	26 (16%)
Zone rurale	135 (84%)
Total	161

Répartition selon la composition de la famille (y compris les 10 dossiers des personnes de moins de 60 ans)

Composition de la famille	**Effectifs et %**
Personne isolée	56 (35%)
Couple	87 (54%)
3 personnes et plus ou un adulte et une personne à charge	18 (11%)
Total	161

Répartition par tranche d'âges (y compris les 10 dossiers des personnes de moins de 60 ans)

Tranches d'âges	**Effectifs et %**
Moins de 60 ans	16 (10%)
De 60 à 74 ans	56 (35%)
Plus de 74 ans	89 (55%)
Total	161

Répartition par niveau de revenus (revenus moyens mensuels) : 1 personne (y compris les 10 dossiers des personnes de moins de 60 ans)

Tranche de revenus	**Effectifs et % pour 1 personne**
Inférieur à 575	10 (18%)
De 575 à 761	31 (54%)
De 761 à 888	16 (28%)
Total	57

Répartition par niveau de revenus (revenus moyens mensuels) : 2 personnes et plus (y compris les 10 dossiers des personnes de moins de 60 ans)

Tranche de revenus	**Effectifs et % pour 2 personnes et plus**
Inférieur à 995	46 (44%)
De 995 à 1223	40 (39%)
De 1223 à 1356	18 (17%)
Total	104

[21] La zone urbaine correspond aux résidents des communes de plus de 2000 habitants et la zone rurale correspond aux résidents des communes de moins de 2000 habitants.

Répartition par nature des travaux chez les propriétaires occupants (155)

Nature des travaux	Effectifs et %
Electricité	12 (8%)
Sanitaires	22 (14%)
Maçonnerie gros œuvre	9 (6%)
Chauffage	61 (39%)
Toiture	12 (8%)
menuiserie	20 (13%)
Travaux liés au handicap	19 (12%)
Total	155

- Le coût moyen des travaux de chauffage pour un logement s'élève à 6 320 euros.

- Le coût moyen des travaux de sanitaires pour un logement s'élève à 4 320 euros.

Les financeurs :

Montant global des travaux réalisés	1 303 988 (100%)
Montant total de la part incombant aux demandeurs	885 400 (68%)
Montant global des aides dont	418 588 (32%)
ANAH	185 297 (44%)
Caisse de retraite et prêts sociaux	79 341 (19%)
Conseil général	148 350 (36%)
SVA	5 600 (1%)

- Le montant moyen de l'aide accordée par le Conseil général du cantal est 921 euros par dossier.

Sources : Mouvement PACT ARIM, extrait du rapport d'activité au 31 décembre 2005 Conseil général

Fiche 13 : Les coordinations gérontologiques (CLIC et Réseau)

Résultats de l'évaluation des CLIC et Réseau de santé :

1- Le Clic (Réseau) dans son environnement

Le territoire du CLIC

	Territoire délimité	*Lien avec le schéma*	*Relation avec autre territoire*	*Nombre de communes*
Clic du Haut Cantal	Oui	Non	Non	35
Clic Espace des retraités des communes du bassin d'Aurillac	Oui		Non	18
Réseau de santé de Murat	Oui	Non	Oui, SSIAD de Murat	18

Population

	+ 75 ans	*Ménages 1 personne + 75 ans*
Clic du Haut Cantal	2 214	
Clic d'Aurillac	4 321	1 671
Réseau de santé de Murat	1 288	627
Total	7 823	

Établissements et services présents sur le territoire d'intervention

	Établissements de soins	*Services d'aide à domicile*	*Établissements d'hébergement*	*Acteurs de l'habitat*	*Services sociaux*
Clic du Haut Cantal	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Clic d'Aurillac	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseau de santé de Murat	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Professionnels de santé libéraux présents sur le territoire

	Médecins généralistes	*IDE*	*Kinésithérapeutes*	*Pharmaciens*
Clic du Haut Cantal	15	15	NSP	11
Clic d'Aurillac	48	49	41	23
Réseau de santé de Murat	11	5	3	5

Environnement institutionnel du Clic (Réseau)

	Institutions de la politique vieillesse	*Domaine de partenariat*
Clic du Haut Cantal	Conseil général	APA : constitution des dossiers, et contribution à la procédure d'urgence
	Cram	Plans d'aide GIR 5 et 6 : évaluation et suivi Actions collectives : aides au logement
Clic d'Aurillac		
Réseau de santé de Murat		

2- Le Clic (Réseau) comme structure

Le cadre administratif et juridique

	Localisation	*Niveau de label*	*Date du label*	*Membre du Copil départemental*	*Initiateurs du Clic ou Réseau*	*Cadre juridique*
Clic du Haut Cantal	Centre Riom	3	Novembre 2003	Oui	Communauté de communes	Gestion par la Communauté de communes
Clic d'Aurillac		3			Personne physique	Ccas
Réseau de santé de Murat	Au sein de l'hôpital local	3		Non	Hôpital local de Murat	Association

Le partenariat du Clic (réseau) avec convention d'objectifs

	Ddass	*CG*	*Com. AggloSynd.*	*Cram*	*Autres caisses*	*Caisses retraite*	*Urcam Arh*	*Services hosp.*	*Aide etsoins à dom.*	*Héberg*	*Prof. Lib.*	*Ass*
Clic du Haut Cantal				**X**								
Clic Aurillac		**X**	**X**									
Réseau de santé de Murat		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Ajouter pour le réseau de Murat : une convention signée avec le service de portage de repas à domicile

Le partenariat du Clic (réseau) sans convention d'objectifs

	Ddass	*Conseil général*
Clic du Haut Cantal	**X**	**X**
Clic d'Aurillac		
Réseau de santé de Murat		

Financement année 2005

	Ddass	*Conseil général*	*Commune, agglo, syndicat…*	*Cram*	*URCAM, ARH*	*CCAS*	*Total*
Clic du Haut Cantal	41 000 €	10 671 €					
Clic d'Aurillac	43 900 €	21 400 €	25 942 €				
Réseau de santé de Murat		13 000 €			38 300 €		58 300 €

Le Réseau de santé de Murat avait 2 sources de financement en 2005 (Conseil général et URCAM -DRDR)

- son budget pour 2006 prévoit une augmentation de 15 737 € de l'URCAM

Le Clic d'Aurillac avait 3 autres sources de financement en 2004 : la caisse AVA (500 €), l'IRCA-AGIRCA (1000 €), et le CCAS (29 000€). Sur le budget de 2004, 42 000 € étaient considérés comme « subvention de 1°équipement ».

Les moyens matériels

	Locaux indépendants	*Accessibilité*	*Moyens informatiques*	*Autre*
Clic du Haut Cantal	Oui, 13 m² Permettant entretiens et réunions	Signalétique Locaux accessibles PMR	Oui Réseau internet Logiciel AMABIG	Annexes(mairies Saigne, Champs sur T.)et hôp Condat
Clic d'Aurillac	Non (avec Ccas) Permettant entretiens et réunions	Accessible par transports Situé en centre ville	Matériel informatique Logiciel Logiclic	Véhicule de service
Réseau de santé de Murat	Oui, 20 m² centre ville Permettant des entretiens et réunions (Ø annexes)	Absence de signalétique Locaux accessibles PMR	Matériel informatique Réseau internet Logiciel CCMSA	Véhicule de service

Les compétences humaines
Le personnel du Clic (Réseau)

	Personnel sanitaire	*Personnel social*	*Personnel d'animation*	*Personnel de gestion*	*Autre*
Clic du Haut Cantal				1 secrétaire (10% ETP) 1 comptable (5% ETP)	Psychologue (1 ETP)
Clic d'Aurillac	IDE (80%)	CESF (100%)		Secrétaire (50%)	
Réseau de santé de Murat	Médecins libéraux, IDE, kinésithérapeutes		Adjoint des cadres mis à disposition = 50 % ETP		

Le Réseau ne peut pas quantifier le temps de travail des professionnels de santé libéraux avec lesquels il travaille. Deux assistants sociaux de la CRAM et de la MSA interviennent à la demande.

La technicité du Clic (Réseau)

	Bases de données sur les établissements et services	*Bases de données sur les professionnels de santé libéraux*	*Abonnement à des revues et documents professionnels*
Clic du Haut Cantal	Oui	Oui	Oui
Clic d'Aurillac	Oui	Oui	Oui
Réseau de santé de Murat	Oui	Oui	Oui

Fonctionnement du Clic (Réseau)

	Accueil du public	*Enregistrement des contacts*	*Protocole d'évaluation multi dimensionnelle*	*Outil d'évaluation Multi dimensionnelle*	*Formation des personnels à l'éval.*
Clic du Haut Cantal	Toute la semaine (horaires administratifs)	Oui : fiche de contact	Non	Non	Non
Clic d'Aurillac	Toute la semaine (horaires administratifs)	Oui : fiche de contact	Non	Oui	Non
Réseau de santé de Murat	Ouverture du Réseau : quot Accueil du public : sur RV Coordinatrice joignable	Enregistrement sur agenda Contacts non comptabilisés	Protocole d'évaluation médicale et paramédicale Évaluation sociale : pas de protocole	Oui	Non

Le Clic d'Aurillac a convenu d'une mutualisation des résultats de l'évaluation individuelle avec l'équipe médico-sociale de l'APA pour les situations d'urgence.

Élaboration, proposition et mise en place du plan d'aide

	C/R d'évaluation multidimensionnelle	*Diffusion du C/R aux professionnels*	*Document de présentation du plan d'aide*	*Recueil formalisé du consentement de l'usager*
Clic du Haut Cantal	Oui	Oui	Non	Non
Clic d'Aurillac	Oui	Non	Oui	Non
Réseau de santé de Murat	Oui	Oui	Non	Non

Coordination des professionnels

	Documents de coordination pour les professionnels	*Réunions de coordination*	*Désignation d'un référent*	*Protocole de suivi*	*Outils spécifiques pour le suivi*
Clic du Haut Cantal	Non	Oui 3 à 4 réu/an Examen de situations complexes	Non	Non	Oui : carnet de liaison
Clic d'Aurillac	Oui	Oui	Non	Non	Oui : outil non communiqué
Réseau de santé de Murat	Non	Oui : 1 réu. lors de l'admission 1 réu / an pour revoir le plan d'aide + réu ponctuelles	Oui : la coordinatrice du réseau	Non	Oui : 2 fiches de liaison (interventions sociales à dom. et intervention des prof. de santé) Synthèse de la fiche de réévaluation

3- Population servie

Contacts

	Nombre fiches de contacts	*Motifs du contact*
Clic du Haut Cantal	370 communications tél et 141 visites au Clic enregistrées	
Clic d'Aurillac		
Réseau de santé de Murat		

Dossiers

	Nouveaux dossiers ouverts en 2005	Dossiers fermés en 2005	Répartition géo.	Dossiers ouverts en 2004	Total dossiers cumulés fin 2004	Total dossiers cumulés fin 2005
Clic du Haut Cantal	125 6 : -60 ans 4 : 60-64 ans 18 : 65-74 ans 59 : 75-84 ans 11 : 85-89 ans 27 : 90 ans et+	20		129	129	139
Clic d'Aurillac	218 4 : - 60 ans 33 : 60-74 ans 138 : 75 ans et + 43 : NR		Arpajon : 17 Aurillac : 160 Ayrens : 2 Giou : 2 Sussac : 6 Laroquevieille : 2 Mandailles : 1 Naucelles : 9 Reilbac : 4 St Simon : 4 St Paul : 1 Vezac : 2 Yolet : 1			
Réseau de santé de Murat	11 1 : 60-74 ans 10 : 75 ans +	2 Motif : décès	Coltines : 1 Murat : 9 Allanche : 1	29	29	38

	Nombre d'évaluations multidimensionnelles effectuées en 2005	***Nombre situations traitées en urgence***
Clic du Haut Cantal	4	0
Clic d'Aurillac		
Réseau de santé de Murat	41	5

Motif principal des demandes

	demande d'information	***orientation***	***aide administrative***	***retour à domicile***	***médiation familiale***
Clic du Haut Cantal	77 %	19%	54%	42%	2%
Clic d'Aurillac					
Réseau de santé de Murat					

Analyse de l'activité développée en 2005
Analyse des dossiers ouverts en 2005
Selon les « indicateurs de désavantage »

	Confiné au lit ou au fauteuil	*Ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage*	*Ayant besoin d'aide pour sortir*	*Sortie sans aide de leur domicile*	*Non renseigné*
Clic du Haut Cantal					
Clic d'Aurillac					
Réseau de santé de Murat	5 personnes	6 personnes			

Selon la grille AGGIR

	GIR 1	*GIR 2*	*GIR 3*	*GIR 4*	*GIR 5*
Clic du Haut Cantal					
Clic d'Aurillac					
Réseau de santé de Murat	1 personne	2 personnes		8 personnes	

Coordination des professionnels

	Réunions de synthèse ou de coordination	*Nombre situations examinées*	*Nombre de situations réexaminées une 2° fois*	*Professionnels ayant participé aux réunions de synthèse ou de coordination*
Clic du Haut Cantal	2	2	1	- service d'aide à domicile - service de soins à domicile - service social (conseil général) - autre service social - IDE, kinésithérapeute
Clic d'Aurillac	3			- service d'aide à domicile - service de soins à domicile - service social (conseil général) - ACART
Réseau de santé de Murat	41 réunions en 2005	41	2	- AS CRAM et MSA - Services de soins à domicile Professionnels de santé libéraux (médecins, IDE…) - famille - paramédicaux, hospitaliers

Analyse des actions collectives développées en 2005

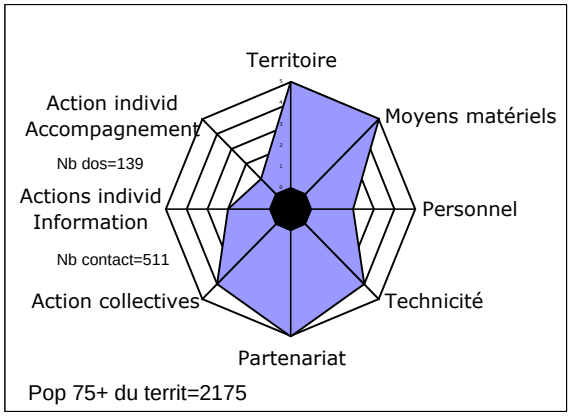
	Actions de communication sur le Clic (Réseau)	*Actions collectives d'information, de prévention et d'éducation*	*Conduite de projets territoriaux*	*Concertations externes*
Clic du Haut Cantal	Oui, par voie de plaquettes, articles de presse, réunions avec les familles… Edition du 1° bulletin d'information diffusé dans le Haut Cantal	Oui Avec partenaires Thème : Aide aux soins Projets pour 2006 : Thème : Les choix de vie (avec Uriopss) Participation à la formation des assistants de vie (avec l'Afpa) Partenariat avec DRDJS sur l'activité physique	Création de petites unités de vie Projet initié par la commune Depuis 2003 Avec partenaires du logement et communauté de communes En attente du positionnement de l'office HLM	Participation à un groupe de travail sur la mobilité des publics fragiles Se réunit 1/trim.
Clic d'Aurillac	Oui, par voie de plaquettes, articles de presse, réunions avec les familles…	Oui Avec 1 partenaire : Cram Thème : Soutien aux aidants familiaux 6 séances (2006) Participants : 10 aidants	Réflexion en cours avec commune de St Paul	
Réseau de santé de Murat	Oui, par voie de plaquettes, articles de presse, réunions avec les familles…	Oui Avec partenaires Thèmes : aménagement du domicile et prévention des chutes Info sur Pact-Arim, services d'aide à domicile Publics : professionnels et familles	Réflexion (depuis 2004) sur accueil temporaire pour soulager aidants naturels Avec services sociaux Conseil Général, Cram et Msa + associations aide à domicile	

4- synthèse

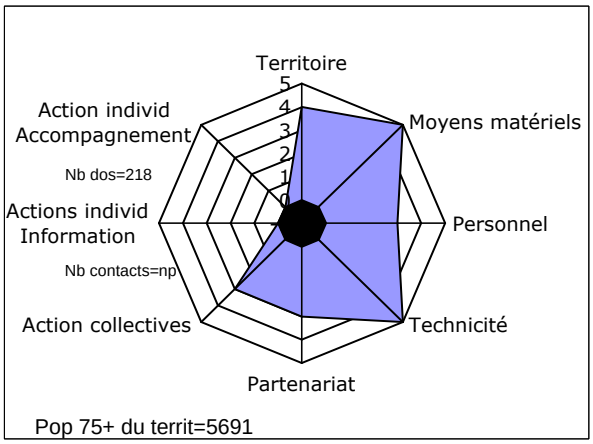
Le Cantal bénéficie de trois instances de coordination de l'action gérontologique : deux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et un réseau de santé gérontologique. Ces dispositifs ont fait l'objet d'une évaluation que résument les diagrammes suivants (qui considèrent 8 dimensions :

1-La cohérence du territoire	5-L'importance du partenariat
2-Les moyens matériels	6-L'implication dans des actions collectives
3-Les moyens en personnel	7-Le volume des actions individuelles d'information
4-La technicité	8-Le volume des actions individuelles d'accompagnement

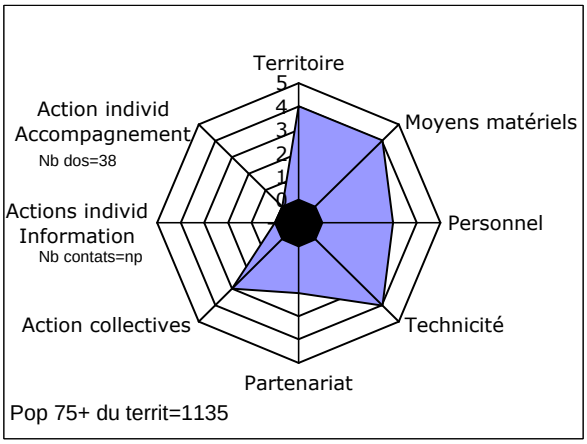
La coordination du HAUT-CANTAL



La coordination du bassin D'AURILLAC



La coordination du bassin MURAT-ALLANCHE



Résumé de l'évaluation:

Les problèmes des coordinations actuelles du Cantal sont plus quantitatifs que qualitatifs :

D'une part, ces coordinations ne concernent que trois territoires sur les six envisagés initialement. D'autre part, l'insuffisance des moyens en personnels ne leur permet pas de développer leur action à la hauteur des volumes de la population des territoires sur lesquels ils sont implantés.

Si chacune des trois coordinations assure des actions collectives, sur le plan des actions individuelles, les volumes d'activité ne sont pas en rapport avec la population des territoires où elles sont implantées, aussi bien en matière d'information que d'accompagnement des personnes ayant des problèmes d'incapacité. Si techniquement les actions individuelles sont de qualité, elles concernent moins de 5% de la population de 75 ans et plus. Pour l'information comme pour l'accompagnement, seul le CLIC du Haut Cantal dépasse cette proportion.

Ce déficit de couverture du territoire est à mettre en relation avec le nombre de personnels conduisant ces actions de coordination qui jamais ne s'élève au minimum de 3ETP que prévoyait le cahier des charges des CLIC.

Il faut noter également que le cadre institutionnel du CLIC d'Aurillac est un CCAS et que l'activité du réseau de santé de Murat correspond à une orientation médicale.

Fiche 14- L'accueil familial et les unités d'accueil familial.

- **L'accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées**

Données quantitatives :

Source : rapport d'activité PERSONNES AGEES-PERSONNES HANDICAPEES Conseil général 2005

	Agréments accueil familial	*Dont UVAF*	Nombre total de places	Commissions	Nouveaux dossiers
2004	16				19
2005	6	*3*	44	3	30
total	32	*8*	44		

A noter : 6 demandes d'agrément ont été ajournées et 2 demandes rejetées (2005)

- **Les unités de vie et d'accueil familial**

Présentation du dispositif

Les unités de vie et d'accueil familial entrent dans le cadre de l'accueil familial. Ces réalisations résultent d'une orientation du schéma départemental des équipements et services 1997-2001 qui prônait la diversification des réponses à apporter aux personnes âgées.

La commission « action sociale et éducation» du Conseil Général a proposé de développer l'accueil de personnes âgées dans des petites unités de vie s'appuyant sur la législation de l'accueil familial. Les intérêts d'une telle démarche ajoutaient à une forme d'accueil plus proche des personnes, des perspectives de répartition sur le territoire d'une activité permettant de créer de l'emploi, de lutter contre la dépopulation et de favoriser le développement local. Le Conseil Général en a délibéré favorablement le 10 février 2000.

Le principe de ces réalisations repose sur :

- L'application de la législation de l'accueil familial : agrément donné par le Président du Conseil Général, pour recevoir 3 personnes âgées ou handicapées au maximum. Les personnes accueillies bénéficient des services médicaux et para-médicaux existants sur le territoire.
- Le recrutement et le suivi des familles d'accueil sont assurés par l'association des Cités Cantaliennes de l'Automne, en sa qualité d'employeur.
- Chaque site d'accueil réunit deux ménages dans des maisons jumelées ou voisines.

Quatre réalisations se sont succédées sur quatre sites différents : Velzic, Anglards de Salers, St Santin de Maurs et Neuvéglise. Les constructions se sont étalées entre 2002 et 2006. Les premières personnes accueillies l'ont été à partir de 2003.

Le département participe financièrement à :

- l'achat d'équipement mobilier : 3 811 € par Unité de vie ;
- la prise en charge des trois premiers mois de loyer, 2 300 € par Unité de vie ;
- limiter le surcoût des investissements liés à la dépendance, - 40 % du surcoût et une dépense plafonnée à 46 000 € par Unité de vie ;
- la gestion du dispositif en versant depuis octobre 2006 une dotation annuelle de 27 200 € aux Cités Cantaliennes de l'Automne.
-

C'est la SA Polygone qui est jusqu'ici intervenue pour le montage des dossiers de prêt puis pour la construction des logements.

Enfin les communes interviennent en qualité de Maître d'Ouvrage et participent annuellement au fonctionnement des Unités en versant une somme de 1000 €. Elles effectuent depuis peu l'entretien, les petites réparations et les aménagements extérieurs.

Les accueillants familiaux sont des ménages, au sens économique du terme qui mènent de façon parallèle une démarche d'agrément et de demande d'embauche. Repérés par annonces, les candidats sont reçus par les Cités Cantaliennes de l'Automne pour un entretien. Dans un deuxième temps, la commission d'agrément du Conseil Général, à laquelle est associée un psychologue émet un avis. La personne est au final agréée pour cinq ans par le Président du Conseil Général et embauchée par les Cités Cantaliennes de l'Automne.

Le profil professionnel de l'accueillant familial n'est pas défini a priori. On constate que les origines professionnelles sont multiples : aide à domicile, agent de maison de retraite, assistante dentaire… Un stage est proposé aux candidats n'ayant pas d'expérience auprès des personnes âgées.
Les compétences attendues sont l'autonomie, la capacité de s'organiser, des capacités relationnelles avec les personnes âgées. Il faut souligner également l'adhésion au travail en complémentarité avec un autre ménage.

Évaluation du dispositif : unité de vie et d'accueil familial
Cette note d'observation circonstanciée, réalisée au cours du second semestre 2005 à partir d'éléments factuels peut s'avérer en décalage avec la réalité du dispositif qui a été modifié depuis. La position centrale des familles, leurs attentes sont ici volontairement mises en avant.

Description des UVAF

Nombre	Situation géographique	Profil des familles agréées
8	Velzic Anglards de Salers Neuveglise St Santin de Maurs	2 couples avec enfant 1 couple sans enfant 5 personnes seules

L'environnement et le cadre réglementaire

Le contrôle est assuré par les Cités Cantaliennes de l'Automne. Le nombre de 3 personnes accueillies par famille est respecté. Cependant les dimanches et lors des jours d'absence d'une famille d'accueil, il y a un regroupement de 6 personnes dans la même salle commune.
Intégration dans la vie familiale : il y a un certain écart par rapport à l'idée de recevoir « chez soi » des personnes âgées. La conception architecturale des logements qui distingue 2 niveaux, un niveau d'accueil pour les personnes âgées (R de C) et le niveau correspondant au lieu de vie de la famille agréée, marque une séparation entre les deux espaces : il y a bien un espace pour la vie familiale et un espace de travail.
Localisation et accessibilité à la vie extérieure : le choix des sites l'emplacement des maisons ne facilitent pas toujours l'accès à la vie sociale (St Santin, Neuvéglise). L'implication des communes dans ces réalisations est à clarifier.

Le cadre règlementaire vient d'être modifié par la loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Dans son article 57, la loi renforce le statut de salarié des accueillants familiaux employés par des personnes morales.

Dans l'attente de nombreux décrets à paraître, il est toutefois possible de lister les principales évolutions introduites par ce texte :

- la loi énumère les dispositions du code du travail qui s'applique aux accueillants familiaux employés par des personnes morales ; les droits des salariés sont reconnus par la conclusion obligatoire et écrite d'un contrat de travail ; à noter par exemple que les conditions de licenciement et donc l'ouverture d'un éventuel droit au chômage sont précisées par le texte.
- l'organisation du travail est plus encadrée et plus favorable à l'accueillant familial. Le nombre de journées travaillées ne peut excéder un plafond annuel de 258 jours ; ce qui va modifier le droit à congé et notamment le travail des week-ends.
- l'accueillant familial a droit à une indemnité lorsque l'accueil est provisoirement suspendue en particulier pour hospitalisation ou séjour dans la famille naturelle ; les conditions de versement seront précisées par décret.
- la formation initiale et continue des accueillants est à la charge de l'employeur qui doit organiser et financer non seulement les formations mais également assurer le remplacement de la personne en formation.

Les accueillants

Au cours des entretiens, les <u>familles d'accueil</u> ont émis un certain nombre de remarques qui soulignent leurs difficultés à appréhender leur statut :

- Elles n'accueillent pas les personnes âgées « chez elles » mais dans un lieu de travail, où elles bénéficient d'un logement. Dans ces conditions, elles n'ont pas toujours compris qu'au moment de l'ouverture de certaines Unités, elles aient été contraintes de compléter temporairement l'ameublement ou la vaisselle. Leur présence dans le logement est liée à leur fonction. Il faut souligner que si l'agrément leur est retiré, elles doivent quitter le logement.
- Leur statut est d'être à la fois salariées des Cités Cantaliennes de l'Automne mais aussi dépendantes de la présence effective de résidents (il n'y avait pas jusqu' en mars 2007, date des dernières modifications législatives, de compensation à l'absence éventuelle de personnes âgées, par exemple pas d'ouverture de droit à des indemnités de chômage). Elles n'ont pas la capacité de recruter des personnes âgées.
- Leur statut par rapport au logement qu'elles occupent est ambigu : ainsi elles n'ont pas de quittance de loyer mais des attestations, ce qui leur crée des problèmes pratiques dans la vie quotidienne, pourtant elles sont soumises à certaines obligations afférentes au statut de locataire, comme en témoigne le fait qu'un état des lieux leur est proposé au moment de leur entrée.
- Elles ne savent pas toujours comment se situer devant les résidents lorsque ceux-ci manquent de moyens de base (draps, couverture,…)

Au niveau de la coordination avec les professionnels intervenant auprès des résidents, on observe que les relations avec les infirmières sont variables. Beaucoup de familles estiment que celles-ci viennent trop souvent sans tenir compte du rythme de vie de la maison (« elles viennent quand elles veulent »). Une question est à débattre à propos de la gestion des piluliers où certaines familles d'accueil se sont engagées.
Les liens avec les établissements des Cités Cantaliennes de l'Automne ne sont pas évidents : les distances sont parfois importantes. Les familles d'accueil estiment qu'il est encore difficile d'entrer en relation avec des maisons de retraite plus proches pour faire profiter leurs résidents de certaines manifestations.
Les familles soulignent que le petit effectif permet de mieux gérer les situations de dépendance lourde qui sont minoritaires.

Recrutement des familles d'accueil :
On note que certains candidats avaient déjà travaillé dans des établissements des Cités Cantaliennes de l'Automne avant de postuler à cet emploi.
Les offres de formation paraissent aux familles d'accueil peu nombreuses (sécurité, incendie…). Les familles d'accueil craignent d'être confrontées au départ d'un résident et à l'arrivée d'un nouveau. L'implication étant grande, les changements sont difficiles à vivre.
Pour les Cités Cantaliennes, un recrutement idéal des familles d'accueil, serait de constituer des paires de famille complémentaires, qualifiées et agissant en bonne entente. Or, au niveau de la procédure d'agrément, du recrutement, des candidatures, ce n'est pas forcément réalisable. Le suivi des familles d'accueil est lourd.
Le mélange des populations (personnes âgées et personnes handicapées) est également une difficulté. L'accompagnement des deux populations n'est pas le même. Se pose la question de créer des unités spécialisées.
Les ménages recrutés ne sont pas systématiquement originaires du Cantal.

Population accueillie en UVAF (au 31 décembre 2005)

Répartition par sexe	
Hommes	6
Femmes	6
Total	12

Répartition par âge	
-60 ans	1
60-69 ans	2
70-79 ans	2
+ 80 ans	7

Origine géographique	
Proximité de la famille d'accueil	9
Département du Cantal	12
Hors du département du Cantal	0

Répartition par GIR (août 2006)	
GIR	**personnes accueillies**
1	0
2	3
3	1
4	5
5	0
6	3

4 personnes bénéficient de l'aide sociale au 31/12/2005
Ces 4 personnes ont une mesure de tutelle.

Lors de la visite sur site, les personnes âgées qui se sont associées à la discussion avec les familles ont manifesté un grand intérêt pour ce mode d'accueil : respect du rythme personnel, relations faciles avec les familles, qualité de l'habitat.

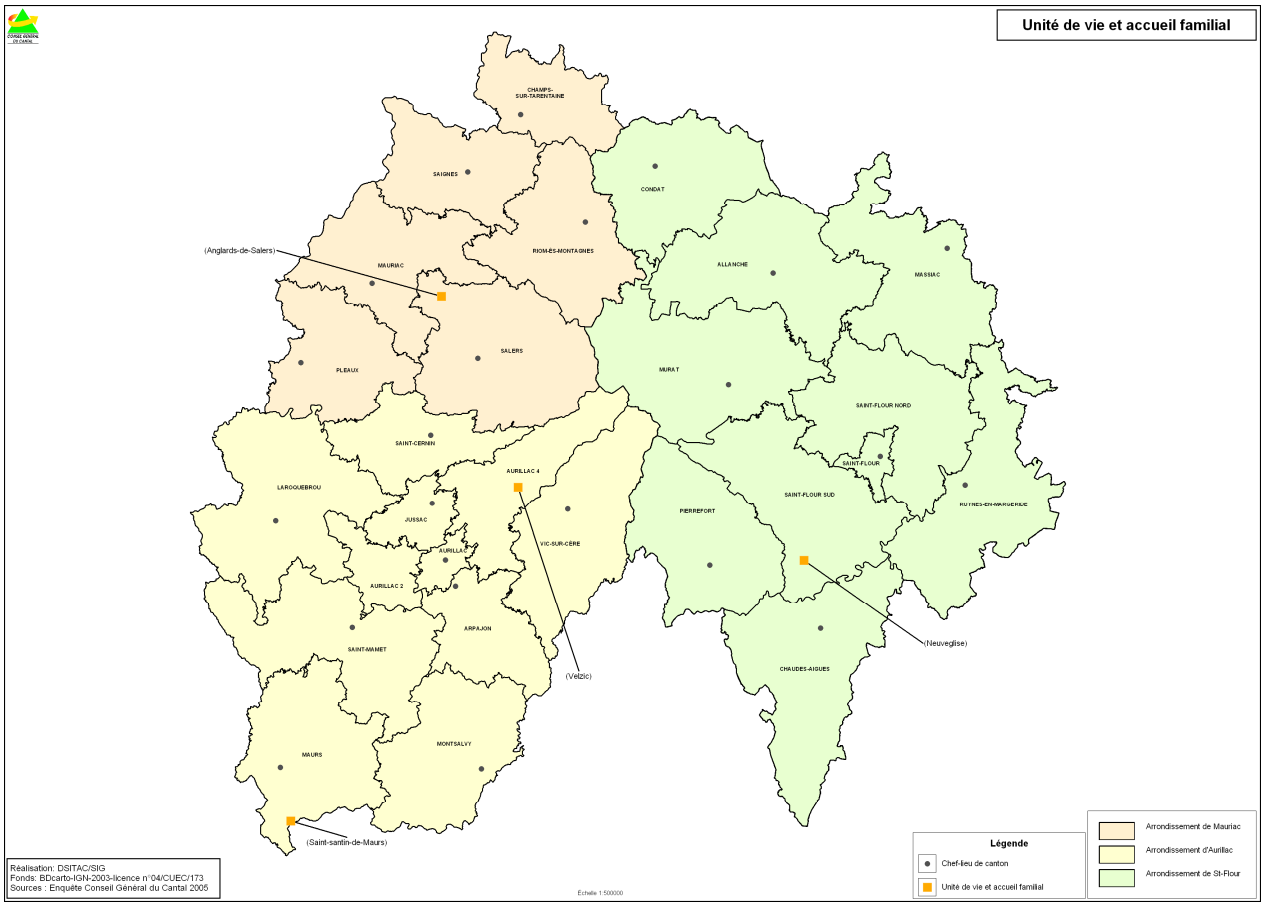
Qualité de l'accueil et de la prise en charge :

- Assurée par la continuité. C'est l'intérêt de la formule qui associe un gestionnaire d'établissement avec cet accueil. En cas d'absence ou de défaillance, une personne remplaçante est désignée et peut venir se loger dans un studio spécialement conçu à cet effet dans un des deux logements.
- Respect des obligations morales : elles sont inscrites dans le contrat de travail et le contrat d'accueil familial.
- Sur le plan architectural, tous les plans des logements ne sont pas conçus de façon identique. Les deux maisons ne sont pas toujours mitoyennes et peuvent même être éloignées ce qui crée des difficultés pour faire traverser les personnes âgées lors du regroupement du week-end.

L'orientation et l'exposition de la salle de séjour, pièce centrale, n'ont pas toujours été bien pensées. L'entrée des logements se fait parfois par la salle de séjour du rez-de-chaussée, et la taille de cette pièce commune est variable. La cuisine est quelquefois indépendante, son aménagement ne semble pas intégrer la nécessité d'avoir un plan de travail pour préparer des repas. La machine à laver le linge a dû être distinguée de celle de la famille (pour permettre à la remplaçante d'assurer la gestion du linge des résidents sans entrer dans l'intimité de la famille d'accueil). On peut conclure à un déficit de relation entre la conception des plans et l'objectif de l'accompagnement.
- L'implantation sur le territoire communal ne facilite pas toujours l'intégration des personnes âgées dans la vie communale.

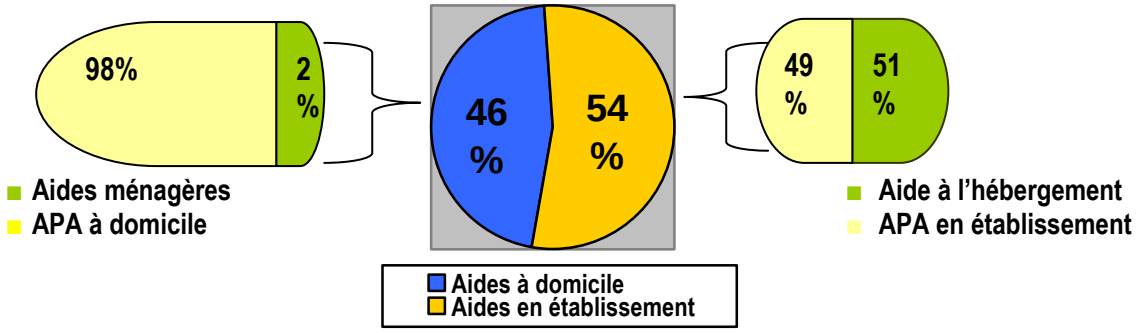
Proposition de questions à travailler

- Famille d'accueil, de quel métier s'agit-il ? il y a nécessité de mieux définir les contours de ce métier, de convenir d'une formation de base
- Déterminer un cahier des charges architectural
- Définir le statut de famille d'accueil salariée d'une institution et leurs rapports. Adapter les contrats de séjour et de travail à cette situation différente de l'accueil familial dans la maison de l'accueillant.
- Définir l'implication communale.
- Étant donné l'âge des résidents, il y a peu de mouvements. Le nombre de places à proposer est donc vite saturé. Il faut arrêter un plan de développement pour que ces unités de vie constituent une véritable alternative.



Fiche 15- Les données de prestations en 2006

- Répartition des prestations légales : 25 250 330 €



- Dont bénéficiaires percevant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au 31 décembre 2006

	Établissement	**Domicile**	**Total**
GIR 1	231	68	299
GIR 2	633	440	1 073
GIR 3	278	384	662
GIR 4	621	1 621	2 242
Total	1 763	2 513	4 276
Montant des prestations versées	*6 695 514*	*11 375 112*	*18 070 626*

Source : Conseil Général du Cantal

2.2-LA CONCERTATION

6 groupes de travail ont été organisés sur 4 thèmes spécifiques à la gérontologie et 2 thèmes transversaux, communs avec l'élaboration du schéma en faveur des personnes handicapées. Nous rendons compte ci-après des conclusions issues de ces travaux.

2.2.1- Thème PA1- Coordination territoriale (Clics et réseau)

Récapitulatif des propositions issues de la réflexion du groupe

⇒ Réduire le nombre de territoires et concentrer les moyens sur ces territoires.
⇒ Retenir le découpage en arrondissements : ce découpage permet une articulation avec les circonscriptions de l'action sociale.
⇒ Utiliser et valoriser les compétences qui existent déjà sur ces territoires : ancienneté des réseaux et CLIC.
⇒ Assurer la formation des intervenants : a fortiori s'il y a couplage d'une représentation de la M.D.P.H. s'appuyant sur les CLIC.
⇒ Prévoir un partage de procédures et de savoir-faire, dans un cadre où les équipes sont labellisées.
⇒ Nécessité d'un lieu bien identifié par les professionnels (pour la coordination) et les personnes (pour l'entrée dans le système), Cette organisation nécessite une information en amont.
⇒ Convergence entre M.D.P.H. et coordination gérontologique
⇒ Impliquer les professionnels du sanitaire par l'information et l'explicitation du travail de chacun.

L'ensemble des participants s'accorde sur la pertinence des pistes de travail proposées pour l'écriture des préconisations : choix du territoire et convergence de la coordination gérontologique et de l'action de la M.D.P.H. et uniformisation des réponses sur le département. Le CLIC du bassin d'Aurillac et le réseau gérontologique de Murat s'interrogent sur les modalités techniques de mise en œuvre.
De nombreux participants soulignent l'importance d'avoir une réflexion approfondie sur la notion de référent, pour assurer la cohérence du parcours de la personne. Le Conseil général propose si nécessaire de réunir un groupe de travail restreint sur cette question précise.
La D.D.A.S.S. pointe l'importance de la circulation de l'information entre les professionnels dans le respect des missions de chacun, pour les réponses à apporter aux personnes.

2.2.2- Thème PA2- La prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle, et de leurs aidants

Récapitulatif des propositions issues de la réflexion du groupe

Améliorer la pertinence des orientations par un diagnostic précoce de qualité

⇒ Sensibiliser les intervenants de l'aide à domicile

⇒ Accueillir dans des unités dédiées (établissements) les patients ayant des détériorations intellectuelles (après un diagnostic correctement posé).

⇒ Éviter l'engorgement des consultations mémoire par des demandes inadaptées en faisant en sorte que les orientations soient effectuées en lien avec le médecin traitant.

⇒ Organiser la délocalisation des centres mémoire (consultations avancées), ou le déplacement des personnes vers ces centres (toute population : à domicile, ou hébergée).

Développer l'accompagnement des personnes et de leurs aidants au domicile

⇒ Formation aux spécificités de la maladie d'Alzheimer de l'ensemble des professionnels du secteur médico-social à domicile pour qu'ils puissent informer et conseiller les familles.

⇒ Informer les familles de l'existence des dispositifs d'aide aux aidants et les convaincre de l'intérêt d'y participer par le biais d'un réseau coordonné d'aide et d'information (CLIC)

⇒ Développer les groupes de soutien aux aidants familiaux et coupler l'animation de ces groupes avec l'augmentation des heures d'aide à domicile et/ou une activité pour les malades.

⇒ Développer l'accueil temporaire et notamment l'accueil de jour.

⇒ Initier à titre expérimental des actions type « baluchon Alzheimer » pour l'aide au coucher et « bistrots mémoire ».

Promouvoir des réponses adaptées en établissement

⇒ Objectif à terme : disposer d'une palette de réponses pour une prise en charge de qualité à toutes les étapes de la maladie, en partant des compétences qui existent ; objectif intermédiaire : donner aux unités spécialisées existantes les conditions d'un fonctionnement correct avec un personnel dédié, suffisant en effectif, correctement formé, et stable au niveau de chaque unité.

⇒donner plus de moyens aux EHPAD pour la gestion des unités Alzheimer et davantage de souplesse dans la gestion des places EHPAD pour favoriser l'accueil temporaire.

Favoriser les synergies d'acteurs

⇒ Favoriser le décloisonnement inter institutionnel (entre la gériatrie et la psychiatrie notamment), développer des outils partagés (ex : dossier commun pour l'entrée en maison de retraite /proposition de la D.D.A.S.S).

⇒ Mettre en place un groupe de travail pour mettre en place un référent nommé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (médecin, cadre de santé, travailleur social…).

⇒ Définir le rôle de ce référent : suivi de la personne où qu'elle soit et quel que soit l'état de sa pathologie, relations avec l'ensemble des filières gériatriques ; puis examiner la généralisation d'un tel dispositif aux autres situations chroniques handicapantes. Relier ce référent au dispositif de coordination (CLIC et réseaux) autour de la personne, pour rendre à chaque service ses missions.

⇒ Établir un dossier commun d'entrée en maison de retraite pour tous les établissements.

Aide aux aidants

Réponse à l'appel à projet de la CNSA qui va mobiliser les acteurs associatifs et institutionnels concernés. L'U.D.A.F souligne l'intérêt de se regrouper pour porter des projets et faire aboutir des actions concrètes.

2.2.3- Thème PA3- Le soutien à domicile

Récapitulatif des propositions issues de la réflexion du groupe

Amélioration de l'habitat

⇒ Sensibiliser les promoteurs à repenser l'habitat dans la perspective du vieillissement, sensibiliser les artisans ; informer les personnes âgées sur les aides disponibles pour l'adaptation de leur logement.

⇒ Développer les diagnostics personnalisés dans les programmes d'amélioration de l'habitat : intégrer des appartements pour les personnes à mobilité réduite.

⇒ Rénover quelques appartements dans les bourgs pour répondre aux besoins de mobilité ou de sécurité de personnes âgées isolées.

Services à domicile

⇒ Portage de repas à domicile : développer l'information sur ce service, l'étendre à l'ensemble du territoire : multiplier les points de fabrication

⇒ Envisager une alternative au portage de repas : au sein du plan d'aide, dans le cadre de leurs interventions, développer la préparation et la prise de repas avec les aides à domicile.

⇒ Développer les moyens de transport : le transport à la demande existe, mais dans un cadre restreint ce qui en diminue l'utilisation (heures fixes, trajets limités). Il faut lier cette question avec le schéma départemental des transports.

⇒ Téléassistance : si la couverture départementale parait satisfaisante, il y a un déficit d'information. Proposition : faire appel aux clubs de retraités et aux mairies pour que les personnes isolées puissent obtenir le réseau sur lequel s'appuiera la téléassistance.

⇒ Les associations de personnes âgées contribuent à faire sortir les gens de leur solitude en brisant l'isolement. L'association les Aînés Ruraux participe à la diffusion de la téléassistance, au portage de repas : le soutien aux bénévoles pourrait être inscrit dans le schéma.

Accueil de jour, garde de nuit

⇒ Développer un accueil de jour adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Envisager un accueil d'urgence, permettant d'intervenir en cas de contrainte imprévue -

⇒ Idée de la garde itinérante de nuit : le but est de soulager l'aidant familial.

Soins à domicile

⇒ Soins à domicile : le manque de places en SSIAD fait que l'on doit faire appel à des auxiliaires de vie pour compenser. Accroître le nombre de places dans les SSIAD est impératif.

⇒ L'intervention à domicile demande des professionnels mieux formés. Pour développer les emplois, il convient d'imaginer une aide à la formation afin de faire face au risque de pénurie.

Aide aux aidants

⇒ Développer la prévention des risques chez les aidants familiaux, proposer des formes de répit (accueil de jour ou hébergement temporaire), faciliter les lieux d'expression pour ces familles, proposer de la formation (envisager un "statut d'aidant"), développer des aides à domicile intervenant ponctuellement dans les familles.

Accueil temporaire en général

⇒ Adapter les expériences existantes pour établir des diagnostics et pouvoir le généraliser. Le planifier, sans chercher à toujours le rentabiliser...

La couverture du territoire

⇒ Nécessité d'assurer une couverture des services sur tout le territoire : les mêmes services doivent être disponibles en tous points du département. Mettre en œuvre une réflexion par territoire afin de soutenir les promoteurs éventuels. La réflexion au niveau territorial permettrait aux acteurs de se concerter

2.2.4- Thème PA4- L'évolution de l'offre en et à partir des établissements

Récapitulatif des propositions issues de la réflexion du groupe

⇨ **Développer les capacités d'accueil**

⇨ **Améliorer l'image des maisons de retraite.**

⇨ **poursuivre la signature des conventions tripartites**

⇨ **Développer l'accueil temporaire.**
Promouvoir une possibilité d'accueil souple et diversifié au plus près des personnes âgées et des familles pour répondre à la diversité des situations.

⇨ **Soutenir l'hébergement temporaire en EHPAD**
Trouver une organisation afin que les places dédiées à l'hébergement temporaire restent disponibles et correspondent au projet. En matière de financement et de fonctionnement, il conviendrait d'appliquer des règles tarifaires spécifiques non pénalisantes pour le budget de l'établissement.
Des personnels du maintien à domicile pourraient intervenir au sein de l'établissement dans le cadre de l'hébergement temporaire.

⇨ **Favoriser l'accueil de jour**
Deux orientations proposées :
- Un accueil de jour organisé en soi, avec un projet et un personnel spécifiques, distincts d'un établissement ou d'un service. Cela nécessite de définir un cahier des charges précisant le public envisagé et les modalités de prise en charge.
- Disséminer des places d'accueil de jour dans les établissements existants pour faire une offre de proximité.

⇨ **Envisager un accueil de jour itinérant** pour compenser les difficultés de transport et de déplacement. Cela demande de constituer une équipe, d'envisager un parcours basé en relation avec des disponibilités de locaux. (à envisager dans les zones à faible densité de population.

⇨ **Développer les liens entre maintien à domicile et établissement : créer des pôles multiservices**
Le principe est de mettre les besoins de la personne âgée au cœur du système et mutualiser et créer des passerelles entre services et établissements. C'est le territoire qui détermine le cadre de ces mutualisation.

⇨ **Développer la mutualisation des emplois**
(Cf groupe T2)

⇨**Favoriser le recrutement du personnel**
Cf groupe T2)

⇨**Innover autour des petites unités de vie d'accueil familial**
Développer les UVAF en tenant compte de l'évaluation portée sur les UVAF existantes

2.2.5-Thème T1- Le vieillissement des personnes handicapées

Récapitulatif des préconisations du groupe

⇒ Développer un observatoire des situations de handicap,
⇒ Assouplir les postes de travail en CAT-ESAT. L'emploi à temps partiel peut être complété par un accueil respectant davantage les rythmes de la personne.
⇒ Formation des professionnels au vieillissement des personnes handicapées
⇒ Créer des postes d'AMP dans certains établissements sanitaires afin de diversifier les approches de la personne et de faciliter une complémentarité des interventions
⇒ Ouverture de places de foyers d'hébergement disséminées sur le territoire
⇒ Information des familles et développement de structures intermédiaires
⇒ Développer les dispositifs d'accueil temporaire, de familles d'accueil
⇒ Intervention temporaire à domicile
⇒ Développer un accueil spécifique pour les personnes ayant un handicap d'origine psychique
⇒ Développer une meilleure connaissance réciproque des structures pour personnes âgées et pour personnes handicapées

2.2.6- Thème T2- Le recrutement et la formation des personnels

Récapitulation des préconisations du groupe

⇒ Mettre en synergie les besoins des acteurs locaux, pour envisager des mutualisations.

⇒ Examiner le PRDF et les possibilités de délocalisations de formations ciblées sur des besoins identifiés.

⇒ Faire évoluer les métiers : rédaction d'une fiche action pour formaliser les passerelles possibles vers d'autres métiers (exemple entre aide soignante et A.M.P).

⇒ La DDTEFP propose une action collective sur la profession d'AMP à conduire dans le domaine des services à la personne en 2007.

⇒ Le plan de cohésion sociale prévoit que la gestion des ressources humaines intègre l'accompagnement dans l'emploi des personnes en difficulté, en s'appuyant sur le dispositif des contrats aidés. La DDTEFP peut soutenir des actions (financement 50% de la prestation d'un consultant).

⇒ Rapprocher les centres de formation et les établissements, mieux communiquer sur les métiers dès l'orientation professionnelle, valoriser l'image professionnelle du secteur.

⇒ Concevoir des formations adaptées aux besoins, et configurées en fonction des contextes locaux

⇒ Développer l'apprentissage sur des métiers du champ sanitaire et social en lien avec le comité de pilotage départemental de l'apprentissage et les comités de pilotages locaux

⇒ Explorer la piste des étudiants potentiellement intéressés (information), pour l'ensemble des métiers du secteur social et médico-social, qui seraient prêts à s'engager dans des formations rémunérées.

⇒ Rendre attractifs les métiers de l'aide à la personne en développant la polyvalence pour une meilleure offre de service (pouvoir évoluer entre domicile et établissement). Développer l'information de proximité en multipliant les campagnes d'information.

⇒ Développer un partenariat avec l' ITSRA pour qualifier les personnels intervenant auprès des personnes âgées, et pour une délocalisation accentuée des formations.

⇒ S'appuyer sur l'Association VIeillesse Heureuse (AVIHE 63- mise à disposition de moyens humains et logistiques) pour développer des (structures) actions sur le même modèle.

⇒ Faire les liens et les pontages entre les secteurs et les dispositifs (insertion / formation qualifiante).

⇒ Mettre en synergie les besoins des acteurs locaux et les réponses apportées par les différents OPCA ou organismes tels que le CNFPT pour proposer une offre de formation plus large

⇒ Monter des projets innovants en groupement d'employeurs pour parer à l'absence des agents en formation (financements : CNSA, DDTEFP)

⇒ Former un volet « d'agents volants » pour remplacer les titulaires en formation qui seraient titularisés au fur et à mesure des départs à la retraite

⇒ Plan de professionnalisation : reprendre l'expérience de l'année 2002 à l'échelle de la Région

⇒ Appel d'offres de la DDTEFP début mars pour une action collective sur les métiers en tension

⇒ Financement par le biais d'une CPE (convention de promotion de l'emploi) pour 2008 pour un projet de groupement d'employeurs.

2.3- PROPOSITIONS SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE

Préambule

L'évolution de la prise en charge des personnes âgées conduit le Conseil Général, chargé depuis janvier 2005 de définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, à développer un ensemble de perspectives afin d'ajuster les moyens aux exigences des textes mais aussi des attentes des personnes âgées et de leur famille. Les orientations actuelles mettent en avant la nécessité de poursuivre une approche de l'organisation des services et institutions préservant l'identité, la dignité et le respect de la personne.
Cette politique départementale s'inscrit aussi en complément d'un ensemble d'autres perspectives, dans le domaine médico-social et sanitaire mais aussi de l'emploi et de l'aménagement du territoire.

La lutte contre toutes les formes de maltraitance est une priorité fixée réglementairement, les institutions départementales souhaitent qu'elle prenne toute sa place, et à cet effet, elles créent un comité départemental de lutte contre la maltraitance.

Les principes qui sous-tendent la démarche du schéma se déclinent de cette manière :

- Favoriser l'expression d'un projet de vie et de soins des personnes âgées
    - En assurant des réponses dans la proximité des lieux de vie des usagers pour faciliter leur insertion
    - En diversifiant les réponses aux besoins
- Rendre cohérente l'offre territoriale
- Articuler l'offre des secteurs sanitaire et médico-social

2.3.1. Cinq domaines pour répondre aux besoins de la population vieillissante

AXE 1 - Animer la politique gérontologique départementale

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confie au Conseil Général la mission de mettre en place la coordination gérontologique à l'échelle du département.
La coordination gérontologique se situe à deux niveaux : la coordination institutionnelle et la coordination autour de l'usager. Dans cet axe 1 on envisage l'organisation de la coordination institutionnelle.

Objectif n°1.1 : Piloter l'action gérontologique du Cantal au plan départemental

Action 1.1.1 Constituer un Comite départemental de la coordination réunissant les Institutions Sanitaires et Sociales
L'orientation, la mise en place et le suivi de la coordination doivent s'appuyer sur un comité de pilotage départemental réunissant les acteurs départementaux. Ce comité départemental garantira entre autre la convergence nécessaire entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Modalités techniques	Mise en place d'un comité de pilotage**,** Rédaction d'un cahier des charges de la coordination départementale.
Pilote	Conseil général.
Partenaires techniques	DDASS CRAM MSA secteur hospitalier ARH MDPH CODERPA.
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général
Calendrier	2008
Évaluation	Mise en place d'un Comité de suivi

Action 1.1.2. Créer une équipe technique départementale chargée d'animer la coordination et de promouvoir l'action sociale
La mise en place de la coordination s'appuie sur une équipe spécialement chargée d'en effectuer l'organisation et d'en suivre les évolutions. La constitution des CLIC en 2000 n'a pas trouvé sa pleine réussite en raison de l'absence d'un « référent » départemental.
Pour affirmer cette compétence nouvelle, le Conseil Général proposera une organisation et des moyens permettant de garantir une cohérence globale de fonctionnement au niveau de la coordination gérontologique et ce, pour l'ensemble du territoire départemental.

Tout en s'appuyant sur les compétences existantes, il convient de recruter, dans le cadre de ce schéma, les professionnels suivants :

- Un coordonnateur départemental chargé de la mise en œuvre et du développement de l'ensemble du dispositif, de l'harmonisation des actions locales. Son travail de départ sera de formaliser un cahier des charges pour chaque Maison de l'autonomie, de suivre l'intégration des coordinations existantes, de participer à l'évaluation annuelle de ces maisons de l'autonomie. Pilote de l'Action sociale en faveur des personnes âgées, il sera également responsable du suivi du schéma.

- Une équipe technique composée de professionnels sociaux et médico-sociaux spécialement formés à l'animation du milieu et tourné vers une pratique de l'action collective et de santé publique *(cf point suivant : action 1.2.1).*

Modalités techniques	Recrutement d'un coordonnateur départemental, cadre A Coût global annuel estimé à 47 400 €
Pilote	Conseil général
Partenaires techniques	DDASS CRAM MSA secteur hospitalier MDPH
Financeur	Conseil Général
Calendrier	2008
Évaluation	Réalisation du recrutement

Objectif n°1.2: Organiser la coordination gérontologique sur la base des 3 arrondissements
La coordination se concrétisera par l'ouverture d'une Maison de l'Autonomie dans chaque arrondissement afin de tenir compte des réalités géographiques, sociologiques, économiques et administratives du département.

Action 1.2.1. Créer une maison de l'autonomie dans chaque arrondissement
La coordination déjà amorcée dans le département s'est antérieurement constituée avec les CLIC du Nord Cantal, de l'agglomération d'Aurillac et le réseau de soins de l'hôpital de Murat. Dans une perspective de généralisation et de territorialisation de la coordination, il importe de tenir compte de l'existence de ces structures, et de les intégrer dans l'organisation nouvellement préconisée.
Les Maisons de l'Autonomie ont vocation à formaliser et rassembler les initiatives préalablement engagées, et à agréger sur les bases territoriales des arrondissements les acteurs en présence, en prenant en considération la diversité des réalités des 3 arrondissements.

Missions et fonctionnement :
La maison de l'autonomie est animée par une équipe réalisant l'information des personnes âgées, de leurs familles et des professionnels. Dans chaque maison de l'autonomie cette équipe sera composée d'au moins deux personnes, recrutées par le conseil général : un coordonnateur et un secrétaire. Pour l'arrondissement d'Aurillac, ces personnes sont appelées à intervenir hors agglomération, la mission étant assurée dans l'agglomération par le CLICG du CCAS d'Aurillac. La maison de l'autonomie accueille aussi dans ses locaux le personnel des équipes médico-sociales chargées de l'évaluation des personnes âgées. Ce rapprochement permet la constitution d'un projet individualisé d'accompagnement et d'en organiser le suivi.
Elle est également un lieu de réflexion sur l'évolution des besoins de la population et de la mise en place du schéma par le regroupement des acteurs de terrain qu'elle organise.
Elle rend compte de son action au coordonnateur départemental.
Pour les arrondissements de Mauriac et St Flour, elle remplit en outre une fonction de relais de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) avec laquelle elle mutualise des moyens.

Modalités techniques	Recrutement de professionnels pour intervenir sur les territoires non couverts ; cat C pour les postes administratifs, cat B pour les postes de coordonnateurs locaux. Coût global annuel estimé à 38 000 € par poste pour les catégories B Coût global annuel estimé à 25 800 € par poste pour les catégories C Ouverture (selon les arrondissements) d'un local accessible, Assurer la formation des professionnels de ces coordinations Conventions avec les gestionnaires actuels des CLIC et réseau de santé, Généralisation à l'ensemble du département de la fonction assurée par le réseau gérontologique de Murat (bilan de santé gériatrique) intégration de l'EMS dans la maison de l'autonomie Organiser l'évaluation des coordinations (appui sur le guide DGAS-INSERM)
Pilote	Conseil général

Partenaires techniques	DDASS CRAM MSA Secteur hospitalier CLIC existants, réseau de santé MDPH Coderpa
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général MSA CRAM DRASS (PRSP) Communautés de Communes, Communes, CCAS ARH Assurance maladie CNSA Caisses de retraite
Calendrier	2008
Évaluation	Comité de suivi du schéma

Objectif n°1.3 : Organiser le suivi du schéma gérontologique

Action 1.3.1. Mise en place d'un comité de suivi du schéma
Les orientations du schéma seront suivies afin d'en mesurer les étapes successives de réalisation, d'apprécier les obstacles et les nécessités d'orientation nouvelles à proposer.

Modalités techniques	Mettre en place un comité de suivi Organiser des réunions bi-annuelles selon calendrier
Pilote	Conseil Général : équipe technique départementale chargée d'animer la coordination
Partenaires techniques	Partenaires représentatifs des participants aux groupes de travail de préparation du schéma
Calendrier	Tout au long du schéma
Évaluation	Évaluation annuelle Production de C/R écrit

AXE 2- Ajuster les services aux besoins de la population âgée du Cantal

Les états chroniques invalidants nécessitent une prise en charge prenant en compte l'insertion de la personne dans son milieu de vie. La guérison n'étant plus un objectif, il convient d'envisager alors les meilleures conditions d'accueil au sein de son cadre de vie.
Il est nécessaire d'apporter des réponses dans la proximité du cadre de vie des personnes âgées. L'accessibilité repose à la fois sur une bonne répartition des services et des équipements, et sur le développement de l'information : les usagers doivent avoir une bonne connaissance de ce qui est mis à leur disposition.

Objectif n°2.1 : Répartir les places d'hébergement sur l'ensemble du territoire

Action 2.1.1. Suivre l'évolution des besoins en places d'hébergement
L'évolution de la population modifie l'approche des besoins en places d'hébergement.
La connaissance des besoins s'appuie sur les demandes qui sont adressées aux établissements. Ces demandes se faisant de manière très différenciée, il convient de savoir les évaluer à leur véritable niveau.
La réactivation de GERINFO à travers un mode d'accès plus facile (Internet à la place du Minitel) permettra de dresser une photographie précise des demandes ; les propositions d'extension ou de création se réfèreront à ces données.

Modalités techniques	Organiser le système statistique pour constituer des tableaux de bord Développer GERINFO.
Pilote	Conseil Général (en lien avec le PRIAC)
Partenaires techniques	DDASS, établissements
Calendrier	2008
Evaluation	Qualité du suivi des informations envoyées au serveur

Action 2.1.2. Programmer le nombre de places à créer et les répartir sur le territoire

Le nombre de places à programmer dépend de perspectives démographiques (évolution de la population âgée), mais aussi des attitudes des personnes, en fonction de l'offre de service présente sur le territoire. En effet, on peut estimer que le développement des services ambulatoires peut différer la demande d'entrée en établissement d'hébergement, de même que la mise à disposition de formules d'hébergement temporaire permettant un véritable répit pour les aidants naturels peut jouer un rôle non négligeable. A ces éléments, il faut ajouter le phénomène de la dépendance qui apparaît de plus en plus tardivement dans la vie des individus.

Les données de l'évolution démographique sont les suivantes :

	2000 *Pop 75 ans et +*	2005 *Pop 75 ans et +*	2010 *Pop 75 ans et +*	Évolution 2005 2010 *Pop 75 ans et +*	Fin 2012 *Pop 75 ans et +*	Évolution 2005 2012
Aurillac	7 789	9 196	10 159	11,1%	10 474	13,9%
Mauriac	3 446	4 045	4 332	7,1%	4 462	10,3%
St Flour	4 464	5 058	5 279	4,3%	5 356	5,9%
Cantal	15 709	18 299	19 770	8,0%	20 312	11,0%

L'évolution de la population montre une forte augmentation des tranches d'âge élevées. Cela se poursuivra bien au-delà de 2020.
Les places actuelles qui leur sont proposées et les projets ayant satisfait aux procédures de création et d'extension à la date d'élaboration du schéma se répartissent ainsi :

	Nombre de personnes âgées 75 ans et + 2005	Nombre de places fin 2005	Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et + 2005	Nombre de places susceptibles d'être installées en 2010 compte tenu des projets actuellement validés	Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et + (projection 2010)
Aurillac	9 196	1 390	151,2	1 713	168,6
Mauriac	4 045	585	144,6	632	146
St Flour	5 058	901	178,1	922	174,7
Cantal	18 299	2 876	157,8	3 267	165,25

Sur la période initiale du précédent schéma 1997-2001 on avait estimé que les besoins des personnes âgées dépendantes justifiaient la création de 300 à 400 places d'accompagnement supplémentaires. Les réalisations ont été conformes à cet objectif puisque, début 2002, 2 841 places étaient autorisées, à comparer aux 2 505 places autorisées en 1996 : +336 places et +371 places si l'on prend la situation au 1er janvier 2006.
Sur la période de prorogation de ce schéma, les nouveaux projets ayant reçu un avis favorable du CROSMS ou les extensions non importantes, en cours de réalisation ou en « liste d'attente » représentent 391 places supplémentaires et devraient dans les 4 ans à venir porter la capacité totale à 3 267 places.
La mise en fonctionnement de ces places aura un impact important sur les budgets de l'assurance maladie et de la collectivité départementale (APA et aide sociale).
Sachant qu'il n'est pas possible d'établir une prospective « définitive » combinant les paramètres évoqués en introduction à cette fiche-action, nous proposons de prendre comme hypothèse et comme objectif raisonnables le maintien du taux d'équipement 2010 (165,25‰) ce qui, aux regard des évolutions démographiques, donnerait pour 2012 un besoin théorique de places de 3 360 places, soit une centaine de places supplémentaires. L'évaluation annuelle des demandes permettra de faire le point sur les besoins quantitatifs de places en les référant à leur implantation territoriale. Les promoteurs de structure (à créer ou à développer) devront s'appuyer sur ces données.

Modalités techniques	S'appuyer sur les données de GERINFO. Assurer un suivi des réalisations Prévoir le financement de ces places supplémentaires dont le coût annuel net, pour le Conseil Général, s'élèvera à : - *aide sociale à l'hébergement :*425 000 € par an (= dépense nette quand toutes ces places seront installées). *dépendance (APA) :*1 210 000 € par an (= dépense nette quand toutes ces places seront installées).
Pilote	Conseil Général et DDASS
Partenaires techniques	DDASS. Maison de l'autonomie Communes et Communauté de Communes
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général (tarification), DDASS (tarification), CRAM, caisses de retraite
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Évaluation annuelle tout au long du schéma par le comité de suivi sur la base des listes d'attente ; Faire un bilan d'étape en 2010 pour apprécier l'ajustement des places aux besoins.

Objectif n°2.2 : Développer les moyens des SSIAD

Acteurs nécessaires du maintien à domicile, les SSIAD assurent auprès des personnes âgées les soins infirmiers et d'hygiène générale. Ils ont pour mission, par leur organisation, de prévenir, différer ou éviter l'accueil en établissement.

Action 2.2.1 Ajuster les moyens des SSIAD pour couvrir les territoires

La création de SSIAD permettant d'atteindre la couverture de l'ensemble du territoire est acquise. Il convient maintenant que les derniers ayant reçu l'approbation du CROSMS soient dotés des moyens qui leur sont nécessaires pour assurer leur mission.

L'observation du fonctionnement des SSIAD a permis de constater que leur zone d'intervention ne correspondait pas au territoire qui leur était attribué. La pratique observée est de concentrer les interventions au canton sur lequel le SSIAD est implanté, ce qui peut s'expliquer par des particularités géographiques. On note également des difficultés de certains SSIAD à prendre en charge des personnes lourdement handicapées, nécessitant des soins importants.

L'extension de l'activité du SSIAD passe par une extension des moyens. Il convient de prendre en compte les particularismes sociogéographiques de notre département et les orientations de la circulaire du 6 avril 2007 qui définit les moyens sur lesquels on peut s'appuyer.

Modalités techniques	Mettre en place les SSIAD ayant reçu un avis favorable du CROSMS Donner les moyens financiers pour l'ouverture et le fonctionnement du SSIAD
Pilote	DDASS
Partenaires techniques	Conseil Général CRAM
Partenaires financiers pressentis	CNSA dans le cadre du PRIAC
Calendrier	2008
Évaluation	Effectivité de la création des structures et/ou des places

Objectif n°2.3 : Maintenir l'organisation du portage de repas à domicile

Action 2.3.1. Définir un cahier des charges du portage de repas à domicile

Le groupe de travail sur le maintien à domicile a souligné l'importance du portage de repas pour permettre un réel soutien à domicile. Il convient d'offrir une palette de projets en fonction des territoires, des possibilités d'intervention et de se fixer comme objectif la couverture totale du département.

Les difficultés rencontrées pour la mise en place de ce service reposent d'une part sur la question de l'adaptation des menus proposés aux pratiques alimentaires des personnes âgées et d'autre part sur le renchérissement du coût du repas (obstacle à son utilisation) en raison des frais de transport.

Modalités techniques	Contenu du cahier des charges : qualité du produit, coût du transport, mode de distribution (liaison froide/chaude) Déterminer la nature et les modalités d'intervention des différents financeurs. Dans cette attente les conditions actuelles de la participation financière du département sont maintenues tant pour l'aide au démarrage que pour l'aide dégressive au soutien à l'emploi définie par délibération de la Commission Permanente du Conseil Général du 29/09/2006.
Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	Organismes gestionnaires de portage de repas ; CODERPA DDASS : service santé et environnement Direction des services vétérinaires,
Partenaires financiers pressentis	CNSA Conseil Général Structures intercommunales CCAS Conseil Régional
Calendrier	2008
Évaluation	Bilan des services de portage de repas à domicile Maillage territorial

AXE 3 - Accroître la qualité des réponses proposées par les établissements

La qualité, dans les établissements, repose sur les moyens dont ils disposent, mais aussi sur la façon dont ils prennent en compte les besoins et les attentes des usagers.

Objectif n°3.1 : Promouvoir la participation des usagers, lutter contre la maltraitance.

La loi du 2 janvier 2002 fait obligation aux institutions médico-sociales de développer l'expression et la participation des usagers.

La définition des droits fondamentaux intègre l'association de la personne, de son entourage et de sa famille à la conception et la mise en œuvre du projet avec :

- Un respect de la ***dignité***, l'***intégrité***, la ***vie privée***, l'***intimité*** et la ***sécurité*** de la personne ;
- Le libre choix entre les prestations : domicile ou établissement ;
- Un accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d'un consentement éclairé ;
- La confidentialité des données concernant l'usager ;
- Une information sur les droits fondamentaux et voies de recours ;
- Une participation ***directe au projet*** d'accueil et d'accompagnement concernant la personne accueillie ou accompagnée.

Ceci repose sur :

- Une référence à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie ou accompagnée ;
- La désignation d'une « personne qualifiée » ;
- La mise en place d'un conseil de la vie sociale (dans les établissements) ou d'autres formes de participation dans les services ;
- L'élaboration d'un livret d'accueil ;
- La finalisation d'un règlement de fonctionnement ;
- L'établissement d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ;
- La formalisation d'un projet d'établissement ou service.

La lutte contre la maltraitance passe par la mise en place d'un ensemble de moyens permettant d'améliorer la prise en charge des personnes, leur expression et la qualité des services. Mais la lutte contre la maltraitance passe aussi par des programmes d'action dont le plan formalisé le 25 mai 2007 par le ministère des affaires sociales pour un « développement d'une culture de la bientraitance », et le « renforcement de la lutte contre la maltraitance » comprenant 10 mesures phares.

Action 3.1.1. Accompagner les établissements dans la mise en place des orientations de la loi du 2 janvier 2002, et de la lutte contre la maltraitance

Pour mettre en place les éléments de cette loi et pour les faire vivre, puisqu'ils sont théoriquement déterminés lors de la signature de la convention tripartite, les usagers doivent pouvoir être plus à même de suivre la réalisation de ces orientations.

Le CODERPA regroupant les associations d'usagers sera chargé d'accompagner les établissements et services dans la mise en place des orientations de la loi, et de suivre les mesures visant une meilleure lutte contre la maltraitance.

Modalités techniques	Animer le réseau des directeurs d'établissements et de services (formation, conseil technique…)
Pilote	CODERPA
Partenaires techniques	Equipe technique départementale DDASS
Partenaires financiers pressentis	DDASS Conseil Général
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Rapport annuel d'activité

Objectif n°3.2 : Adapter les établissements à l'évolution des attentes des résidents et de leurs familles

Action 3.2.1. Poursuivre les avancées des conventions tripartites

La signature d'une convention tripartite concerne la quasi totalité des établissements du département. Cette démarche a permis d'améliorer la prise en charge en amenant les établissements à davantage formaliser la conception de leur action, et en leur permettant d'ajuster les besoins en personnel.

L'objectif de l'accueil est d'offrir à la personne la possibilité de reconstruire un « chez soi » lorsqu'elle est obligée d'abandonner son logement. La taille de l'établissement et son organisation concourent à favoriser cette adaptation dans la mesure où elles offrent les moyens de se reconnaître dans un réseau de relations.

Un personnel en nombre et qualifié est obligatoire pour assurer la qualité de cette prise en charge.

Modalités techniques	Conserver des établissements à taille humaine tout en prenant en compte les nécessités de la gestion Rechercher une corrélation entre GMP / besoins en soins / moyens en personnels des établissements. -Conclure une convention tripartite avec les 3 établissements qui ne l'ont pas encore signée. -Poursuivre l'évaluation et le renouvellement des conventions des 36 EHPAD ayant déjà signé ce document. L'incidence cumulée des moyens nouveaux qui seront ainsi mis à disposition de ces établissements peut être estimée à 1,5 millions d'euros sur la durée du schéma au titre des dotations globales APA qui leur sont versées par le Conseil Général. Un effort du même ordre devrait être assumé par l'assurance maladie.
Pilote	Conseil général DDASS
Partenaires techniques	établissements DDASS Médecins coordonnateurs
Partenaires financiers pressentis	Conseil général (tarification) DDASS (tarification pour l'assurance maladie)
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Comité de suivi du schéma

Action 3.2.2. Poursuivre l'adaptation architecturale des établissements à la dépendance et aux normes de sécurité

Les exigences des résidents et de leur famille ainsi que les conceptions de l'accompagnement évoluent. Il est important que, au fur et à mesure, les établissements offrent un cadre architectural de plus en plus adapté. (Cf. les préconisations de la circulaire budgétaire du 6 avril 2007).

Modalités techniques	*Travaux éligibles :* -travaux de restructuration ou de reconstruction visant à adapter les établissements à la grande dépendance et à améliorer la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie ; -travaux relatifs à l'évolution des normes de sécurité et d'hygiène ; -équipements mobiliers destinés à améliorer la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie. *Sont exclus de ces aides :* -les extensions de capacité et les établissements nouveaux ; - les travaux d'entretien courants ou relevant des obligations du propriétaire et du gestionnaire ; - les études . *Bénéficiaires* : -établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, relevant d'un des statuts suivants : -établissement public autonome à caractère administratif, -centre communal d'action sociale, -association. *Modalités d'intervention financière du département* : -Travaux : 30 % du coût dans la limite d'une dépense subventionnable plafonnée à 45 700 € par lit (TTC ou hors taxes si l'établissement est éligible au fonds de compensation de la TVA). Les subventions accordées après le 1er janvier 2008 peuvent se cumuler sur une période de 10 ans, dans la limite du montant résultant du plafond de la dépense subventionnable. -Équipements mobiliers : 40 % du coût plafonné à 3 800 € par lit (TTC ou hors taxes si l'établissement est éligible au fonds de compensation de la TVA). Les subventions accordées après le 1er janvier 2008 peuvent se cumuler sur une période de 10 ans, dans la limite du montant résultant du plafond de la dépense subventionnable. *Enveloppe* : L'enveloppe budgétaire consacrée par le département à ce type d'aides entre 2002 et 2006 a été de 2,5 M d'€. Afin d'améliorer significativement les conditions financières de l'investissement des EHPAD, en réduisant ses effets sur le reste du à la charge des résidents, le département augmentera sensiblement sa participation en fixant une enveloppe globale d'autorisations de programme (AP) destinée à ces aides de 5M d'€ pour la période 2008-2012, dans la limite d'un montant annuel d'AP de 1 000 000 € (équivalent au montant théorique d'une subvention pour 72 lits).

Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	DDASS Directeurs d'établissement
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général CNSA DDASS (PRIAC) CRAM MSA Caisses de retraite
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Comité de suivi du schéma

Objectif n°3.3 : Améliorer la prise en compte des besoins des personnes souffrant de détérioration intellectuelle.

La détérioration des fonctions intellectuelles apparaît comme l'enjeu primordial de la prise en charge des personnes âgées. Cette détérioration est en constante croissance en raison de l'allongement de l'espérance de vie. Cette dépendance psychique nécessite pour les établissements une adaptation tant dans les modes de prise en charge que dans leur organisation.

Action 3.3.1. Améliorer la pertinence des orientations par un diagnostic précoce

Afin d'adapter une démarche permettant de reculer les manifestations des pertes provoquées par cette détérioration, la connaissance du diagnostic le plus précocement possible est importante.

Modalités techniques	Développer les consultations mémoire « avancées » dans les hôpitaux locaux
Pilote	DDASS
Partenaires techniques	Hôpital
Partenaires financiers pressentis	Plan santé mentale DRASS (PRSP)
Calendrier	2008
Évaluation	Évolution du taux de fréquentation des consultations mémoire

Action 3.3.2. Mieux prendre en compte la détérioration intellectuelle pour les orientations au moment des admissions en établissement et dans le cadre des demandes APA

Les établissements devant s'adapter aux besoins de la population qu'elle accueille, il est nécessaire qu'ils soient plus précocement informés des risques ou de la réalité de cette détérioration.

A domicile les malades requièrent une attention de tous les instants que ne traduit pas forcément le score obtenu dans le cadre de l'évaluation de la dépendance (grille A.G.G.I.R.). Lorsque la maladie est avérée l'APA doit soutenir plus efficacement les personnes âgées et leurs familles.

Modalités techniques	Introduire à l'occasion des demandes APA un document de sensibilisation pour les médecins généralistes Etudier la possibilité de déplafonner l'APA pour les GIR 2 concernés Inciter les établissements à travers les conventions tripartites, et leur renouvellement, à développer une meilleure connaissance du diagnostic à l'entrée en établissement
Pilote	Équipe technique départementale
Partenaires techniques	DDASS ; Hôpital ; EMS ; CLIC Association France Alzheimer DRASS (PRSP)
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général
Calendrier	2008
Évaluation	Document élaboré ; comité de suivi du schéma

Action 3.3.3. Développer le suivi individuel des personnes atteintes de détérioration des fonctions intellectuelles

La coordination de l'action autour de la personne est d'autant plus importante que celle-ci n'a pas les moyens par elle-même pour apprécier l'accompagnement qui lui est proposé.

La désignation d'un tiers assurant le lien entre tous les intervenants et envers la famille permettrait d'assurer un suivi cohérent et personnalisé.

Modalités techniques	Mettre en place un référent professionnel pour chaque personne atteinte de déficience intellectuelle
Pilote	Conseil général Équipe technique départementale
Partenaires techniques	DDASS Maisons de l'autonomie Médecins généralistes Médecins coordonnateurs Directeurs d'établissement Association France –Alzheimer
Partenaires financiers pressentis	DRASS (PRSP)
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Nombre de référents nommés

Action 3.3.4. Favoriser la coopération entre aide à domicile et hébergement : développer l'emploi partagé pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle

La détérioration des fonctions intellectuelles pose un défi à l'organisation habituelle de la prise en charge.

Il conviendrait devant cette nécessité de rechercher à imaginer des modes de fonctionnement novateurs en dépassant les cadres habituels des établissements et des services de maintien à domicile. Cela peut s'appliquer dans l'embauche, la formation et l'organisation d'un accueil varié. Le groupe de travail a estimé que cela représentait une perspective à prospecter.

Modalités techniques	Développer à titre expérimental sur un territoire une plate forme multiservices associant établissements et services de maintien à domicile : appel d'offre pour une coopération sur un territoire, pour des patients atteints de détérioration intellectuelle (Cf. orientations transversales Action 3.1.4.))
Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	DDASS (PRIAC) CRAM MSA Maisons de l'autonomie
Partenaires financiers pressentis	DDASS CNSA Conseil Général (tarification) Caisses de retraite Fondations DRASS (PRSP)
Calendrier	2009
Évaluation	Comité d'évaluation spécifique avec équipe technique départementale

Action 3.3.5. Poursuivre l'effort engagé dans la prise en charge des détériorations intellectuelles, et donner aux établissements les conditions d'un fonctionnement adapté

La prise en charge des personnes atteintes de détérioration des fonctions intellectuelles fait l'objet de projets spécifiques dans certains établissements. L'existence de ces unités spécifiques ne peut se limiter à la détermination d'un cadre matériel et architectural.

Ces unités doivent formaliser leur conception de l'accueil qu'elles proposent afin d'estimer les moyens, en particulier en personnel, pour le réaliser.

Ce personnel doit être dédié, stable, et en nombre suffisant pour apporter aux personnes accueillies l'accompagnement nécessaire.

Modalités techniques	Recenser les unités existantes ou en projet Élaborer un cahier des charges
Pilote	Conseil Général et DDASS
Partenaires techniques	DDASS Conseil Général Gestionnaires d'établissement
Partenaires financiers pressentis	DDASS (PRIAC) Conseil Général (tarification)
Calendrier	2009
Évaluation	Document du cahier des charges

AXE 4 - Renforcer et diversifier l'accompagnement à domicile des personnes âgées

Rester à son domicile représente le plus fort désir des personnes. Cette vie à domicile nécessite, quand le handicap survient, un accompagnement et des moyens spécifiques afin que les personnes aient à domicile la qualité de service qu'elles souhaitent.

Objectif n°4.1 : Développer une prise en charge de qualité des personnes âgées à domicile par la formation des intervenants

Action 4.1.1. Soutenir la formation des intervenants

La qualité de l'accompagnement repose essentiellement sur la dimension relationnelle et technique des intervenants. Celle-ci doit être renforcée.

Modalités techniques	Soutenir la formation des intervenants à domicile CF. orientations transversales axe 1
Pilote	Équipe technique départementale
Partenaires techniques	Centres de formation ; Associations d'aide à domicile (employeurs) DRASS
Partenaires financiers pressentis	DDTEFP OPCA Conseil Régional CNSA (section IV)
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Bilan annuel des établissements et services mentionnant le nombre de formations organisées et le nombre de personnes formées

Objectif n°4.2 : Favoriser l'intégration sociale des personnes âgées
Une des difficultés auxquelles la vieillesse confronte la personne est la diminution de ses capacités relationnelles ce qui la place devant un risque d'isolement. L'isolement diminue les possibilités de stimulation et peut entraîner un glissement vers la dépendance.

Action 4.2.1. Développer la « prise de repas partagée » avec l'aide à domicile
Le portage de repas ne répond pas à tous les besoins de la personne. Prendre son repas seul n'est pas aussi stimulant que s'il est partagé dans la convivialité. Il pourrait être intéressant, dans certains cas et après évaluation, que l'aide à domicile ne se contente pas de préparer le repas mais puisse le partager avec la personne.

Modalités techniques	Intégrer dans le plan d'aide, financer des heures complémentaires.
Pilote	Associations d'aide à domicile
Partenaires techniques	EMS
Partenaires financiers pressentis	Conseil général CRAM CNSA MSA Caisses de retraite complémentaires
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Bilan d'activité des associations d'aide à domicile

Action 4.2.2. Soutenir les associations de retraités dans leur rôle de maintien du lien social
Les clubs et associations de retraités ont un rôle de lien social en raison de leur implantation et de leur connaissance des conditions de vie de nombreuses personnes âgées. Leur action auprès des personnes âgées complète les interventions professionnelles en apportant une autre dimension relationnelle.

Modalités techniques	Former les bénévoles pour développer des actions complémentaires aux professionnels Développer une concertation avec les associations d'aide à domicile dans le cadre des conseils de la vie sociale
Pilote	CODERPA
Partenaires techniques	Fédérations et Associations de retraités Centres de formation Association d'aide à domicile (employeurs)
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général CRAM MSA DDJS
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Comité de suivi du schéma ; bilan annuel du CODERPA

Objectif n°4.3 : Poursuivre l'adaptation des logements aux déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles des personnes âgées

Le maintien à domicile est fortement favorisé par la qualité du logement. La poursuite des actions dans le cadre de l'amélioration de l'habitat est nécessaire.

Action 4.3.1. Maintenir l'effort engagé pour l'adaptation des logements aux déficiences et accroître la sensibilisation

Les techniciens du logement sont des intermédiaires auprès des personnes pour les aider à apprécier et anticiper des besoins qu'ils ne soupçonnent pas toujours. Il convient que ces techniciens puissent être informés des possibilités d'adaptation afin de savoir les expliquer dans le cadre de leur intervention.

La sensibilisation des usagers doit être également entreprise. Une information précoce permet de réaliser des adaptations qui demandent du temps et provoquent des désagréments que l'on supporte plus difficilement lorsqu'on est face aux difficultés.

Modalités techniques	*Amélioration de l'habitat* : -poursuivre le soutien à l'amélioration de l'habitat apporté par le Conseil général en faisant appel au CAL PACT ARIM Cantal. Le Conseil Général consacre à cette action une enveloppe annuelle de 200 000 €. Le montant de l'aide est calculé en fonction des ressources de la personne et du coût des travaux. Elle est plafonnée à 1 200€ par logement ; ce plafond peut être doublé pour des travaux d'adaptation du logement aux handicaps. La priorité est donnée aux travaux destinés à adapter le logement aux handicaps et à la perte d'autonomie. *Dispositif de télé sécurité* : aide à la prise en charge des frais d'abonnement à un système de téléalarme pour les personnes âgées faisant appel à l'un des organismes avec lesquels le Conseil Général a passé convention : l'association Présence Verte ou les Centres Communaux d'Action Sociale d'Aurillac, d'Arpajon-sur-Cère et d'Ytrac. Le montant de l'aide est calculé en fonction des ressources de la personne et du coût de l'abonnement. La dépense prévisionnelle annuelle est de 65 000 € pour le Conseil Général. *Les conventions seront révisées afin de mieux ajuster ces aides extralégales aux prestations légales* -Se rapprocher des branches professionnelles (artisanat, bâtiment) pour développer des actions de sensibilisation, Informer les personnes âgées sur les possibilités d'adaptation.
Pilote	Conseil Général, DDE
Partenaires techniques	Pact-Arim Chambre des métiers Caisses de retraite
Partenaires financiers pressentis	DDE Conseil général DRASS (PRSP)
Calendrier	2008
Évaluation	Nombre d'actions réalisées : bilan d'activité du Pact-Arim

Objectif n°4.4 : Valoriser l'accueil familial pour les personnes âgées
L'accueil familial est peu répandu dans le département. Il offre une forme de prise en charge particulière pouvant répondre à des attentes de personnes désireuses de se retrouver dans un cadre plus restreint et familial.
L'agrément initial que donne le Conseil général fait l'objet d'un suivi.

Action 4.4.1. Développer la formation des familles d'accueil pour les personnes âgées
Afin de pouvoir prendre du recul par rapport à un face à face en continu avec les personnes âgées accueillies, les familles qui réalisent cet accueil familial seront soutenues par de la formation.

Modalités techniques	cf. Orientations transversales Axe 1
Pilote	Conseil général
Partenaires techniques	Centres de formation Conseil Général
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général CNSA (section V)
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Comptes rendus de formation

Action 4.4.2. Soutenir les familles qui accueillent des personnes âgées présentant des troubles du comportement
Les familles d'accueil qui reçoivent des personnes présentant des troubles du comportement rencontrent des difficultés certaines. Un accompagnement par des personnels spécialisés - comme par exemple, les services de psychiatrie - constitue une piste de travail.

Modalités techniques	Développer l'accompagnement des familles par des équipes spécialisées, en relation avec le référent
Pilote	Equipe technique départementale
Partenaires techniques	Secteur hospitalier (psychiatrie)
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général ARH – plan de santé mentale
Calendrier	2008-2012
Evaluation	Nombre d'interventions réalisées

Objectif n°4.5 : Développer l'aide aux aidants

Une grande partie de l'accompagnement des personnes âgées est réalisée par les familles. Celles-ci doivent trouver autour d'elles des moyens pour faire face aux difficultés et être soutenues dans leur démarche. Plusieurs moyens seront développés comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire.

Action 4.5.1. Répartir des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour dans les établissements

Pour être facilement reconnues et plus aisément utilisées, les places d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour doivent être proches des personnes et donc réparties sur l'ensemble du territoire. Cela veut dire aussi, comme l'a souligné le groupe de travail, que la démarche dite « temporaire » soit réelle et non se réduire à une simple transposition de celle de l'hébergement permanent.

Les débats ont permis de rappeler l'étendue des problématiques pour lesquels l'hébergement temporaire peut constituer une réponse de qualité. Sont à cet égard évoquées :

- les possibilités de répit ou de suppléance aux difficultés d'une famille,
- les possibilités de transition entre l'hôpital et le domicile,
- les possibilités d'accueil saisonnier,
- les possibilités d'accueil de nuit.

Ces différents objectifs exigent que la disponibilité de places soit effective. Une offre structurée d'hébergement temporaire ne peut pas reposer sur une disponibilité aléatoire. Il faut que les places *ad hoc* soient clairement identifiées et qu'elles apparaissent de façon spécifique dans les autorisations, mais aussi dans le projet de l'établissement. Il en est de même pour l'accueil de jour.

Ces propositions, encore peu développées dans le département, seront encouragées.

Modalités techniques	Définir des règles de fonctionnement de l'hébergement temporaire pour le distinguer de l'accueil permanent. Définir l'accueil de jour comme démarche spécifique au sein des établissements. Aider au financement des travaux d'aménagement de locaux destinés à l'accueil de personnes âgées dépendantes pendant la journée ainsi qu'au financement de l'équipement mobilier de ces locaux selon les modalités suivantes : -*Travaux* : 40 % du coût dans la limite d'une dépense subventionnable plafonnée à 16 000 € par place (TTC ou HT si le promoteur est éligible au fonds de compensation de la TVA). -*Équipement mobilier* : 40 % du coût dans la limite d'une dépense subventionnable plafonnée à 1 900 € par place (TTC ou HT si le promoteur est éligible au fonds de compensation de la TVA). La subvention acquise à l'un de ces titres ne peut être renouvelée avant un délai de 5 ans à compter de la date d'attribution. -*Bénéficiaires* : -Établissements publics autonomes ; -Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S.) ; -Collectivités locales ou leur groupement ; -Associations.

	-*Enveloppe* : le Conseil Général prévoit pour sa participation une enveloppe globale d'autorisations de programme (AP) de 550 000 € pour la période 2008-2012, dans la limite d'un montant annuel d'AP de 110 000 € (équivalent au montant théorique d'une subvention pour 15 places).
Pilote	Conseil Général et DDASS
Partenaires techniques	Équipe technique départementale ; DDASS
Partenaires financiers pressentis	Conseil général DDASS CNSA (PRIAC) DRASS (PRSP)
Calendrier	2009
Évaluation	Nombre de places créées et nombre de personnes accueillies, et devenir des personnes après la sortie

Action 4.5.2. Répartir des places d'accueil de jour spécialisé dans chaque arrondissement
L'accueil de jour doit avoir une dimension plus spécifique qu'un soutien aux familles lorsque les personnes sont atteintes de détérioration des fonctions intellectuelles. Ceci suppose la constitution d'un projet particulier porté par une équipe spécialisée.
Un appel à des promoteurs pour le mettre en œuvre dans chaque arrondissement permettra de concrétiser cet objectif.

Modalités techniques	-Établir un cahier des charges de cet accueil de jour spécifique -Aider au financement des travaux d'aménagement de locaux destinés à l'accueil de personnes âgées dépendantes pendant la journée ainsi qu'au financement de l'équipement mobilier de ces locaux selon les modalités décrites pour l'action 4.5.1, ci-dessus et sur la même enveloppe budgétaire d'AP.
Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	Équipe technique départementale ; DDASS
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général DDASS CNSA (PRIAC) DRASS (PRSP)
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Nombre de places créées et nombre de personnes accueillies

Action 4.5.3. Soutenir les familles par des lieux de rencontres et d'échanges
C'est une des fonctions de l'animation collective de la coordination. Cela se fera en lien avec les programmes d'action des caisses de retraite.

Modalités techniques	Actions collectives
Pilote	Maisons de l'autonomie
Partenaires techniques	CLIC CRAM Caisses de retraite complémentaires
Partenaires financiers pressentis	Caisses de retraite Conseil Général
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Comptes rendus des Maisons de l'autonomie

Action 4.5.4. Actions d'aide aux aidants : projet UDAF

L'Union Départementale des Associations Familiales du Cantal développe un projet pour la mise en place d'une action départementale d'accompagnement et de formation pour les aidants des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées.

Les instruments nécessaires à la suppléance de l'aidant, au répit, à l'accueil temporaire, à la gestion des crises étant pleinement traités dans le cadre des schémas départementaux, le projet vise la prise en compte de l'aidant lui-même au travers de trois dimensions : la sensibilisation - l'écoute ; l'information collective thématique ; la formation.

Modalités techniques	Recrutement d'un chargé de mission pour développer trois dimensions d'intervention : - la sensibilisation de l'aidant aux formes de prise en charge, - l'information collective thématique, - Des actions de formation et d'écoute
Pilote	UDAF
Partenaires techniques	Conseil Général Caisses de retraite Services médico-sociaux (aide à domicile)
Partenaires financiers pressentis	CNSA (section V) Conseil Général CRAM MSA Caisses de retraite
Calendrier	2008-2009
Évaluation	Compte rendu de l'UDAF

AXE 5 - Poursuivre l'innovation pour répondre aux besoins des personnes âgées

L'innovation représente un élargissement de concepts pris dans de nouvelles formes de réalisation. Il en est ainsi de la notion d'accueil temporaire lorsqu'elle repose sur la valorisation de différentes formes d'accompagnement au-delà de la seule alternative domicile / hébergement.

Objectif n°5.1 : développer des formules alternatives à l'hébergement

Action 5.1.1. Développer l'accueil temporaire au sein des familles d'accueil

L'agrément comportera la possibilité pour la famille d'accueil d'être reconnue pour réaliser de l'accueil temporaire (accueil de jour ou hébergement temporaire). Cette modalité permettra plus de souplesse dans la mise en place de formules différenciées d'accueil.

Les familles d'accueil pourront envisager des périodes de répit ou de moins grande activité afin d'atténuer la charge de l'accompagnement.

Modalités techniques	Définir des règles de fonctionnement de cette forme d'accueil temporaire
Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	Équipe technique départementale ; DDASS
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général PRSP
Calendrier	2009
Évaluation	Nombre de places créées et nombre de personnes accueillies et suivies après l'hébergement.

Action 5.1.2. Expérimenter l'accueil de jour itinérant appuyé sur des établissements

Le groupe de travail sur le maintien à domicile a estimé que pour répondre aux difficultés de déplacement des personnes âgées, il convenait d'envisager une forme de réponse qui se porte au devant des personnes, au moins partiellement. Cette proposition prend en compte les conditions spécifiques, géographiques et climatiques, du Cantal.

L'accueil de jour itinérant répond à cet objectif dans la mesure où il multiplie les lieux de réalisation et fournit à diverses structures qui n'en ont pas les moyens une organisation et du personnel adapté.

Modalités techniques	Rédiger un cahier des charges et un appel à projet pour un promoteur comprenant : – la constitution d'un comité de pilotage et de suivi, – la composition d'une équipe, – la définition d'un circuit qui tienne compte de situations perçues par les SSIAD et les professionnels de santé, – les moyens techniques d'accueil nécessaires.
Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	Équipe technique départementale ; DDASS

Partenaires financiers pressentis	Conseil Général DDASS (PRIAC) PRSP CNSA
Calendrier	2009
Évaluation	Comité de suivi du schéma

Action 5.1.3. Formaliser le projet d'accompagnement des UVAF

L'observation des 4 sites a montré l'intérêt et les difficultés de l'expérience tant au niveau de l'infrastructure (adaptation des logements, plans de financement, équipement des logements) que du fonctionnement (statut des familles d'accueil, remplacement, tarifs). Ces questions doivent également intégrer les perspectives ouvertes par la loi sur du 5 mars 2007 qui modifie les conditions de rémunération des familles d'accueil.

Avant de poursuivre son développement, il importe également d'envisager une meilleure répartition des charges entre les différents financeurs potentiels.

Modalités techniques	Redéfinir l'engagement financier des collectivités territoriales déjà impliquées et solliciter les Communautés de Communes Modifier les conditions de logement des familles d'accueil en étudiant la possibilité d'instaurer un système de mise à disposition des logements Renforcer le dispositif de remplacement des accueillants et intensifier les rapprochements avec les établissements Revoir les modalités d'attribution de l'APA aux résidents des UVAF Uniformiser des pratiques par la formalisation d'un projet de vie pour les UVAF Revoir les contrats de travail et de séjour Conforter le soutien et la formation des familles d'accueil Déterminer les zones d'opportunité pour les projets Déterminer un cahier des charges architectural type
Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	Conseil Général ; Équipe technique départementale Cités Cantaliennes de l'Automne Bailleurs sociaux Communes et Communautés de Communes
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général PRSP Structures communales ou intercommunales
Calendrier	2008
Évaluation	Formalisation du projet ; suivi des réalisations

Objectif n°5.2 : Renforcer des innovations dans le domaine de l'aide à domicile

Action 5.2.1. Expérimenter la garde de nuit itinérante

La diversification de l'offre proposée aux personnes âgées se multiplie dans tous les départements. Les besoins des personnes âgées sont nombreux et les formes de réponses se diversifient.

La garde itinérante de nuit qui apporte sécurité, attention, aide aux personnes et aux familles est une solution à envisager dans la mesure où elle permet de mettre en place une aide plus facilement solvable qu'une présence assurée durant toute la nuit.

Deux projets sont à l'étude, portés par les deux associations d'aide à domicile.

Modalités techniques	Mise en œuvre du programme
Pilote	Conseil Général - DDASS
Partenaires techniques	Équipe technique départementale
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général CNSA Caisses de retraire DRASS (PRSP)
Calendrier	2009
Évaluation	Nombre de personnes servies

Action 5.2.2. Développer la substitution à domicile de l'aidant naturel par une aide professionnelle

Durant la journée, l'accueil de jour peut se développer dans le logement même de la personne âgée si celle-ci craint les effets d'un déplacement.

Il convient de concevoir dans le cadre du financement de l'APA les conditions d'une aide financière permettant une présence prolongée d'une aide à domicile pour se substituer à l'aidant naturel en cas de nécessité.

Modalités techniques	Définir et promouvoir les modalités techniques de l'action proposée (nombre d'heures et possibilités de cumuls en fonction des besoins prévisionnels)
Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	Associations d'aide à domicile
Partenaires financiers pressentis	Conseil général Caisses de retraire DRASS(PRSP)
Calendrier	2009
Évaluation	Élaboration du projet

2.3.2. Un domaine transversal aux schémas personnes handicapées et personnes âgées

Le contexte législatif et réglementaire (loi de rénovation sociale de 2002, loi handicap 2005 etc.…), l'évolution des publics, de leurs besoins et attentes, exige une adaptation des personnels et le développement des compétences des territoires. La formation apparaît comme une méthode d'intervention pertinente pour répondre aux exigences du secteur et assurer une prise en charge de qualité des publics accueillis ou suivis par les établissements et services.

Par ailleurs le département du Cantal est confronté à des problèmes de recrutement : les employeurs notent des difficultés à recruter et/ou à fixer des personnes qualifiées, a fortiori sur des postes à temps partiel. Ainsi des postes restent vacants, avec comme conséquence un déficit de qualité dans la réponse apportée, ou l'accroissement de délais d'attente.

AXE 1 - Agir sur la formation initiale et continue des personnels

Les besoins de formation se présentent différemment selon les territoires du Cantal. Ce département dispose de peu d'instituts de formation or, envoyer des salariés en formation à Clermont-Ferrand entraîne des surcoûts, et suppose une capacité de mobilité des salariés.
Par ailleurs, dans l'offre actuelle, on relève que certains dispositifs sont peu mobilisés, et on constate que le cloisonnement des institutions et des secteurs génère le cloisonnement des offres de formation.

Objectif 1.1.: Répondre aux besoins de formation des différents territoires

Les besoins de formation et de qualification ne sont pas identiques sur tous les territoires du Cantal : décliner les actions en s'appuyant sur les dispositifs existants apparaît comme une solution pragmatique et porteuse d'efficacité.

Action 1.1.1. Recenser les mesures et dispositifs pouvant soutenir le développement de la formation à l'échelle du département

Modalités techniques	Se rapprocher des organismes compétents, réunir des informations Réaliser une action de sensibilisation auprès des employeurs (journée d'information)
Pilote	DDTEFP
Partenaires techniques	Centres de formation OPCA Conseil Régional (schéma régional des formations) CARIF Gentiane
Partenaires financiers pressentis	-
Calendrier	2008-2012
Évaluation	Production d'un document rassemblant les informations pour les acteurs Organisation d'une journée d'information

Action 1.1.2. Planifier les besoins de formation initiale et continue

Modalités techniques	Participer aux travaux préparatoires à l'élaboration du schéma régional des formations sanitaires et sociales. Planifier les besoins de formations qualifiantes, à l'échelle des arrondissements. Analyser les besoins en formation continue, à l'échelle des territoires, en relation avec les évolutions législatives et réglementaires, avec les projets d'établissements et l'évolution des publics.
Pilote	DDTEFP avec les Maisons de l'autonomie
Partenaires techniques	DDTEFP Conseil Général Conseil Régional OREQ DDASS (CNSA) OPCA Servie public de l'emploi Centres de formation Employeurs COTEF
Calendrier	2008
Évaluation	Production d'un document de synthèse des actions menées par rapport aux besoins identifiés

Action 1.1.3. Optimiser l'utilisation des dispositifs de formation existants

Modalités techniques	Développer l'apprentissage pour les métiers du champ social et médico-social. Utiliser le dispositif VAE pour des personnes en emploi non qualifiées (domaine des services à la personne ; DE AMP)
Pilote	DDTEFP
Partenaires techniques	Branches professionnelles Employeurs OPCA CNFPT DDASS (VAE) DRASS ANFH CARIF Gentiane Centres de formation
Partenaires financiers pressentis	DRTEFP Conseil Régional (contrat d'objectifs et de moyens pour l'apprentissage)
Calendrier	Tout au long du schéma
Évaluation	Évaluation quantitative des actions réalisées en fin de schéma

Action 1.1.4. Concevoir et organiser des actions de formation continue

Le Conseil Général et la DDASS à partir de leurs connaissances respectives des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées, des interventions à domicile, doivent impulser une série d'actions de formation thématiques et définir des publics prioritaires.

Modalités techniques	Thèmes et publics de formation : *Familles d'accueil pour personnes âgées, personnel des UVAF, personnel des EHPAD à la dépendance lourde et à la maladie d'Alzheimer, prévention de la maltraitance* Concevoir un calendrier des actions Décloisonner et déconcentrer des formations sur des territoires en fonction de leurs besoins Organiser un pool de remplacement des professionnels en formation (*utiliser les regroupements d'employeurs préconisés dans l'axe 3*)
Pilote	Conseil Général avec les Maisons de l'autonomie
Partenaires techniques	OPCA CNFPT CNSA ANFH DDTEFP Centres de formation
Partenaires financiers pressentis	CNSA DDTEFP OPCA CNFPT ANFH Conseil Régional DRASS (PRSP)
Calendrier	Tout au long du schéma
Évaluation	Comité de suivi du schéma

AXE 2 – Faciliter le recrutement et le maintien des personnels dans le Cantal

Les employeurs constatent une pénurie de personnels dans 2 catégories : les professionnels médicaux et les personnels éducatifs. Devant ce constat, la VAE représente une solution intéressante pour qualifier des personnels en poste. Les contrats aidés représentent une autre piste.

Le secteur médico-social souffre de son image, avec pour conséquence que des jeunes se détournent des filières professionnelles de ce secteur. On relève parallèlement que des jeunes professionnels recrutés dans le Cantal n'y restent pas durablement.

Objectif N° 2.1. : Suivre l'évolution des besoins en personnel des établissements et services médico-sociaux

Action 2.1.1. Se doter d'outils d'observation

Modalités techniques	Accompagner les structures qui s'engagent dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
Pilote	Conseil Général et DDASS
Partenaires techniques	Employeurs DDTEFP DRASS(VAE) OREQ
Partenaires financiers pressentis	DRTEFP DDTEFP
Calendrier	Tout au long du schéma
Évaluation	Comité de suivi du schéma

Action 2.1.2. Améliorer l'image des métiers du secteur social et médico-social

Modalités techniques	Développer des actions de communication en lien avec les centres de formation Faire participer les centres de formation aux forums locaux, départementaux et régionaux d'orientation des lycéens et étudiants Dans le cadre des formations en alternance, accroître les stages dans le Cantal Créer des bourses de stage
Pilote	Groupe de directeurs
Partenaires techniques	Conseil Général Éducation nationale Centres de formation Employeurs OREQ
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général CNSA
Calendrier	Tout au long du schéma
Évaluation	Analyse des recrutements à l'issue du schéma

Action 2.1.3. Attirer des jeunes professionnels

Modalités techniques	Étudier l'intérêt pour des étudiants de formations rémunérées visant les métiers du secteur sanitaire, social et médico-social (bourses d'études dans les filières présentant des difficultés de recrutement) Articuler cette action avec les orientations du Schéma régional de formation
Pilote	Conseil Général
Partenaires techniques	DRASS MRS Centres de formation Organisations professionnelles
Partenaires financiers	Conseil Général DDASS (tarification)

pressentis	Conseil Régional
Calendrier	Programmation sur les 5 années du schéma
Évaluation	Évaluation du schéma (2012)

Action 2.1.4. Développer une action territorialisée de formation en direction d'une branche professionnelle

Modalités techniques	Choisir un territoire et une branche professionnelle S'inscrire dans le dispositif EDEC (engagement de développement des compétences)
Pilote	DDTEFP et DRTEFP
Partenaires techniques	Conseil Général avec les Maisons de l'autonomie Conseil Régional Branche professionnelle OPCA ANFH CNFPT
Partenaires financiers pressentis	OPCA ANFH CNFPT DDTEFP PRSP
Calendrier	2008
Évaluation	Compte-rendu de l'action

AXE 3 - Rassembler les moyens et regrouper les efforts

On constate dans le Cantal l'existence de relations informelles entre les professionnels, les responsables de structures, mais peu de partenariat formalisé.
La faible densité de population a pour corollaire un certain niveau d'équipement et une répartition géographique qui pose divers problèmes. Une solution réside en partie par des rapprochements entre les structures, des regroupements, des mutualisations de moyens et de réponses.

Objectif N° 3.1 : Promouvoir des solutions transversales aux problèmes de formation et d'emploi du secteur médico-social

Action 3.1.1. Favoriser le regroupement de directeurs du secteur médico-social

Modalités techniques	A étudier
Pilote	Co-pilotage de directeurs volontaires
Partenaires techniques	Organisations professionnelles, association des directeurs d'ESAT et entreprises adaptés, FNADEPA etc.
Calendrier	2008
Evaluation	Structuration du groupement

Action 3.1.2. Soutenir un projet innovant de rapprochement entre employeurs pour le recrutement de personnel qualifié

Modalités techniques	Créer un ou plusieurs groupements ou des système(s) de coopération entre employeurs des secteurs de l'enfance et des

	adultes handicapés et des personnes âgées. Assurer la promotion de ce dispositif auprès des centres de formation.
Pilote	Les employeurs
Partenaires techniques	Conseil Général - DDASS DDTEFP
Partenaires financiers pressentis	Conseil Général - DDASS (tarification) DDTEFP
Calendrier	2009
Évaluation	Réalisation d'un projet de regroupement

Action 3.1.3. Elaborer des actions de formation mutualisées en mixant les personnels des établissements et services

Modalités techniques	Faire se rencontrer les organismes collecteurs des fonds formation et les opérateurs de formation
Pilote	DDTEFP avec équipe technique départementale
Partenaires techniques	OPCA ANFH CNFPT Conseil Général Conseil Régional Employeurs
Partenaires financiers pressentis	OPCA ANFH CNFPT Conseil Général - DDASS (tarification) Conseil Régional
Calendrier	Tout au long du schéma
Évaluation	Bilan des actions de formation menées

Action 3.1.4. Développer la mise à disposition de compétences par la mutualisation de services

Modalités techniques	S'inspirer du modèle AVIHE
Pilote	
Partenaires techniques	Employeurs Conseil Général DDASS
Partenaires financiers	Conseil Général DDASS (tarification)

pressentis	
Calendrier	Tout au long du schéma
Évaluation	Suivi du schéma