



Les politiques sociales et médico-sociales
en faveur des personnes âgées
dans les schémas départementaux et le schéma régional
d'organisation médico-sociale
de Midi-Pyrénées

Juillet 2013

Sommaire

<i>Contexte et objectifs</i>	4
1. <u>Aspects méthodologiques</u>	6
1.1 - Période de couverture du schéma	6
1.2 - Pilotes de la démarche et Comité de pilotage	7
1.3 - Accompagnement de la démarche par un prestataire extérieur	7
1.4 - Partenaires associés à la démarche et à la concertation	8
1.5 - Bilan du précédent schéma, période couverte	9
1.6 - Dimension territoriale	10
1.7 - Etat des lieux : valorisation de données préexistantes et investigations/études réalisées	11
1.8 - Concertation/groupes thématiques (thèmes retenus)	12
1.9 - Réalisation de fiches-actions (forme de ces fiches / indicateurs y figurant)	13
1.10 - Articulations retenues (Schémas et Plans)	14
1.11 - Méthode de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma	14
1.12 - Architecture du document	15
1.13 - Modalités de diffusion du Schéma	16
2. <u>Cadre politique</u>	17
2.1 - Valeurs et principes d'actions	17
2.2 - Orientations stratégiques	18
2.2.1 - Favoriser le choix de vie à domicile	18
2.2.2 - Développer, diversifier et adapter le dispositif en fonction des besoins des personnes	19
2.2.3 - Veiller à la qualité des interventions et à la professionnalisation	20
2.2.4 - Renforcer la coordination des acteurs	20
2.2.5 - Promouvoir la citoyenneté des personnes âgées	21
2.2.6 - Animer et piloter la politique départementale	21

3. <u>Actions et propositions retenues, fiches-actions</u>	22
3.1 Actions de prévention	23
3.2 Accès à la vie citoyenne, lutte contre l'isolement et la solitude	24
3.3 Adaptation de l'habitat	25
3.4 L'accompagnement à domicile	26
3.5 Diversités des modes d'accueil	27
3.6 Prise en compte de publics spécifiques : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes...	28
3.7 Accessibilité financière	30
3.8 Accès aux soins	31
3.9 Qualité des accompagnements (à domicile et en établissements)	32
3.10 Amélioration de la formation des professionnels/fidélisation	33
3.11 Répartition équitable des équipements sur le territoire, réduction des disparités territoriales	34
3.12 Organisation de la continuité, logique de parcours (partenariat, mutualisation, réseau)	35
3.13 Interventions auprès des familles et aidants non professionnels : Information, formation, accompagnement (dont formules de répit)	36
3.14 Observation du secteur, diffusion d'information, animation	37
4 <u>Éléments financiers</u>	38
<i>Glossaire</i>	39

Contexte et objectifs

Ce document constitue la 1^{ère} synthèse et mise en perspective des schémas départementaux d'organisation en faveur des personnes âgées adoptés par les Conseils généraux de la région Midi-Pyrénées ainsi que du SROMS, schéma régional d'organisation médico-sociale, institué par la Loi HPST¹ et qui, pour Midi-Pyrénées a été adopté le 1^{er} mars 2012. Le SROMS prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale² mais aussi les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le PRS (projet régional de santé)³.

Les schémas départementaux élaborés, en général, pour une période de 5 ans ont pour fonction :

- d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins,
- de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre,
- de déterminer les perspectives de développement de cette offre,
- de préciser le cadre de coopération et de coordination entre établissements et services,
- de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du schéma.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale :

- apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, au regard notamment des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables ;
- détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements. Il prend en compte la démographie et les besoins de formation des professionnels
- précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

Ce document de synthèse se propose donc d'offrir une vision globale des politiques développées au bénéfice des personnes âgées dans chaque département et au niveau de la région Midi-Pyrénées. Notons qu'un seul schéma prend en compte de façon conjointe les publics handicapés et les publics âgés, schéma « vieillesse et handicap » en Aveyron. Le SROMS couvre également ces 2 publics pour lesquels les financements des accompagnements médico-sociaux relèvent de la Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie (CNSA), parfois conjointement avec le département.

¹ Loi Hôpital, patients, santé, territoire du 21 juillet 2009

² Les populations cibles de ces 2 schémas ne sont pas les mêmes ; le guide méthodologique du SROMS de la CNSA précise : « *le schéma départemental répond à des besoins sociaux en population générale, il s'adresse donc à l'ensemble de la population âgée et handicapée. Le schéma régional répond à des besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, ce qui peut être considéré comme une réponse aux situations nécessitant une réponse plus complexe ou plus lourde* ».

³ Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

L'ensemble des dimensions de ces schémas sont présentées à travers une grille d'analyse commune permettant de visualiser rapidement les centres d'intérêts communs aux départements, les spécificités propres à l'un ou l'autre d'entre eux et, en parallèle, les objectifs que se donne le SROMS au regard des priorités identifiées dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS).

Cette approche a pour but d'accéder à une meilleure compréhension des logiques d'organisation médico-sociale et de leur niveau de territorialisation en mettant en exergue :

- les enjeux et les principes affichés ainsi que les méthodologies retenues dans chaque schéma,
- la cohérence entre les orientations et les actions prévues,
- l'articulation du SROMS avec les orientations départementales dans les champs de compétence partagée (notons que cette prise en compte réciproque par les décideurs au niveau départemental et régional peut s'avérer complexe, au regard notamment : de la diversité des modalités et conditions de l'élaboration des différents schémas, de leur temporalité - certains schémas départementaux pouvant être en fin de validité ou tout juste réactualisés au moment de l'adoption du SROMS - et enfin des particularités territoriales)

1. Aspects méthodologiques

1.1 – Période de couverture du schéma

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ariège										
Aveyron			Schéma départemental Vieillesse – Handicap - 2008-2013							
Haute-Garonne			Schéma gérontologique 2010 - 2015							
Gers			Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009-2013							
Lot										
Hautes-Pyrénées						Schéma gérontologique 2012 - 2016				
Tarn	Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2007 - 2012									
Tarn-et-Garonne					Schéma départemental gérontologique 2011 - 2015					
Midi-Pyrénées						SROMS 2012-2016				

NB :

Les schémas des départements de l'Ariège et du Lot sont arrivés à échéance en 2010, ces schémas sont en cours de réactualisation, ils n'ont pas pu être pris en compte dans cette synthèse comparative.
Le département de l'Aveyron est le seul à présenter un schéma conjoint personnes âgées/personnes handicapées, intitulé schéma vieillesse-handicap

Attention : pour le SROMS et le schéma autonomie, seuls les éléments relatifs aux personnes âgées ont été repris et présentés

1.2 – Pilotes de la démarche et Comité de pilotage

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	Conseil Général et Préfecture	Conseil Général	Conseil Général – CODERPA au Comité technique et au Comité de pilotage		Conseil général – Comité de pilotage (élus et techniciens du CG)	Conseil Général – Comité de pilotage interinstitutionnel (DDASS, Etablissements, CODERPA, MSA, CRAMA)	Conseil général	En sus de la CRSA et des 8 conférences de territoire, l'ARS a mis en place 17 comités techniques régionaux constitués de professionnels de santé et de gestionnaires d'établissements pour élaborer des recommandations.

Dans la phase de diagnostic et de réalisation des schémas départementaux, les Conseils Généraux mettent en place un comité de pilotage réunissant, entre autres, l'Etat, l'assurance maladie et le CODERPA.
Le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) est un organisme consultatif placé auprès du Conseil général. C'est un lieu de dialogue, d'information et de réflexion associant des représentants des retraités et des personnes âgées.

1.3 – Accompagnement de la démarche par un prestataire extérieur

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	Pas de prestataire extérieur	Cabinet ENEIS Conseil	Pas de prestataire extérieur		Pas de prestataire extérieur	Consultant (identité non spécifiée)	Pas de prestataire extérieur	

1.4 – Partenaires associés à la démarche et à la concertation

	<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
Conseil général		X	X	Large concertation, ouverte à l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs ainsi qu'aux personnes âgées (au travers d'enquêtes)		X	X	X	
DDASS/ délégation territoriale ARS		X	X			X	X	X	
ARH/DRASS/ ARS direction régionale		X	X						
Conseil régional		X	X						
DDCS		X	X			X		X	
CPAM/CRAM/CARSAT, MSA, CAF, RSI		X	X			X	X	X	
Hôpitaux, établissements de santé, FHF		X	X			X	X		
EHPAD, organismes gestionnaires / GCSMS		X	X			X	X	X	
SAD/SSIAD, organismes gestionnaires et fédérations		X	X			X	X	X	
Familles d'accueil et fédération		X	X				X		
CLIC et MAIA		X	X			X	X		
MDSI/CMS		X	X			X	X	X	
CODERPA, association de retraités		X	X			X	X	X	
CCAS/CIAS, Pays, municipalités, communautés de communes		X	X			X	X	X	
Pact Arim, conférence départementale HLM		X				X	X		
Médecins dont gériatres coordonnateurs						X			
IDE / kinésithérapeutes libéraux						X			
Centres de formation (IFSI et IRTS)		X							
Services mandataires judiciaires									
Mutualité française		X	X		+		X		X
Caisses de retraite/prévoyance, complémentaires, CICAS		X	X						
Réseau gérontologique		X	X	Assises du Schéma gérontologique, printemps 2008		X	X	X	
Associations d'usagers : Alzheimer, Parkinson, DMLA...		X	X			X			
URIOPSS							X		
Elus du Conseil général		X	X			X			
Université, ISPED, INSERM, CODES, Sté gérontologique			X						
Syndicats professionnels (infirmiers, assistants familiaux)		X							
Conseil de l'ordre des médecins, URPS									
Syndicats employeurs FEHAP, Synerpa, FEPEM			X			X	X		
Centre d'informations droits des femmes et des familles									
Association de bénévoles		x	X			X		X	
Samu social									

Même si la liste complète de tous les participants au travail d'élaboration des Schémas ne figure pas systématiquement dans les rapports, les différentes instances de concertation et groupes de travail ont le souci d'associer, très largement, les administrations, décentralisées et déconcentrées, les usagers, les responsables d'établissements et de services, les associations partenaires du réseau gérontologique.

1.5 – Bilan du précédent schéma, période couverte

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	<p>2003-2008</p> <p>L'offre de prise en charge ainsi que l'information et la coordination sont évalués mais le changement de structure du schéma, désormais conjoint PA/PH, rend moins aisés les comparaisons. Des atouts et axes d'amélioration sont cependant identifiés.</p>	<p>Pas de référence au précédent schéma</p>	<p>2004-2008</p> <p>La politique de maintien à domicile, la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge, la coordination entre les acteurs de terrain sont évaluées positivement.</p> <p>Des lacunes sont notées quant au suivi des bénéficiaires de l'APA à domicile, aux solutions alternatives entre le domicile et l'établissement et à l'absence de politiques spécifiques pour des publics spécifiques.</p>		<p>2003-2009</p> <p>Bilan réalisé sur les 5 axes : les territoires de l'action ; la vie sociale ; l'habitat des personnes âgées ; l'offre de soins ; la coordination gériatrique.</p> <p>Présentation du niveau de réalisation, informations sur les conditions de mise en œuvre.</p>	<p>Pas de référence au précédent schéma</p>	<p>2004-2008</p> <p>Les objectifs en termes de création de lits ont été tenus.</p> <p>S'agissant de la politique de maintien à domicile, il s'agissait d'accroître la coordination des acteurs, au plus près de la personne âgée.</p>	

Plusieurs départements font remarquer la difficulté d'évaluer les schémas précédents à l'aune d'une grille de lecture qui a complètement changé depuis.

Certains départements connaissent des Schémas de 3^{ème} génération (Gers) ; si la forme des Schémas évolue profondément d'une génération à l'autre, on peut cependant noter un certain nombre de constantes, notamment celles relatives à la politique de maintien à domicile des personnes âgées sur laquelle l'accent est mis de manière continue ainsi que le souci de coordination qui, reprenant l'orientation contenue dans la loi de 2004, préside à la réalisation d'un certain nombre de fiches-actions.

Ces orientations sont bien sûr liées à l'évaluation que les départements font à la fois des besoins et demandes des personnes âgées et du fonctionnement des dispositifs jusqu'alors mis en place. Si la politique de maintien à domicile apparaît, le plus souvent, comme un succès quantitatif, les départements pointent tous la nécessité d'une meilleure formation et d'une plus grande coordination des acteurs de l'accompagnement sanitaire, social et médico-social des personnes âgées.

1.6 – Dimension territoriale

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	6 territoires sont identifiés, territoires d'action sociale du département	23 unités territoriales d'action médico-sociale (UTAMS) dont 11 pour le territoire de Toulouse	5 unités territoriales d'action sociale (UTAS) sont identifiées.		6 bassins gériatologiques	Pas de dimension territoriale	13 pôles de développement social	<p>Chacun des 8 départements est un territoire de santé. L'ARS a défini 33 bassins de santé à partir desquels elle souhaite garantir à tous l'accès aux soins et aux services de santé.</p> <p>« Le bassin de santé est l'espace d'organisation et de coordination des soins de premier recours. Ils s'articulent autour du médecin traitant, de l'accès à une pharmacie de professionnels de santé paramédicaux, d'un laboratoire de biologie, d'un cabinet de radiologie et des services d'un hôpital, a minima pour les urgences, la médecine polyvalente, la médecine gériatrique et des consultations avancées pour des spécialités médicales, chirurgicales et obstétricales »</p>

A noter que pour le département du Tarn, ce découpage territorial n'existe pas encore : il est l'un des enjeux forts du Schéma 2007-2012 qui doit mettre en place 3 pôles, eux-mêmes découpés en 7 secteurs.

1.7 Etat des lieux :  valorisation de données préexistantes (INSEE, CAF, autres études...) et  investigations/études réalisées

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
 	 démographie et projections, état de santé. (DREES 2006, INSEE, CG, Centre d'analyse stratégique). Taux d'équipement Etude PAQUID (prévalence Alzheimer)  Entretiens qualitatifs et enquêtes par questionnaires : personnes âgées à domicile, personnes âgées en établissement et établissements pour personnes âgées	 Données démographiques et socio-économiques (indice de vieillissement, ressources) INSEE 2009, CRAM 2009, PRIAC, STATISS 2007, CNSA 2008, L'observatoire des territoires, 2002 (démographie médicale)  Entretiens qualitatifs et enquêtes par questionnaires : SAAD, EHPAD, SSIAD	 Démographie, bénéficiaires APA, dépenses, données d'équipement (INSEE 2005, forfaits CRAMTS, DRASS Midi-Pyrénées, CNSA 2008)  80 entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation du dispositif. Plusieurs enquêtes auprès : <ul style="list-style-type: none"> • des personnes âgées à domicile : • des établissements hébergeant des personnes âgées : • des familles d'accueil et des personnes âgées accueillies : • des services d'aide et d'accompagnement à domicile • des services de soins infirmiers à domicile 	 	 Données démographiques, taux d'équipement, ressources, données épidémiologiques (INSEE 2008 – Données Comité départemental de développement économique CDDE)	 Indicateurs démographiques, épidémiologiques. Taux d'équipement (INSEE, CNAF, DREES, Etude SANESCO, Enquête HID)  Entretiens et enquêtes spécifiques : établissements et services du département	 Indicateurs démographiques, taux d'équipement (INSEE, DRASS, CNSA)	 indicateurs démographiques et projections, données d'équipement (INSEE, ARS, FINESS) 

Au-delà de l'utilisation des données statistiques fournies par les institutions (INSEE, CNSA), les départements ont souhaité disposer d'informations et données chiffrées liées à leur territoire, à la connaissance, par les personnes âgées elles-mêmes mais aussi par les directeurs d'établissement, associations gestionnaires,...des dispositifs et besoins soit en diligentant des enquêtes spécifiques soit par le regroupement en ateliers thématiques.

1.8 – Concertation/groupes thématiques (thèmes retenus)

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>5 Groupes</p> <p>→ Améliorer le dispositif de maintien à domicile</p> <p>→ Soutenir les aidants naturels</p> <p>→ 2008-2012 : quelle politique d'accueil en établissement ?</p> <p>→ Améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées</p> <p>→ Encourager l'émergence de structures de coordination</p>	<p>4 axes :</p> <p>→ la coordination des acteurs et des intervenants autour de la personne âgée ;</p> <p>→ la prise en charge en établissement pour les 5 prochaines années ;</p> <p>→ la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ;</p> <p>→ la prise en charge des publics spécifiques.</p>	<p>6 actions</p> <p>→ l'information des usagers et des acteurs,</p> <p>→ le maintien à domicile,</p> <p>→ la coordination gériatrique,</p> <p>→ l'hébergement en établissement,</p> <p>→ l'accueil familial et le partenariat</p>		<p>6 Ateliers</p> <p>→ Soutien et coordination des acteurs du maintien à domicile</p> <p>→ Prévention et lutte contre la maltraitance et protection des personnes âgées</p> <p>→ Quelles alternatives entre domicile et établissement ?</p> <p>→ La prise en charge des personnes handicapées âgées</p> <p>→ Aménagement du territoire, d'une prise en charge généraliste à des accueils spécifiques thématiques</p> <p>→ Contraintes financières et reste à charge</p>	<p>4 groupes de travail</p> <p>→ Garantir une qualité de vie aux personnes âgées restant à leur domicile</p> <p>→ Poursuivre la modernisation des structures d'accueil, adapter les capacités et la médicalisation des structures</p> <p>→ Coordonner l'action gériatrique de territoire</p> <p>→ Faciliter l'accès au dispositif d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées</p>	<p>8 thèmes</p> <p><u>Etablissements</u></p> <p>→ Coordination de l'offre et de la demande d'accueil</p> <p>→ Mutualisation des moyens entre établissements</p> <p>→ Amélioration et diversification de l'offre et/ou des modes de prises en charge existants,</p> <p>→ Appréciation des éventuels nouveaux besoins à satisfaire.</p> <p><u>Domicile</u></p> <p>→ Formation et qualification des aides à domicile,</p> <p>→ Aide aux aidants</p> <p>→ Coordination gériatrique : entre domicile/établissements de soins, établissements ou services médico-sociaux (hébergement permanent, temporaire, accueil de jour)</p> <p>→ Fonctionnement et problématique des accueils de jour</p>	

Les thématiques centrales relevées concernent la politique de maintien à domicile, y compris pour les personnes devenant de plus en plus dépendantes ; la qualité des prises en charge en établissements et, bien sûr, la coordination des acteurs et institutions intervenant auprès des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement.

1.9 - Réalisation de fiches-actions (forme de ces fiches / indicateurs y figurant)

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	<p>25 fiches-actions* organisées ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le pilote et les partenaires Les bénéfiques attendus de l'action Les points de vigilance Les modalités de mise en œuvre Les bonnes pratiques françaises ou étrangères 	<p>13 fiches-actions,</p> <ul style="list-style-type: none"> Contexte, Pilote et partenaires, Objectifs généraux de l'action, Modalités de mise en œuvre, Points de vigilance Indicateurs de suivi et d'évaluation 	<p>29 fiches-actions organisées ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le pilote et les partenaires Les bénéfiques attendus de l'action Les points de vigilance Les modalités de mise en œuvre Les indicateurs de suivi 		<p>24 fiches-actions avec</p> <ul style="list-style-type: none"> Le contexte Les objectifs, Les modalités de mise en œuvre, Les échéances de réalisation Les indicateurs d'évaluation Chiffrage ponctuel 	<p>17 orientations faisant les constats, donnant les objectifs, les modalités de mise en œuvre et les indicateurs d'évaluation des résultats</p>	<p>16 orientations faisant les constats, donnant un objectif et les moyens.</p>	<p>Pas de fiches-actions</p>

* dont certaines qui ne concernent que les personnes handicapées

Le principe de la fiche-action est retenu dans 4 des 6 départements observés (uniquement des orientations dans les départements du Tarn et du Tarn-et-Garonne moins précises en terme d'actions à conduire) ; dans tous les cas, le contexte, les objectifs (parfois le pilotage) sont rappelés avant la mise en œuvre et, le plus souvent, les indicateurs d'évaluation.

A noter, le département de l'Aveyron qui se distingue par la mise en avant des bonnes pratiques.

1.10 – Articulations retenues (Schémas et Plans)

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	PRIAC – Plan national Alzheimer Plan de lutte contre la maltraitance des personnes âgées Schéma régional des formations sanitaires et sociales	PRIAC Plan Alzheimer. Schéma départemental d'accessibilité.	PRIAC – Loi de 2002 Plans nationaux : solidarité grand âge et Alzheimer		ARS et PRIAC, PRS, Plans nationaux : solidarité grand âge et Alzheimer	PRIAC, CPER (contrat de projet Etat-Région). Plans nationaux : solidarité grand âge et Alzheimer	PRIAC, CPER (contrat de projet Etat-Région). Plans nationaux : solidarité grand âge et Alzheimer	PSRS, SROS et volets PH et PA du SROMS

Les schémas départementaux les plus récents font référence aux PRS et à ses Schémas (offre de soins, prévention et médico-social). Le département de la Haute-Garonne est le seul à faire référence au Schéma départemental d'accessibilité, liant ainsi l'autonomie des personnes âgées à l'accessibilité des modes de transports et déplacements. Dans le cadre de la nécessaire professionnalisation des services à domicile, il est parfois fait référence au Schéma régional des formations.

1.11 – Méthode de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	Sans précision	Sans précision	Sans précision		Comité de pilotage en charge du suivi, de l'évaluation et de la réactualisation. Comité Partenarial de suivi en charge de l'évaluation et de la communication.	Sans précision	Sans précision	

Les départements ne précisent pas, à l'exception du département des Hautes-Pyrénées, comment et par quelle instance seront assurés le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de leur Schéma mais, les indicateurs proposés, de manière quasi-systématique, à la fin de chaque fiche-action, sont un élément important de cette stratégie d'évaluation.

1.12 – Architecture du document

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Editorial, Préfet et Président du CG Introduction 1 – Etat des lieux et diagnostic : démographie, offre d'accueil, atouts et axes d'amélioration 2 – Eléments de prospective démographique : par catégorie d'âge et par territoire 3 – Programmation : de places dans les structures d'accueil, recommandations départementales et par territoire, création de places d'hébergement temporaire, accueil de jour et unités Alzheimer 4 – Les enquêtes dont personnes âgées à domicile, personnes âgées en établissement 5 – Les orientations du nouveau schéma : 25 fiches-actions organisées autour de 7 axes. Glossaire</p>	<p>Editorial, Président du CG 1 – Principaux enseignements du diagnostic territorial dans le département de la HG Regards croisés : l'évaluation du dispositif de prise en charge et d'accompagnement de la personne âgée – les principaux besoins identifiés 2 – La problématique générale de la prise en charge des personnes âgées Offrir un panel d'accompagnements répondant à la diversité des profils – Placer le schéma dans une logique de qualité 3 – Le plan d'actions en 4 axes et 13 fiches-actions La coordination des acteurs et des interventions autour de la personne âgée La prise en charge en établissement pour les 5 prochaines années La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées - La prise en charge des publics spécifiques. 4 – Les annexes</p>	<p>Editorial, Président du CG Introduction 1 – Evaluation du dispositif de prise en charge et d'accompagnement de la personne âgée 2 – Evaluation qualitative et actions proposées Le soutien à domicile – la prise en charge en établissement – l'information et la coordination 3 – Les orientations de l'Etat pour le schéma 2009-2013 4 – Rappel des orientations du nouveau schéma 5 – Programmation : les perspectives démographiques et les besoins de places en établissements. Conclusion générale Glossaire</p>		<p>Editorial, Président du CG Introduction 1 – Etat des lieux départemental et évaluation des besoins Bilan des réalisations dans le cadre des orientations du précédent schéma ; la population des personnes âgées dans les HP et l'offre de services en direction des personnes âgées ; évaluation des besoins prioritaires. 2 – les orientations prioritaires pour répondre aux besoins Conforter le choix du maintien à domicile, territorialiser et diversifier l'offre en direction des personnes âgées ; promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance 3– Les fiches-actions Annexes Table des matières</p>	<p>Editorial Président du CG Introduction Le cadre juridique La méthode d'élaboration du schéma L'articulation avec les plans de l'Etat</p> <p>Etat des lieux Les principaux déterminants Les dispositifs sanitaires L'aide sociale départementale Le dispositif d'accueil et de prise en charge des personnes âgées</p> <p>Orientations Développer l'information et la coordination Développer la qualité Structurer l'offre Accompagner la politique de maintien à domicile</p>	<p>Vie en institution Bilan du dernier schéma départemental Données démographiques L'existant</p> <p>Maintien à domicile Bilan du dernier schéma départemental Données démographiques Bilan de l'existant Les informations 'signalantes' personnes adultes vulnérables L'allocation personnalisée d'autonomie</p> <p>Orientations Etablissements Domicile</p>	

Le plus souvent, les Schémas présentent une architecture similaire avec, un éditorial signé par le Président du Conseil Général (voire, cosigné par le Préfet pour le département de l'Aveyron), rappelant les grandes lignes de la politique départementale à destination des personnes âgées puis, une introduction, un état des lieux (diagnostic, évaluation) et, enfin, des orientations, axes stratégiques et/ou fiches-actions engageant le département pour les 5 ans suivants.

1.13 – Modalités de diffusion de l'ensemble de ces travaux

<i>Ariège</i>	
<i>Aveyron</i>	
<i>Haute-Garonne</i>	http://www.haute-garonne.fr/upload/personnes_agees/cg31_schema_gerontologique_dptl_2010_2015.pdf
<i>Gers</i>	
<i>Lot</i>	
<i>Hautes-Pyrénées</i>	http://www.cg65.fr/UploadFiles/publications/2367/Schema_gerontologique.pdf.V2.aspx
<i>Tarn</i>	http://www.tarn.fr/Fr/Documents/Personnes_agees/SCHEMA_GERONTOLOGIQUE_2007-2012.pdf
<i>Tarn-et-Garonne</i>	http://www.cg82.fr/solidarite/IMG/pdf_sche_ma_personnes_age_es_final_17_01_13.pdf
<i>SROMS</i>	

2 - Cadre politique

2.1 - Valeurs et principes d'actions

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Référence à la loi du 13 août 2004 et à l'acte II de la décentralisation</p> <p>« Innovation, diversification, coordination, expérimentation et qualité des prises en charge » doivent guider l'élaboration et la mise en œuvre des différentes actions ».</p>	<p>Référence aux lois de 2002, 2005 et 2009</p> <p>« Etre rigoureux sur certains principes : la réponse publique doit être à la hauteur, elle doit adopter <i>une forme solidaire</i>. L'autonomie ne doit pas devenir un luxe ou même un choix aléatoire de consommateur, mais s'affirmer comme <i>un droit pour chacun</i>. Cela ne peut se concevoir que dans le cadre d'un pilotage fort par le service public, et d'un financement collectif important : aussi bien pour aider au maintien à domicile, pour héberger, pour soigner ».</p>	<p>Référence à la loi du 13 août 2004 et à l'acte II de la décentralisation</p> <p>Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante, déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale, préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services, définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du schéma.</p>		<p>Référence aux lois de 2002 – 2009 ; décret du 14 juin 2011 (modalités de consultation sur les schémas relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées) –</p> <p>Garantir le libre choix de la personne ; assurer l'égalité de traitement ; optimiser les moyens ; prendre en compte la démarche de développement durable</p>	<p>Référence aux lois de 2002, 2004 et 2005 (services à la personne)</p> <p>« La perspective d'une vie plus longue, l'augmentation régulière du nombre de personnes âgées devenant très dépendantes appellent de nouvelles adaptations aux aspirations et besoins des personnes qui avancent en âge et de leur famille. Le souci du maintien de leur qualité de vie passe nécessairement par l'exigence de qualité dans les services qui leur sont proposés »</p>	<p>Référence aux lois de 2001 (APA), 2002 et 2004</p> <p>« Les actions développées en faveur des personnes âgées représentent un axe fort de notre politique départementale de solidarité »</p>	

La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale posant, entre autres, les objectifs des Schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale et la Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales faisant du Conseil Général le pilote des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale sont les plus citées. Seuls les Schémas les plus récents font référence à la loi Handicap de 2005 (pour le département de l'Aveyron) et HPST de 2009 portant mise en place des Agences régionales de santé, notamment.

2.2- Orientations stratégiques

Chaque schéma se structure autour de 3 à 6 grands axes d'orientation, dits d'orientation stratégique.

Toutefois, les axes qui n'ont pas été mis en valeur à ce niveau dans chacun des schémas se retrouvent souvent valorisés dans les propositions retenues à travers les fiches-actions. Les priorités peuvent donc varier selon les départements mais comportent des points communs assez forts dans la déclinaison qui peut en être faite...

2.2.1 – Favoriser le choix de vie à domicile

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	Respecter la liberté de choix de vie de la personne	Améliorer la qualité et la diversité de la prise en charge à domicile Améliorer l'aide aux aidants naturels Proposer des solutions de transport et de logement adaptées	Renforcer le soutien à domicile		Garantir le libre choix de la personne, quelle que soit sa situation sociale, géographique, financière et son état de dépendance	Accompagner la politique de maintien à domicile	La politique de maintien à domicile est l'une des deux orientations principales du Schéma.	

Permettre le maintien à domicile des personnes âgées, même devenant de plus en plus dépendantes, est une orientation commune aux 6 schémas. Cela passe principalement par une meilleure coordination du réseau, une plus grande professionnalisation des services d'aide à domicile et la création de structures de répit et de dialogue pour les aidants familiaux.

2.2.2 - Développer, diversifier et adapter le dispositif en fonction des besoins des personnes

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	Prendre en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, accompagner les personnes handicapées vieillissantes Diversifier les modes des prises en charge des personnes âgées	Prendre en charge les personnes désorientées, les personnes handicapées vieillissantes, les personnes vulnérables Développer l'hébergement alternatif	Développer les alternatives entre le domicile et l'établissement. Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.		Anticiper les besoins futurs en matière de protection de la population âgée Pour un maillage équitable du territoire, prévoir les hébergements et alternatives au domicile ou à l'hébergement	Développer la qualité, structurer l'offre et accompagner la politique de maintien à domicile	Diversifier et adapter l'offre départementale d'accueil ; accompagner la restructuration des établissements.	

L'évolution démographique oblige à (re)considérer l'offre d'accompagnement et de prise en charge de la dépendance, tant à domicile qu'en établissement : formation des personnels, soutien aux aidants, adaptation des logements privés comme des établissements d'accueil.

2.2.3 – Veiller à la qualité des interventions et à la professionnalisation

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
		Améliorer l'accueil en EHPAD	Améliorer la qualité de vie en établissement. Professionnaliser les SAAD		L'accessibilité, la qualité de service, la continuité et la cohérence des interventions sont au cœur de l'accompagnement et de la prise en charge de la personne âgée	Favoriser le développement de la qualité des prestations servies pour une meilleure adaptation de la prestation aux besoins de la personne	Poursuivre la professionnalisation des aidants à domicile ; proposer des formations spécifiques « Alzheimer et pathologies apparentées »	

Améliorer la qualité de vie, au domicile comme en établissement, est un objectif partagé. Cela passe non seulement par la mise en œuvre systématique des dispositions de la loi 2002-2 et par un suivi efficace des conventions tripartites mais aussi par une professionnalisation renforcée des services d'aide à domicile et par la mise en place de formations spécifiques notamment autour de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

2.2.4 – Renforcer la coordination des acteurs

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
	Améliorer la couverture territoriale et renforcer la coordination	Mettre en place une structure de coordination gérontologique	Renforcer la coordination gérontologique territoriale		Clarifier l'offre et simplifier l'entrée dans les dispositifs, coordonner et mettre les acteurs en réseau.	Développer l'information et la coordination (CODERPA, CLIC, Direction dédiée personnes âgées / personnes handicapées)	Coordonner l'offre et la demande d'accueil en établissement.	

Tous les schémas font référence à cette nécessaire coordination des acteurs et institutions intervenant auprès des personnes âgées, à domicile ou en établissement.

2.2.5 – Promouvoir la citoyenneté des personnes âgées

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>
		Assurer une prise en charge sociale des personnes âgées			Satisfaire les besoins en accompagnement social des personnes âgées			

Tous les Schémas ne font pas explicitement apparaître cette dimension mais on peut la retrouver dans le détail des fiches-actions et/ou orientations qui toutes, témoignent d'une réelle volonté d'intégration des personnes âgées dans la cité.

2.2.6 – Animation et suivi de la politique départementale/régionale

<i>Ariège</i>	<i>Aveyron</i>	<i>Haute-Garonne</i>	<i>Gers</i>	<i>Lot</i>	<i>Hautes-Pyrénées</i>	<i>Tarn</i>	<i>Tarn-et-Garonne</i>	<i>SROMS</i>

Il n'y a pas dans les schémas départementaux d'orientations ciblant explicitement la mise en œuvre de la politique gérontologique mais rappelons que cet objectif apparaît de façon transversale à travers la mise en œuvre des indicateurs des fiches-actions. L'action quotidienne des unités territoriales de proximité, des CLIC et des directions départementales, le suivi et la réflexion assurés par le CODERPA sont considérés comme les principaux éléments d'animation de ces politiques départementales en faveur des personnes âgées.

3 - Actions et propositions retenues, fiches-actions

Les actions et recommandations inscrites dans les schémas s'articulent autour de 14 axes principaux :

1. - Actions de prévention
2. - Accès à la vie citoyenne, lutte contre l'isolement et la solitude
3. - Adaptation de l'habitat
4. - L'accompagnement à domicile
5. - Diversités des modes d'accueil
6. - Prise en compte de publics spécifiques : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes...
7. - Accessibilité financière
8. - Accès aux soins
9. - Qualité des accompagnements (à domicile et en établissements)
10. - Amélioration de la formation des professionnels/fidélisation
11. - Répartition équitable des équipements sur le territoire, réduction des disparités territoriales
12. - Organisation de la continuité, logique de parcours (partenariat, mutualisation, réseau)
13. - Interventions auprès des familles et aidants non professionnels : Information, formation, accompagnement (dont formules de répit)
14. - Observation du secteur, diffusion d'information, animation

On retrouve des préoccupations communes à tous les départements et à propos desquelles des évolutions des dispositifs ou des politiques sont souhaitées. Ces préoccupations s'articulent autour :

- de l'exercice du libre choix de la personne avec une meilleure information sur les réponses existantes et la poursuite du maillage territorial
- des modalités de réponses permettant la poursuite d'une vie en milieu ordinaire avec les adaptations du cadre de vie et les interventions humaines nécessaires
- des conditions d'accueil en institution (qui doivent permettre la prise en compte des besoins individuels des personnes âgées, de leur évolution et des pathologies liées au grand âge, en particulier maladies d'Alzheimer et maladies apparentées) et la prévention de la maltraitance
- de la recherche d'une plus grande qualité et efficacité des interventions, notamment à travers la mise en place de partenariats entre les acteurs du sanitaire et du médico-social et le renforcement de la formation des professionnels

Ces schémas départementaux contribuent à l'identification des priorités interdépartementales figurant dans le PRIAC autour des 2 domaines principaux définis par la CNSA concernant les publics âgés : l'accompagnement et le maintien en milieu ordinaire et la prise en charge en institution.

3.1 Actions de prévention

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Promouvoir les projets d'animation</p> <p>Développer la politique de prévention et d'accompagnement du vieillissement (consultation mémoire, formation)</p>	<p>Améliorer la lisibilité de l'offre existante dans les domaines de la prévention et de la vie quotidienne.</p> <p>Soutenir les initiatives visant à dynamiser la vie quotidienne des personnes âgées ainsi que celles qui cherchent à prévenir l'apparition ou la progression de la dépendance.</p> <p>Favoriser le repérage des signes d'alerte par les intervenants à domicile (suspicion de la pathologie d'Alzheimer)</p>	<p>La prévention s'adresse aux publics autonomes (caisses de sécurité sociale et organismes de retraite) et aux personnes dépendantes.</p> <p>Mieux associer les CLIC et les associations gérontologiques.</p> <p>Promouvoir les actions de prévention de la dépendance en EHPAD Préparer l'entrée en établissement de la personne âgée.</p>		<p>Améliorer l'organisation du dispositif d'accompagnement social du département à l'attention des personnes âgées</p> <p>Développer la prévention auprès des personnes âgées par un diagnostic territorial de l'existant et une réorganisation du dispositif avec les CLIC, MSA, CCAS et caisses de retraite.</p> <p>Les plans d'aide ne doivent pas être seulement centrés sur l'aide au ménage mais aussi sur la prévention de l'aggravation de la dépendance par la stimulation : développer et maintenir les capacités des personnes âgées à travers les plans d'aide</p>			

La prévention s'adresse à la fois aux personnes qui viennent de prendre leur retraite, aux personnes âgées non dépendantes ainsi qu'aux personnes entrant dans la dépendance. Pour le premier type de public (non dépendant), cette démarche de prévention est essentiellement portée par les caisses de sécurité sociale, mutuelles et organismes de retraite ; pour le second type (entrant dans la dépendance), elle intéresse particulièrement les professionnels intervenant à domicile ou en établissement et là, relève davantage de la responsabilité des institutions publiques locales : formations, professionnalisation, qualité des interventions...

3.2- Accès à la vie citoyenne, lutte contre l'isolement et la solitude

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Rompre l'isolement de la personne âgée</p> <p>Mener localement des actions d'information sur les activités existantes</p> <p>Inciter les établissements pour personnes âgées à proposer des activités communes aux personnes vivant à domicile</p> <p>Organiser dans des salles municipales adaptées des activités et les proposer aux différents publics concernés</p>	<p>Maintenir la mobilité des personnes âgées par des transports adaptés : lutter contre l'isolement et maintenir l'intégration des personnes âgées.</p> <p>Proposer aux personnes âgées des dessertes mieux adaptées à leurs besoins.</p> <p>Concilier prise en charge, vie sociale et citoyenne de la personne âgée en établissements</p>	<p>Faciliter les déplacements de la personne âgée pour accéder à tous les services de la vie quotidienne</p>				<p>Optimiser le maintien à domicile par la mobilité</p> <p>Favoriser un maintien à domicile de qualité en développant, en relation avec les structures intercommunales et les SAD, le lien social</p>	

Favoriser l'ouverture à l'extérieur, par les transports, une offre de loisirs adaptés, un soutien culturel et social...sont autant d'orientations portées par les départements ; elles s'adressent aux personnes vivant à domicile et aux structures qui les accompagnent quotidiennement mais aussi aux établissements qui doivent avoir des projets témoignant de cette volonté d'ouverture à leur environnement proche.

3.3 Adaptation de l'habitat

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Aider les personnes à évaluer leurs besoins et les accompagner dans leur projet d'habitat adapté à la dépendance</p> <p>Disposer et/ou créer des logements adaptés</p>	<p>Promouvoir l'adaptation de l'habitat social à la dépendance : maintenir le repérage et la lisibilité des logements adaptés du parc social locatif.</p> <p>Accompagner les bailleurs du parc social locatif dans la mise en place d'une réponse concertée et harmonisée aux besoins actuels et futurs de logements adaptés à la dépendance.</p> <p>Simplifier l'adaptation du logement dans le parc privé. Conduire des actions de repérage et d'information. Accompagner les démarches d'adaptation du logement : guichet unique</p>	<p>Au domicile, avec les offices de l'habitat, l'ANAH, le PACT ; apporter un soutien technique (aide au diagnostic ou à la constitution des dossiers) ou financier.</p> <p><i>En établissement</i>, poursuivre les efforts en matière d'adéquation des locaux aux besoins de la prise en charge</p>		<p>Développer la prévention par la prise en compte du logement en renforçant le conseil auprès des personnes âgées pour leur permettre d'adapter leur logement le plus précocement possible</p> <p>Développer l'information auprès des usagers en matière d'adaptation du logement</p> <p>Renforcer la prise en compte du vieillissement par les différents acteurs du logement</p>	<p>Maintenir l'aide à l'aménagement du domicile : aménagements de salles de bains ou de sanitaires, monte-escaliers ;</p> <p>Poursuivre le partenariat avec le PACT ; le développer avec l'Etat dans le cadre des OPAH et des attributions d'aides à la pierre</p>		

Assurer le maintien à domicile des personnes âgées, dépendantes ou non, passe évidemment par des actions d'adaptation du logement, secteur dans lequel les partenaires sont nombreux et divers. Une bonne coordination entre eux est nécessaire, de même que leur sensibilisation à la problématique de la dépendance. Informer les personnes sur les leviers, conseils et aides mobilisables pour aménager leur logement dans une logique de prévention est aussi un axe important de cette politique.

3.4 L'accompagnement à domicile

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Accompagner le choix de vie à domicile (cahier de liaison élaboré par un groupe de travail départemental) ; proposer à la personne un réfèrent, aidant naturel ou professionnel, en charge du suivi de son parcours</p> <p>Développer la garde de nuit (veille itinérante)</p> <p>Développer l'animation à domicile</p> <p>Intégrer une formation spécifique pour les aides à domicile, systématiser les formations à la bientraitance, informer sur la maltraitance.</p>	<p>Garantir l'exécution et la qualité des interventions à domicile.</p> <p>Garantir l'exécution des prescriptions du plan d'aide et la qualité de la prise en charge de la personne âgée par le SAD.</p> <p>Renforcer les relations de gestion entre le SAD et le CG.</p> <p>Assurer la continuité du service rendu aux usagers.</p>	<p>Améliorer les conditions d'établissement, de suivi et d'évaluation du plan d'aide avec les services intervenant à domicile.</p> <p>Etablir un référentiel complémentaire de prise en charge en association avec les SAAD et les services de soins.</p> <p>Améliorer les retours à domicile après hospitalisation.</p> <p>Etudier les besoins d'une garde itinérante de nuit.</p>		<p>Les plans d'aide ne doivent pas être seulement centrés sur l'aide au ménage mais aussi sur la prévention de l'aggravation de la dépendance par la stimulation : développer et maintenir les capacités des personnes âgées à travers les plans d'aide.</p> <p>Le besoin de coordination est de plus en plus prégnant, la coordination individualisée à la personne âgée devient un véritable enjeu et une priorité pour le soutien à domicile avec pour objectif principal d'apporter à la personne une réponse sanitaire, sociale et médico-sociale intégrée</p>	<p>Favoriser la création de places de SSIAD (Etat)</p> <p>Créer une charte de l'intervention à domicile et mieux contrôler la qualité des prestations proposées</p> <p>Proposer des modes d'hébergement relais aux personnes âgées qui font le choix de rester à domicile et des dispositifs de « répit » à leurs familles</p>	<p>Poursuivre la professionnalisation des aides à domicile, surtout en emploi direct et mandataire (formation et validation des acquis de l'expérience)</p> <p>Apporter un soutien accru aux aidants : doivent pouvoir bénéficier de périodes de répit ; par l'hébergement temporaire et/ou l'accueil de jour, il peut leur être proposé des alternatives au maintien à domicile</p> <p>Permettre aux malades d'Alzheimer et à leurs proches de choisir le maintien à domicile par une meilleure prise en charge des troubles cognitifs (recrutements de personnels spécialisés dans les SSIAD)</p>	<p>Conforter l'offre en SSIAD</p>

Disposer d'une offre de services à domicile équilibrée au plan territorial, formée et professionnelle est une priorité pour les départements qui font montre d'un réel souci de qualité et de traçabilité dans les interventions proposées (Charte, référentiel, cahier de liaison).

3.5 Diversité des modes d'accueil

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Organiser et développer l'accueil d'urgence pour les personnes dépendantes en structure avec, pour chaque structure, une place d'accueil en urgence distincte de l'accueil temporaire.</p> <p>Identifier les personnes intéressées par des places en hébergement temporaire et développer cette offre</p> <p>Autoriser l'émergence de structures légères, petites unités de vie (PUV) peu ou pas médicalisées.</p> <p>Développer des formules intermédiaires entre le domicile et l'établissement en particulier, les logements-foyers</p>	<p>Développer les modes d'hébergement alternatifs : accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire</p> <p>Offrir un panel d'accompagnements, que ce soit à domicile ou en établissement, qui soit en adéquation avec les besoins et attentes des personnes âgées.</p>	<p>Promouvoir l'accueil familial, l'accueil familial salaré, l'accueil familial temporaire</p>		<p>Développer le dispositif d'accueil familial de gré à gré en structurant et renforçant le service de l'accueil familial en interne (au sein de la mission personnes âgées) et en organisant des campagnes de communication</p> <p>Encourager le dispositif familial d'accueil salaré</p> <p>Inciter à la création de petites unités de vie</p>	<p>Diversifier l'offre : proposer des « structures plus légères » que l'accueil en établissement,</p> <p>Poursuivre l'effort d'adaptation des établissements aux nouvelles formes de dépendance et à la prise en charge des troubles cognitifs et psycho-comportementaux.</p> <p>Accompagner l'adaptation des foyers-logements qui pourraient être transformés en EHPAD, les personnes restant de plus en plus longtemps à domicile</p> <p>Penser à l'accueil familial qui est une alternative à la prise en charge institutionnelle : doubler cette capacité d'accueil (40 accueillants) en 5 ans.</p>	<p>Rendre l'accueil de jour plus attractif pour soulager, étayer le maintien à domicile.</p>	<p>Conforter l'offre en SSIAD</p> <p>Développer et diversifier les structures de répit (y compris plateforme d'accompagnement et de répit Alzheimer)</p> <p>Adapter l'offre d'hébergement et de logement</p>

L'accueil de jour, l'accueil familial figurent parmi les modes d'accueil privilégiés de demain, en complément du maintien à domicile et de l'offre d'hébergement institutionnel qui, eux aussi, devront évoluer pour une meilleure prise en charge de la dépendance et des troubles du comportement : petites unités de vie, unités spécifiques dans les EHPAD, reconversion des logements-foyers sont parmi les pistes explorées par les Départements.

3.6 Prise en compte de publics spécifiques : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes...

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Organiser des prises en charge alternatives pour les malades d'Alzheimer ; créer des unités d'accueil spécialisé</p> <p>Publics spécifiques : Soutenir les projets d'accueil de jour, d'accueil séquentiel et d'hébergement temporaire au sein des structures pour personnes âgées.</p> <p>Elaborer un cahier des charges pour l'accueil de ces publics spécifiques (locaux adaptés, personnels en nombre et qualité).</p> <p>Développer le secteur psychogériatrique.</p> <p>Garantir la possibilité pour les établissements de disposer de soupapes auprès des hôpitaux pour accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentant des difficultés particulières.</p> <p>Promouvoir la mise en place de consultations mémoire (des équipes mobiles adossées à des filières gériatriques hospitalières).</p> <p>Développer un accueil spécifique des personnes handicapées vieillissantes (dont des places médicalisées)</p>	<p>Améliorer la prise en charge des publics issus de l'immigration, des publics précaires et vulnérables : repérer, sensibiliser et informer chacune des populations cibles sur les dispositifs de droit commun de prise en charge de la dépendance.</p> <p>Sensibiliser les professionnels à la prise en charge de chacun de ces publics et constituer un réseau identifié.</p> <p>Développer des solutions spécifiques pour chaque public.</p> <p>Appréhender la problématique particulière des personnes handicapées vieillissantes : identifier ce public, prévenir les situations d'urgence liées au vieillissement des aidants familiaux.</p>	<p>Réfléchir à la mise en place d'une équipe itinérante médicalisée d'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.</p> <p>Promouvoir les accueils de jour ; développer l'hébergement temporaire.</p> <p>Développer les réunions d'échanges, les groupes de paroles et les réunions d'information de proximité.</p> <p>Améliorer le maillage départemental pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées.</p> <p>Elaborer un référentiel sur les modalités de prise en charge des malades d'Alzheimer et pathologies apparentées.</p> <p>Mettre en place une Maison pour l'autonomie et l'intégration (MAIA) des malades d'Alzheimer.</p>		<p>Pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer, de maladies apparentées ou en perte d'autonomie : * Renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social pour garantir une continuité et une cohérence entre les interventions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un guichet unique intégré, véritable label pour tous les acteurs d'un même territoire. • Assurer un meilleur suivi des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, prioritairement pour les cas complexes en s'appuyant sur les gestionnaires de cas. <p>* Accompagner la création d'unités spécifiques pour les personnes handicapées âgées dans les EHPAD</p> <p>Engager une réflexion sur la création ou un redéploiement de places de foyer d'hébergement vers des places de foyer de vie pour les personnes handicapées vieillissantes</p> <p>Dédier des places en EHPAD à des personnes avec mesure de protection juridique avec une procédure d'admission particulière</p>	<p>Poursuivre l'effort d'adaptation des établissements aux nouvelles formes de dépendance et à la prise en charge des troubles cognitifs et psycho-comportementaux.</p> <p>Créer des centres d'accueil de jour pour les personnes âgées dépendantes et/ou atteintes de troubles cognitifs</p> <p>Développer l'aménagement spatial au sein des EHPAD et améliorer la sécurité des personnes présentant des troubles du comportement liés au vieillissement et à une pathologie démentielle : aménager sur la capacité existante des unités spécifiques de 15 à 20 lits pour des personnes âgées déambulantes en perte de repères, atteintes de troubles cognitifs sévères.</p> <p>Penser aux handicapés vieillissants.</p>	<p>Permettre aux malades d'Alzheimer et à leurs proches de choisir le maintien à domicile par une meilleure prise en charge des troubles cognitifs (recrutements de personnels spécialisés dans les SSIAD)</p>	<p>Poursuivre le développement des MAIA</p> <p>Développer les formations d'aide aux aidants (maladie d'Alzheimer)</p> <p>Développer les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) dans les SSIAD</p> <p>Développer et diversifier les structures de répit (y compris plateforme d'accompagnement et de répit Alzheimer)</p>

	Faciliter l'entrée dans le parcours Alzheimer							
	Organiser la connaissance réciproque des institutions et dispositifs agissant dans le champ des MAMA							
	Mettre en place un groupe expert pour étudier les difficultés de suivi des orientations nationales du Plan Alzheimer incitant au diagnostic précoce et l'accessibilité réelle à la prestation APA à un stade peu avancé de la pathologie							

Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, les personnes handicapées vieillissantes sont identifiées dans les publics devant prioritairement bénéficier d'approches, d'accompagnement et de cadres d'accueil spécifiques.

Cette nécessité est intégrée dans les Schémas via la création et/ou l'aménagement de lieux dédiés à leur accompagnement ; elle est également portée par la formation des professionnels et, plus largement, toutes solutions qui permettront aux aidants familiaux de bénéficier de temps de répit et de repos.

3.7 Accessibilité financière aux prises en charge (à domicile et en établissement)

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
		<p>La question du reste à charge devient cruellement problématique du fait de l'augmentation des tarifs en établissements et des coûts des services de maintien à domicile.</p> <p>L'accueil de jour est d'un coût souvent trop élevé pour les familles.</p>	<p>Le reste à charge (et le transport) sont un frein au développement de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire</p>		<p>A domicile ou en établissement, le reste à charge est élevé pour les personnes âgées et leurs familles</p>	<p>S'engager dans une réflexion qui permettrait de maintenir le programme départemental d'aide à la modernisation des établissements sans accroître les tarifs d'hébergement à la charge des résidents.</p>		

Si les départements disent être vigilants sur la nécessité de maintenir le reste à charge pour les familles dans des proportions raisonnables, malgré l'augmentation des niveaux et qualité de prestations, aucune fiche-action ne permet d'aller au-delà de ce souhait.
Le constat est fait, dans deux départements, de limites aux modalités de prise en charge.

3.8 Accès aux soins

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Promouvoir la mise en place de consultations mémoire (des équipes mobiles adossées à des filières gériatriques hospitalières).</p> <p>Financement impératif par l'Etat des lits autorisés qui restent sans attribution de moyens de médicalisation et poursuite des conventionnements</p>	<p>Un bon taux d'équipement en lits de SSIAD mais une démographie médicale et paramédicale assez inégalitaire selon les territoires.</p> <p>Les conventions entre EHPAD et secteur sanitaire existent mais doivent être renforcées ; avec les SAD, elles sont encore très nettement insuffisantes.</p> <p>La mise en place de plafonnements des dotations soins laisse augurer d'un recul de la médicalisation des établissements et de difficultés rapides quant à la qualité de prise en charge des personnes hébergées.</p>	<p>Assurer la continuité de l'accompagnement sanitaire et social de la personne âgée</p>		<p>Les dispositifs de santé relèvent de la responsabilité de l'Etat.</p> <p>Le Réseau de santé ARCADE s'adresse aux personnes atteintes de maladies graves et évolutives nécessitant une prise en charge médico-psycho-sociale coordonnée et continue quel que soit leur lieu de vie : à domicile, en EHPAD ou en établissement de santé (expérimentation d'un réseau gérontologique)</p>	<p>Adapter l'hôpital : le patient âgé doit pouvoir bénéficier de prise en charge spécifique en gériatrie, de la consultation à l'accompagnement post-hospitalisation.</p> <p>Favoriser la création de places de SSIAD (ARS), créer des antennes au sein des services existants pour améliorer la desserte des communes</p> <p>Développer l'HAD (ARS)</p> <p>Maintenir une présence médicale sur l'ensemble du territoire avec un maillage des soins de premiers secours</p>	<p>Permettre aux malades d'Alzheimer et à leurs proches de choisir le maintien à domicile par une meilleure prise en charge des troubles cognitifs : recrutement de personnels spécialisés dans les SSIAD (ARS)</p>	

L'Etat, responsable de la politique sanitaire, apparaît en première ligne dans cette orientation stratégique des schémas gérontologiques (développement de l'offre en HAD, SSIAD, médicalisation des EHPA...) Par ailleurs, la coordination indispensable à assurer une continuité et une cohérence de parcours pour la personne âgée est un enjeu fort pour les territoires de proximité.

3.9 Qualité des accompagnements, bientraitance, lutte contre la maltraitance, éthique, démarche qualité... (à domicile et en établissements)

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Prévenir et lutter contre la maltraitance : numéro vert ; cellules pluri-professionnelles dédiées à l'écoute des professionnels ou des particuliers.</p> <p>Intégrer une formation spécifique pour les aides à domicile, systématiser les formations à la bientraitance, informer sur la maltraitance.</p> <p>Mettre en place des collaborations entre les services d'aide à domicile et la Gendarmerie autour des situations de maltraitements</p> <p>Intégrer les recommandations du gouvernement sur les procédures de signalement</p>	<p>Repenser une architecture de la dépendance. Faire partager la lecture architecturale conduite par le CG (cahier des charges) ; favoriser une meilleure articulation entre lieu d'habitat, lieu de vie en groupe...</p> <p>Pour les établissements d'hébergement, considérer la place des personnels non-soignants et d'animation.</p>	<p>Porter à la connaissance de tous les partenaires le protocole de signalement départemental</p>		<p>Mettre en place un conventionnement avec les services d'aide à domicile (professionnalisation, groupe de soutien et d'analyse des pratiques)</p> <p>Engager un travail collectif avec les EHPAD sur la qualité de service et contrôler cette qualité de service (référentiel commun)</p> <p>Mettre en place des campagnes d'information/formation à destination du public et des professionnels sur les maltraitements</p> <p>Mettre en place des procédures pour le signalement de situations de maltraitance</p> <p>Créer un fonds d'avances départemental pour financer les expertises médicales et accélérer la mise en place d'une mesure de protection</p> <p>Reconnaitre en EHPAD des lits d'hébergement dédiés à la protection avec une procédure d'admission particulière</p>	<p>Prévenir et lutter contre la maltraitance, à domicile comme en établissement.</p> <p>Les personnes âgées devenant plus dépendantes se trouvent aussi plus vulnérables, exposées à des risques de maltraitance de manière accrue : un plan d'inspection annuel des établissements est établi conjointement avec l'Etat ; les plaintes sont traitées conjointement aussi.</p> <p>Créer une charte de l'intervention à domicile et contrôler la qualité des interventions proposées</p> <p>Elaborer un protocole de recueil d'informations et de traitement des signalements</p>	<p>Lutter contre la maltraitance, promouvoir la bientraitance : faciliter le circuit des signalements et organiser le traitement de la maltraitance.</p> <p>Optimiser le traitement des informations 'signalantes'.</p> <p>Améliorer l'accueil et l'hébergement des personnes âgées (conventions tripartites et suivi qualitatif du partenariat avec l'ARS)</p>	<p>Adapter l'offre d'hébergement et de logement</p> <p>Assurer l'amélioration de la qualité en EHPAD (présence d'infirmière de nuit, conduite des évaluations interne et externe)</p> <p>Promouvoir l'efficacité des établissements et services en développant la prise en charge palliative en EHPAD</p>

Au-delà de la mise en œuvre des protocoles et autres numéros verts, la sensibilisation aux situations de maltraitance (le contrôle, le suivi) et la promotion de la bientraitance (l'information, la formation, l'échange, la qualité des interventions et des intervenants) sont des axes désormais incontournables des stratégies départementales, à domicile ou en établissement.

3.10 Amélioration de la formation des professionnels/fidélisation

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
<p>Diversifier et mutualiser les formations entre établissements, organisations et secteurs (domicile, personnes âgées, personnes handicapées).</p> <p>Mettre en place des solutions de remplacement pour les personnels formés.</p> <p>Pallier les difficultés de recrutement en renforçant l'attractivité (soutien des personnels, analyse des pratiques, passerelles entre établissement et services à domicile...) et la mutualisation</p> <p>Monter un centre de formation en partenariat avec tous les acteurs de la dépendance.</p> <p>Intégrer une formation spécifique pour les aides à domicile, systématiser les formations à la bientraitance, informer sur la maltraitance.</p>	<p>Soutenir la professionnalisation des acteurs du maintien à domicile.</p> <p>Favoriser la construction d'un parcours de professionnalisation aux personnels des SAD.</p> <p>Garantir la qualité du service rendu aux usagers.</p> <p>Construire des parcours adaptés de professionnalisation en établissement : généraliser la formation à la gérontologie, mutualiser les formations, soutenir le déroulement des carrières.</p>	<p>Définir un référentiel professionnel pour les agents et les encadrants des SAAD.</p> <p>Développer le partenariat dans le cadre de l'autorisation et la tarification des SAAD par le CG.</p> <p>Améliorer la professionnalisation du personnel en établissement.</p>			<p>Poursuivre l'effort de formation et de qualification engagé par les services d'aide à domicile pour répondre à l'impératif de qualité dans les interventions.</p> <p>Un conventionnement est prévu entre les SAAD et le CG qui portera, entre autres, sur les actions de formation et le soutien aux professionnels.</p>		<p>Poursuivre la professionnalisation des aides à domicile, surtout en emploi direct et mandataire (formation et validation des acquis de l'expérience)</p>	<p>Renforcer la professionnalisation en EHPAD (améliorer l'accès aux professions d'aides-soignants et d'IDE, réduire le taux de faisant fonction)</p>

La poursuite de la professionnalisation des personnes intervenant à domicile est une orientation forte des différents schémas ; certains vont plus loin en proposant des parcours de formation. Dans tous les cas, c'est la qualité et la continuité du service proposé qui sont recherchées dans cette préoccupation de formation et de professionnalisation, tant à domicile qu'en établissement.

3.11 Répartition équitable des équipements sur le territoire, réduction des disparités territoriales

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Parfaire le maillage territorial</p> <p>Examiner les projets et porter une attention particulière à l'étude des besoins préalables, à l'accessibilité – soins, transports.</p> <p>Organiser, sur un bassin de vie, la complémentarité de l'offre, promouvoir le conventionnement entre les structures complémentaires.</p> <p>Prendre en compte la question des transports</p>	<p>Offrir un panel d'accompagnements, que ce soit à domicile ou en établissement, qui soit en adéquation avec les besoins et attentes des personnes âgées.</p> <p>L'offre doit être équitable (structurée et aussi diversifiée que possible partout sur le territoire) et de qualité.</p> <p>offrir un accompagnement des personnes âgées global, adapté et de proximité sur l'ensemble du département.</p>	<p>Développer et diversifier l'offre de portage des repas pour parvenir à une couverture totale du territoire</p>		<p>Renforcer la capacité en lits d'EHPAD sur les territoires déficitaires</p> <p>Définir un régime des aides à l'investissement pour la construction ou la restructuration d'EHPAD</p>	<p>Organiser le territoire en secteurs d'action gérontologique : 3 pôles eux-mêmes décomposés en 7 secteurs, sur le département. Les CLIC devront se réorganiser autour de ces territoires.</p> <p>Favoriser la création de places de SSIAD (ARS), créer des antennes au sein des services existants pour améliorer la desserte des communes</p>	<p>Proposer une offre d'accueil dimensionnée aux attentes et aux comportements des personnes âgées du département.</p>	<p>Conforter l'offre en SSIAD</p> <p>Favoriser l'équité d'accès aux EHPAD</p>

Répartir au plus près des besoins dans leur déclinaison territoriale l'offre d'accueil et de prise en charge ; assurer à toutes les personnes âgées qui le souhaitent un maintien à domicile de qualité avec des services de proximité sont les objectifs généraux fixés par les Schémas ; cela passe, parfois, par une réorientation de l'offre institutionnelle ; cela passe, le plus souvent, s'agissant du maintien à domicile, par une meilleure répartition et une plus grande qualité des interventions proposées.

3.12 Organisation de la continuité et de la complémentarité, logique de parcours (partenariat, mutualisation, réseau, coordination)

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Structurer les coordinations locales.</p> <p>Coordonner la prise en charge : signalement, évaluation, diagnostic, suivi médical et accompagnement médico-social.</p> <p>Evaluer régulièrement les besoins de la personne âgée : mise en place de groupements de coopérations et de personnes ressources.</p> <p>Améliorer avec les centres médico-sociaux la circulation de l'information sur la personne prise en charge et pallier la disparition progressive de certaines professions médicales.</p>	<p>Mettre la personne âgée au cœur du dispositif de coordination gériatologique.</p> <p>Mieux identifier les domaines d'intervention et les compétences des différents acteurs du champ gériatologique, assurer une continuité et une cohérence entre les interventions, offrir un accompagnement des personnes âgées global, adapté et de proximité sur l'ensemble du département.</p> <p>Sécuriser le parcours de la personne âgée entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.</p> <p>Intensifier le dialogue et le partage de l'information entre les acteurs du maintien à domicile.</p> <p>Faciliter l'entrée dans le parcours Alzheimer</p>	<p>Améliorer les retours à domicile après hospitalisation (prise en charge continue, diminution des situations d'urgence)</p> <p>Encourager le regroupement des SAAD publics</p>		<p>Le besoin de coordination est de plus en plus prégnant, la coordination individualisée à la personne âgée devient un véritable enjeu et une priorité pour le soutien à domicile avec pour objectif principal d'apporter à la personne une réponse sanitaire, sociale et médico-sociale intégrée.</p>	<p>Améliorer les articulations en sortie d'hospitalisation</p>		<p>Promouvoir l'efficience des établissements et services (intégrer les EHPAD à la filières gériatriques, soutenir la mutualisation de moyens techniques et fonction supports, favoriser les regroupements)</p>

Les dispositifs de coordination entre les intervenants auprès de la personne âgée, souvent nombreux, en particulier à domicile, sont encouragés de façon à assurer la qualité et la continuité des parcours des personnes âgées et éviter les ruptures. L'ensemble des professionnels du secteur sanitaire ou social ou médico-social sont concernés.

3.13- Interventions auprès des familles et aidants non-professionnels : information, formation, accompagnement, formules de répit

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Soutenir les aidants naturels. Elaborer un outil de recueil des données pour mieux les identifier et connaître leurs besoins.</p> <p>Diffuser la pratique des groupes de parole (à coupler avec les accueils de jour)</p>	<p>Les besoins des aidants sont des besoins d'information, de soutien et de répit.</p> <p>Le CG doit généraliser et améliorer la coordination de proximité, à travers notamment les UTAMS pour permettre aux aidants de trouver des relais de proximité</p> <p>Accompagner les aidants non professionnels des malades d'Alzheimer (dont expérimentation de gp de soutien)</p> <p>Diversifier les modes d'hébergement alternatifs comme les structures de répit pour les aidants naturels</p>	<p>Informé et accompagner les aidants sur les dispositifs relais (trouver des relais pendant les périodes difficiles, développer les solutions type groupes de parole).</p> <p>Développer des alternatives entre le domicile et l'établissement.</p>		<p>Définir un dispositif coordonné d'aide aux aidants réunissant les initiatives existantes</p> <p>Missionner et accompagner ALMA et France Alzheimer Bigorre sur cette action pour :</p> <p>*Recenser et évaluer les initiatives de soutien et outils déjà existants sur le département</p> <p>*Améliorer et développer les actions de soutien en veillant à harmoniser les actions de soutien sur les différents territoires (sur la base d'appel à projets définis par le Conseil Général) notamment en développant les groupes de paroles</p> <p>*Mettre en place une stratégie de communication auprès des aidants et de l'entourage des personnes âgées</p>	<p>Le rôle des CLIC est développé, ils doivent renforcer leur mission d'information auprès des personnes âgées.</p> <p>Développement des centres d'accueil de jour pour personnes âgées dépendantes et/ou atteintes de troubles cognitifs, soulager les aidants familiaux : répit dans l'accompagnement soutien psychologique, et conseils des professionnels.</p>	<p>Apporter un soutien accru aux aidants avec des périodes de répit favorisées par l'hébergement temporaire et/ou l'accueil de jour, alternatives au maintien à domicile</p>	<p>Poursuivre le développement des MAIA</p> <p>Développer les formations d'aide aux aidants (maladie d'Alzheimer)</p> <p>Développer et diversifier les structures de répit (y compris plateforme d'accompagnement et de répit Alzheimer)</p>

Soutenir les aidants familiaux non seulement par la mise en place de solutions temporaires d'hébergement et/ou d'accueil mais aussi par la mise en place de groupes de parole, de cellules de soutien est un axe fort de la politique de maintien à domicile.

3.14 - Observation du secteur, diffusion d'information, animation

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	<p>Mettre en place un dispositif de centralisation, de consolidation, de traitement et de diffusion d'informations et statistique (centralisation des informations avec un logiciel de gestion des données communes entre CRAM, Etat et CG).</p> <p>Mettre en place un système d'information efficace sur les places disponibles</p> <p>Identifier à l'échelle départementale des thèmes de réflexion communs sur la trajectoire de la personne et les mutualisations éventuelles.</p> <p>Partager informations et expériences.</p>	<p>Le Conseil Général se positionne comme coordonnateur de l'ensemble de la politique gérontologique au niveau départemental avec le réseau des UTAMS au plan territorial</p> <p>Organiser la connaissance réciproque des institutions et dispositifs agissant dans le champ des MAMA</p> <p>Mettre en place un groupe expert pour étudier les difficultés de suivi des orientations nationales du Plan Alzheimer incitant au diagnostic précoce et l'accessibilité réelle à la prestation APA à un stade peu avancé de la pathologie</p>	<p>Favoriser la connaissance des établissements par le public et les partenaires.</p> <p>Améliorer l'identification des CLIC.</p> <p>Améliorer le contenu de l'information à disposition de la population.</p>		<p>Développer une centrale des disponibilités pour les places en accueil de jour et en hébergement temporaire</p> <p>Créer un comité départemental de vigilance, de prévention des maltraitances et de protection</p>	<p>Créer une direction personnes âgées – personnes handicapées au sein des services départementaux.</p> <p>3 pôles sont identifiés pour une organisation par grands secteurs, l'anticipation des évolutions futures, une territorialisation des interventions au service du développement local, une vision plus globale des attentes des usagers.</p> <p>Développer l'information via cette nouvelle Direction avec l'appui des Pôles et secteurs, des CLIC et du CODERPA (qui doit être un lieu de dialogue et de réflexion régulièrement consulté)</p>	<p>Renforcer la proximité des lieux d'accueil du public avec les pôles de développement social.</p> <p>Coordonner l'offre et la demande d'accueil en établissement : centraliser au niveau départemental les places disponibles en établissement afin de faciliter l'entrée des résidents, notamment dans les cas de situations d'urgence.</p>	

Connaître et faire connaître les dispositifs existants, les rendre plus accessibles au plus grand nombre, mettre en place une gestion centralisée des places disponibles sont les objectifs donnés aux différents pôles territoriaux, en lien avec les directions des différents Conseils Généraux.

4- Eléments financiers

Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	SROMS
	Aucun élément	Aucun élément	Aucun élément		Suivant les fiches actions, chiffrage du coût de l'action.	Aucun élément	Aucun élément	<p>Le PRIAC est le document de programmation et de financement du SROMS, personnes à difficultés spécifiques exclus.</p> <p>Il tient compte de la fonction du SROMS de veiller aux articulations avec le champ sanitaire et des programmations et financements des Conseils Généraux.</p> <p>Le PRIAC tient compte des enveloppes annuelles et des programmes spécifiques</p>

Aucun élément financier relatif aux fiches-actions et/ou orientations prévues pour les Schémas en cours, n'est mentionné, à l'exception du département des Hautes-Pyrénées mais tous les départements, dans leur phase de diagnostic -état des lieux, ont posé des informations financières liées à l'APA, aux investissements réalisés dans le cadre des aménagements d'EHPAD...

G L O S S A I R E

ALMA	Allô maltraitance personnes âgées	IRTS	Institut régional du travail social
APA	Allocation personnalisée à l'autonomie	ISPED	Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation	MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
ARS	Agence régionale de santé	MARPA	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
AS	Aide-soignant	MDSI	Maison départementale de la solidarité et de l'insertion
CAF	Caisse d'allocations familiales	MSA	Mutualité sociale agricole
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail	PACT	Mouvement pour l'amélioration du cadre de vie et de l'habitat
CCAS	Centre communal d'action sociale	PAPA	Plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées
CG	Conseil général	PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale	PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
CICAS	Centre d'information et de coordination de l'action sociale	PRIAC	Programme interrégional d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
CLIC	Centre local d'information et de coordination	PRS	Projet régional de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	PRSP	Programme régional de santé publique
CODERPA	Comité départemental des retraités et des personnes âgées	PSRS	Plan stratégique régional de santé
CODES	Comité départemental d'éducation à la santé	RDAS	Règlement départemental d'aide sociale
CNSA	Caisse nationale pour l'autonomie et la solidarité	RSI	Régime social des indépendants
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	SAD	Service d'aide à domicile
GRAM	Caisse régionale d'assurance maladie	SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
CREAHI	Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations	SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie	SROMS	Schéma régional d'organisation sociale et médico-social
DDCS	Direction départemental de la cohésion sociale	SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge	SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
DRASS/DDASS	Direction régionale/départementale des affaires sanitaires et sociales	SYNERPA	Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées
DT-ARS	Délégation territoriale de l'agence régionale de santé	TIC	Technologies de l'information et de la communication
DU	Diplôme universitaire	UHR	Unité d'hébergement renforcée
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	UD/UNCCAS	Union départementale/nationale des centres communaux et intercommunaux d'Action sociale
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs	UTAS	Unité territoriale d'action sociale
FEPEM	Fédération des particuliers employeurs de France	UTAMS	Unité territoriale d'action médico-sociale
FHF	Fédération hospitalière française	URIOPSS	Union régionale interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
FNARS	Fédération régionale des associations d'accueil et de réinsertion sociale	URPS	Union régionale des professionnels de santé libéraux
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale	USLD	Unité de soins de longue durée
GIR	Groupe iso-ressources	UTAMS	Unité territoriale d'action médico-sociale
HCSP	Haut conseil de santé publique		
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires		
IDE	Infirmier diplômé d'Etat		
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers		
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques		
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale		