

2013-2017

Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale



Personnes
Âgées



Le vivre ensemble dans le respect de la dignité et du bien-être des plus fragiles de nos concitoyens quel que soit leur âge ou leur handicap constitue un enjeu fondamental de nos politiques publiques. Le Département de La Réunion, pilote de l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées y consacre chaque année plus de **250 millions d'euros**.

Outil incontournable, le **Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale 2013-2017** s'inscrit dans une perspective d'action sociale en faveur de ces publics. Il répond au souci du bien-être et de la prise en charge des personnes en proposant une **programmation d'actions détaillée**. Cette dernière respecte les différentes orientations développées dans le cadre des politiques sociales du département : **solidarité, cohésion familiale, approche globale des besoins et réponse individualisée**.

Il intervient dans un contexte en pleine mutation (mise en place des ARS, réforme des collectivités territoriales, acte 3 de la décentralisation, projet de modernisation territoriale...). Son élaboration est le résultat d'une concertation approfondie entre le Conseil Général et l'ARS. Il s'articule aux attentes du Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale et plus généralement à l'ensemble des politiques et engagements transversaux du Conseil Général.

Toutefois, si la concertation entre institution est nécessaire, la participation des usagers, des associations, des professionnels et des élus a permis, dans une logique de proximité, de proposer une réponse à l'échelle la plus juste, celle de la personne.

Présidente du Conseil Général

Sommaire

Le cadre législatif et réglementaire	5
1. L'objectif du schéma d'organisation sociale et médico-sociale – volet Personnes Agées	5
2. Les implications de ces dispositions et les défis des schémas de nouvelle génération	6
3. Une démarche de concertation cohérente entre les différents acteurs	6
LA REUNION EN PERSPECTIVE	8
L'évolution démographique	8
Les caractéristiques économiques	12
Caractéristiques des seniors réunionnais	15
L'accompagnement des personnes âgées	20
L'offre d'établissements et de services	28
LE BILAN DU SDOSMS 2007-2011	35
Le maintien à domicile	36
L'offre d'accueil en établissement	39
L'amélioration de la qualité de la prise en charge	44
PLAN D'ACTION	49
ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES	52
Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté	52
Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable du maintien de l'autonomie	68
ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES	85
Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charge inscrites dans la continuité des projets individuels	85
Thématique 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bientraitance	99
Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés	107
ORIENTATION III - GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA	113
Thématique 6 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma	113
Thématique 7 : Développer une politique globale dans le champ de l'autonomie des personnes	115

Le cadre législatif et réglementaire

Le nouveau schéma d'organisation sociale et médico-sociale concernant les personnes âgées réalisé pour la période 2013-2017, s'inscrit dans un contexte législatif et réglementaire largement renouvelé :

- la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales,
- la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est établi pour une durée maximum de 5 ans, en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire¹ et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)². Enfin, la convergence initiée au niveau national autour des politiques gérontologique et du handicap par la mise en place notamment d'un droit à la compensation pour l'usager (allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap) a conduit à privilégier, autant que faire se peut, des réponses de droit commun de proximité adaptées à la perte d'autonomie.

Il est arrêté par le Président du Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'ARS, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques portant sur les accompagnements médico-sociaux³. Pour avis, le Comité départemental des retraités et des personnes âgées est également consulté (CODERPA). A l'issue d'un appel à candidature, sont également appelés à se prononcer, l'ensemble des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur de la perte d'autonomie ainsi que les représentants des usagers qui ne sont pas représentés au sein du CODERPA qui se sont portés candidats. Les schémas peuvent être révisés à tout moment à l'initiative de l'autorité compétente pour l'adopter.

1. L'objectif du schéma d'organisation sociale et médico-sociale – volet Personnes Agées

L'objectif du schéma est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. Ainsi, le schéma a pour objet (article L. 312-4 et L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles) :

- d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,

¹ Articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du code de la santé publique

² Article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et médico-sociale (C.A.S.F)

³ Article L. 1432-1 du code de la santé publique

- de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre,
- de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme public ou privé,
- de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

2. Les implications de ces dispositions et les défis des schémas de nouvelle génération

L'acte II de la décentralisation renforce les compétences du Conseil général en matière d'interventions sociales et attribue à son Président la responsabilité d'organiser les dispositifs sur le territoire du département.

Ces dispositifs sont en plusieurs endroits complexes : de nombreux acteurs interviennent, les cloisonnements entre le sanitaire et le social peuvent prendre diverses formes, les attentes des populations prises en charge se font de plus en plus ressentir.

Le Conseil général doit donc relever plusieurs défis :

- Evaluer de manière objective les atouts et les points d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées ;
- Connaître les besoins satisfaits, non encore satisfaits et émergents de ce public ;
- Proposer un document directeur qui soit composé d'actions précises et opérationnelles ;
- Arrêter une programmation de places en structure qui réponde à un équilibre en termes d'équipement sur l'ensemble du territoire.

L'ensemble de ces principes exige une méthodologie innovante dans l'élaboration du schéma qui vise à saisir les problématiques différenciées du département et à associer étroitement les acteurs du secteur à la démarche.

3. Une démarche de concertation cohérente entre les différents acteurs

L'élaboration du SDOSMS 2013-2017 est issue d'une démarche concertée, afin d'assurer une cohérence entre les outils de programmation des politiques publiques et recueillir l'adhésion des acteurs locaux au diagnostic et aux propositions d'objectifs et d'actions.

Ses travaux d'actualisation ont été menés conjointement avec l'ARS Réunion qui élabore le SROSM sur la même période en y associant, au travers de groupes de travail, les acteurs œuvrant dans la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées :

- les représentants de l'Education nationale
- les représentants du service public de l'emploi
- la Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIECCTE)
- la Région
- les représentants des centres communaux d'action sociale (CCAS)

L'association des acteurs locaux de l'offre de santé et des usagers a été réalisée au travers de groupe de travail et de consultations obligatoires dont le cadre est défini par la loi.

LA REUNION EN PERSPECTIVE

La Réunion en perspective

L'évolution démographique

Une croissance de la population qui se stabilise

Au 1er janvier 2010 la population de l'île est de 833 000 habitants. L'accroissement naturel demeure le facteur principal de la croissance démographique réunionnaise, puisqu'il représente 95 % de l'augmentation de la population de la dernière décennie.

Entre 2010 et 2040, si les tendances démographiques (naturelle et migratoire) se confirment, la population réunionnaise devrait augmenter d'environ 28 % et ainsi dépasser le seuil du million d'habitants.

Evolution de la population sans double compte (en milliers)

Année	La Réunion	France métropolitaine
1990	598	56 615
1999	706	58 520
2006	782	61 400
2007	794	61 796
2008	808	62 135
2009	816	62 465
2010 (1) (p)	833	62 799
2040 (2) ⁴	1 061	70 734

Sources : INSEE, recensements de la population 1990 à 2008, estimations de la population 2009 et 2010, projection de la population 2040

Taux de croissance de la population de la Réunion						
Année	1974	1982	1990	1999	2005	2010
Population aux recensements	476 675	515 814	597 823	706 180	774 600	833 000
Taux d'accroissement de la population		8,21%	15,90%	18,12%	9,68%	7,5%

Sources : INSEE

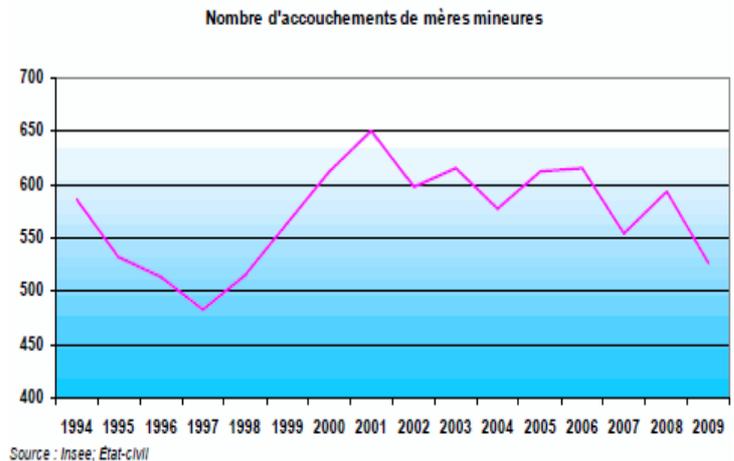
En 2010, le taux de natalité s'élève à 17,4 ‰ à La Réunion. Il est très supérieur à celui de la France métropolitaine (12,8 ‰) malgré une baisse de nouveau et atteint son plus bas niveau depuis 2000.

L'âge moyen à la maternité évolue lentement : il se situait à 27,6 ans en 1999, il atteint 28,4 ans en 2010 (29,7 ans en France métropolitaine). Au premier enfant, l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 26,2 ans (30,1 en France métropolitaine).

⁴ (2) Résultats des scénarios centraux

La part des naissances hors mariage continue d'augmenter : en 2010, 72 % des enfants naissent à La Réunion de parents non mariés, contre 60,1 % en 1999. En France métropolitaine, les naissances hors mariage représentent 55 % des naissances.

Le nombre de grossesses précoces diminue sensiblement sur un an. En 2010, 529 mères mineures ont accouché (dont 30 avaient moins de 15 ans), ce qui représente 3,7 % des naissances ; elles étaient au nombre de 526 en 2009. En France métropolitaine, les femmes mineures au moment de l'accouchement ne représentent que 0,5 % des naissances.



Le nombre de décès de personnes domiciliées à La Réunion progresse en 2010 (4 221 en 2010 et 4 109 en 2009). Toutefois la tendance à la croissance du nombre de décès amorcée dans le milieu des années 1990 devrait se poursuivre dans les années à venir du fait du vieillissement de la population.

Le taux de mortalité diminue depuis 2005 pour retrouver son niveau de 2004 (aux alentours de 5,1 ‰). Il est beaucoup plus faible à La Réunion qu'en France métropolitaine (8,5 ‰). Cet écart tient au seul fait de la jeunesse de la population réunionnaise. Le taux de mortalité infantile s'élève à 6,8 ‰ en 2010, ce qui correspond à 93 décès d'enfants de moins d'un an. La mortalité infantile est relativement stable depuis 1990 mais reste nettement supérieure à celle enregistrée en France métropolitaine (3,7 ‰).

L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter. Au 1er janvier 2009, elle était de 74,9 ans pour les hommes et de 82,7 ans pour les femmes. L'espérance de vie à La Réunion est parmi les plus faibles des régions françaises. En France métropolitaine, l'espérance de vie à la naissance est de 77,8 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes.

Un département qui demeure jeune mais qui entame son vieillissement

La rapidité de l'évolution des variables de la natalité et de la mortalité, les effets d'écho sur l'évolution de la population et le rôle des migrations sont aujourd'hui lourds de conséquences sur la structure par âges et par sexe de la population réunionnaise. Avec 34,4% de moins de 20 ans en 2009, la population réunionnaise apparaît, au regard de la métropole où ce chiffre est de 23,2%, comme une population jeune.

La part des moins de 20 ans n'a cessé de décroître depuis la baisse de la fécondité des années 1960. Celle des personnes de plus de 60 ans, encore faible, s'est hissée à 11,8%, alors qu'elle était

de 10,5% en 2004. Ce vieillissement de la population réunionnaise se traduit par un accroissement de l'âge moyen (32 ans contre 39 ans en métropole).

Le vieillissement a également tendance à s'accélérer : l'âge moyen de la population a augmenté de quatre mois par an entre 1999 et 2006 contre trois mois seulement entre 1990 et 1999.

La Réunion, comme les autres DOM, devra faire face à un vieillissement rapide de sa population (doublement de la part des plus de 60 ans d'ici 2040) avec une nette dégradation du taux de dépendance vieillesse posant les enjeux de la prise en charge de la dépendance.

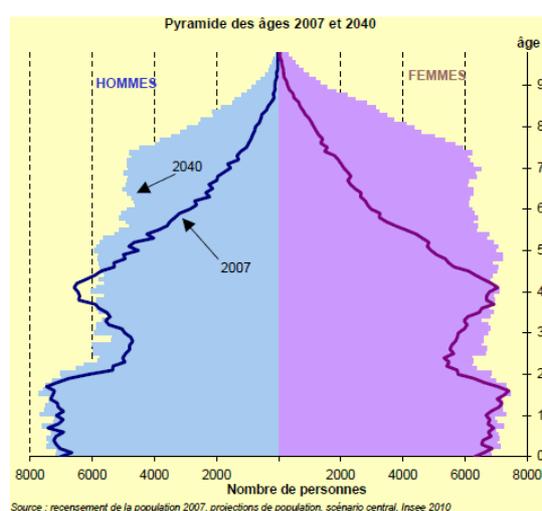
Tranches d'âge	Nombre (avec doubles comptes)	%
0 à 19 ans	282 352	34,4
20 à 29 ans	107 664	13,1
30 à 39 ans	117 375	14,3
40 à 49 ans	126 841	15,4
50 à 59 ans	89 150	10,9
60 à 69 ans	52 917	6,4
+ de 70 ans	44 869	5,4
Ensemble	821 168	100

Sources : Répartition de la population par tranche d'âge en 2009, INSEE

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	France
Population (en milliers)	2010	403	399	226	821	64 323
	2040	404	423	574	1061	73 198
Croissance annuelle depuis 1999 (%)		0,4	0,5	3,9	1,5	0,5
Fécondité (nb d'enfants par femme)		2,2	2,1	3,6	2,5	2
Age moyen (en année)	2010	36,2	37,4	26,4	31,9	39,2
	2040	47,7	47,8	30	39,8	43,6
Part des - 20 ans (%)		30	28	44	34	25
Part des + 60 ans (%)	2010	18	20	6	12	22
	2040	40	40	12	26	31
Taux dépendance vieillesse	2010	34,9	37,7	12,6	22,2	41,8
	2040	106,2	100,8	26	55	66,4

Sources : DREES, INSEE (données de la population au 01/01/2009 ; projection OMPHALE 2010°

La pyramide des âges de la population réunionnaise reflète l'importance des mouvements naturels et migratoires qui ont affecté la population depuis une quarantaine d'années. La base de la pyramide des âges reste large sous l'effet d'une fécondité encore élevée (2,38 enfants par femme en 2010), ce qui permet de maintenir un nombre important de jeunes. À l'inverse, le sommet de la pyramide s'élargit à cause de l'augmentation du nombre de personnes âgées (+ 22 000 personnes de plus de 60 ans depuis 1999).



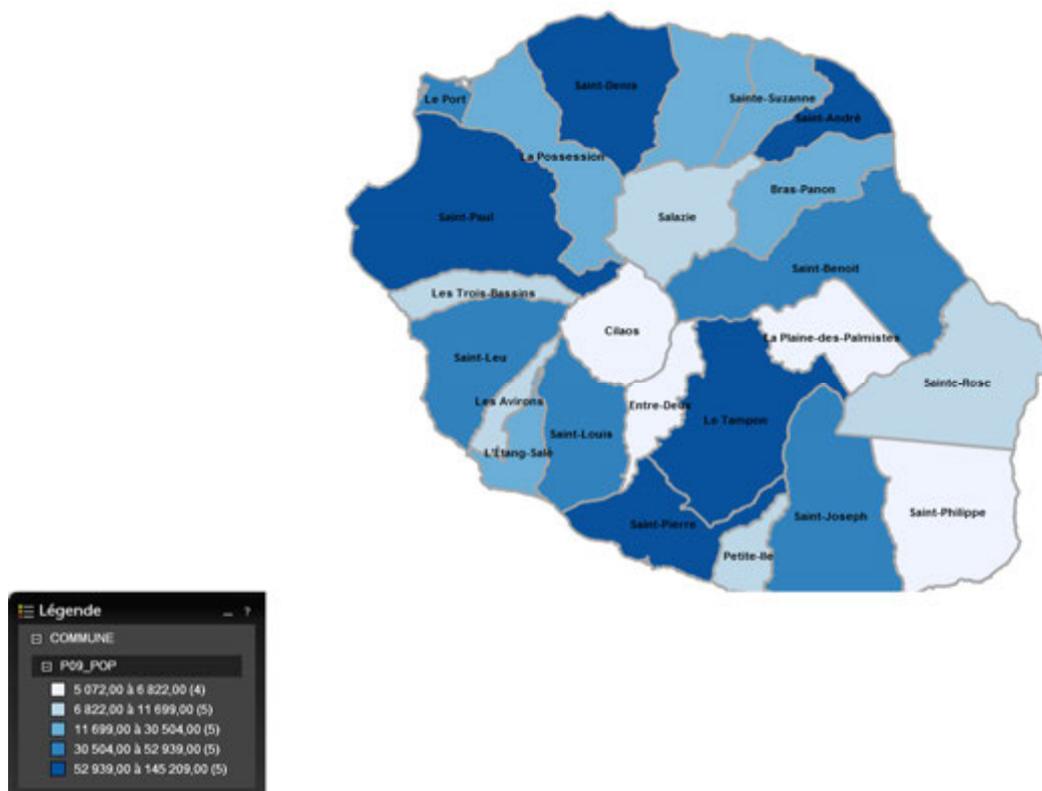
La Réunion compte aujourd'hui parmi les départements français les plus concernés par le vieillissement démographique.

Une répartition hétérogène de la population sur le territoire

La population des quatre microrégions augmente, principalement sous l'effet de soldes naturels importants. Alors qu'au niveau communal les taux de solde migratoire apparents varient beaucoup d'une commune à l'autre, l'écart est beaucoup plus limité pour les microrégions (entre - 0,31 % et +0,31% par an). Avec plus de 35 % de la population réunionnaise, le Sud est la microrégion la plus peuplée. Le Nord, qui était la deuxième région en terme de poids démographique en 1990, est désormais moins peuplé que l'Ouest (respectivement 24,4 % et 25,5 % de la population). Enfin, avec 14,6 % de la population, la région Est reste la moins peuplée des quatre.

Microrégion	2000	2005	2009
Est	103 400	113 000	118 620
Nord	178 000	187 000	198 013
Ouest	182 900	203 000	209 835
Sud	252 500	275 500	289 896
Total Réunion	716 800	778 500	816 364

Source Insee



Les caractéristiques économiques

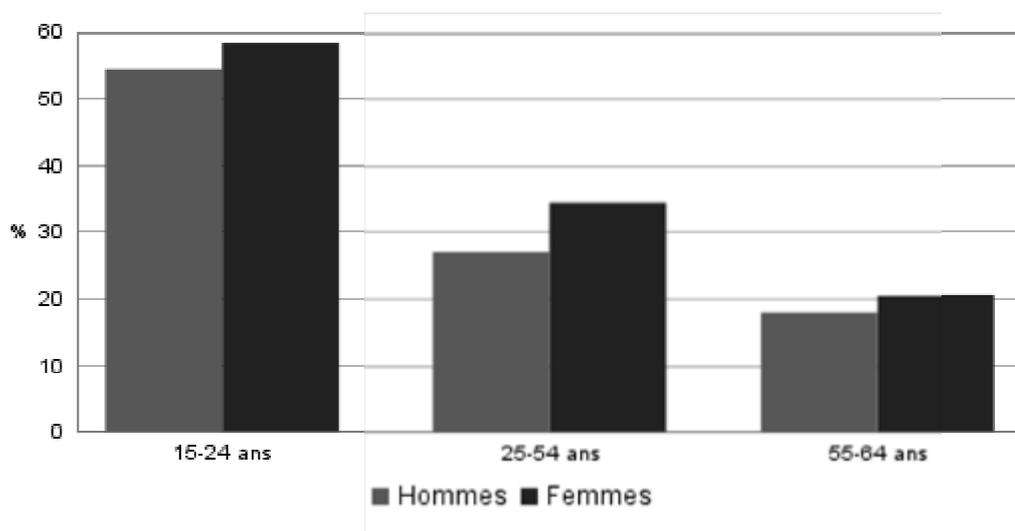
Un taux de chômage élevé, des jeunes toujours plus exposés

Depuis 2008, la situation économique et sociale locale a connu une nette aggravation marquée par un repli de la croissance économique et une forte augmentation du chômage. Le taux de chômage au sens du BIT s'établit à 28,9% à La Réunion au deuxième trimestre 2010. Il demeure le plus élevé des départements d'outre-mer : 23,5 % en Guadeloupe, 22,0 % en Martinique et 20,5 % en Guyane. En 2010, le nombre de chômeurs a dépassé les plus hauts niveaux jamais atteints depuis plus de 15 ans. Sur le 2ème trimestre 2011 le taux atteint 29,5 % de la population active.

Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus concernés par le chômage : le taux progresse de 2,2 points en un an, et s'élève à 55,3 % en 2010. Le taux de chômage est également très important chez les jeunes de 25- 49 ans (28% de la population active) et diminue sensiblement chez les 50 – 64 ans (16,1%). Pour les femmes, la hausse du taux de chômage est particulièrement importante chez les jeunes de 15 à 24 ans (+ 6,9 points), chez les hommes, ce sont les 25-49 ans qui sont le plus touchés, avec une hausse du taux de chômage de 2,2 points.

La part des jeunes de 18 à 25 ans non insérés représente 44,1 % de la classe d'âge en 2009 contre 19,1 % en France métropolitaine, plaçant la Réunion au 99^e rang sur les 101 départements français.

EMP G2 - Taux de chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans par sexe et âge en 2009



Source : Insee, RP2009 exploitation principale

Une situation de grande précarité financière

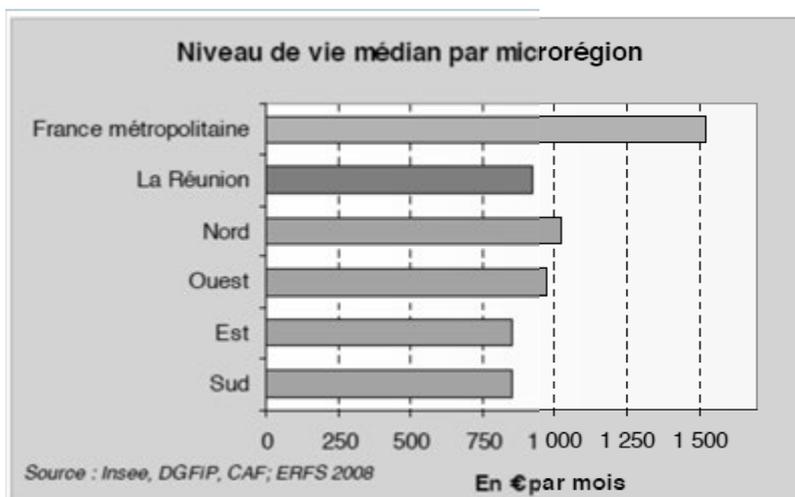
Une précarité 7 fois plus importante que la moyenne nationale

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	France
Part des familles monoparentales (% nb de ménages)	23,7	26	25,1	20,2	8,1
Proportion d'allocataires de minima sociaux dans la population âgées de 20 ans et plus (%)	27,1	24,4	17,8	26,2	7,2
Part de la population bénéficiant de la CMU de base (%)	17	22	19	14	3
Part des allocataires du minimum vieillesse dans la population de 60 ans et plus (%)	30,7	25,5	15,9	30,6	4,1

Source DREES, INSEE (données de population au 01/01/2009 ; projection OMPHALE 2010)

En 2011, il convient de noter une très forte évolution des bénéficiaires de la CMU de base (34,2% de la population).

Presque la moitié des réunionnais vit sous le seuil de pauvreté national, soit 964 euros par mois. La Réunion se distingue par un niveau de vie par individu inférieur aux moyennes nationales : 49% des Réunionnais vivent sous le seuil de pauvreté national, contre 13% de la population hexagonale.



La Réunion se distingue également par des inégalités plus marquées. L'écart de niveau de vie entre les plus aisés et les plus modestes est plus important à la Réunion. Occuper un emploi ne met pas toujours à l'abri de la pauvreté, 30% des personnes ayant un emploi vivent sous le seuil de pauvreté national. La pauvreté touche avant tout les familles monoparentales et les familles nombreuses. Ainsi, 58% des enfants à la Réunion, soit 144 000 enfants, vivent sous le seuil de pauvreté national. « Les inégalités monétaires ont toujours été plus prononcées à la Réunion qu'en France. Les 20% plus aisés perçoivent 44% de la masse des revenus alors qu'en France ce pourcentage n'est que de 37%⁵. »

En 2010, près de 144 000 personnes ont bénéficié d'une prestation considérée comme minimum social. En un an, le nombre d'allocataires est en progression de 2,4 %. Dans le même temps, les

⁵ INSEE, Economie de la Réunion n°134, avril 2009

montants versés augmentent de 1,7 % en 2010. Depuis 2008, la situation économique et sociale locale a connu une nette aggravation marquée par un repli de la croissance économique et une forte augmentation du chômage, entraînant une augmentation significative du nombre d'allocataires.

Allocataires de minima sociaux : + 2,4 % en 2010				
	Allocataires au 31/12		Montant en millions d'euros	
	2010	Évol. 2010/2009 en %	2010	Évol. 2010/2009 en %
Total prestations (1)	143 913	2,4	787,2	1,7
Rev. minimum d'insertion	67 828	3,4	372,8	1,8
Allocation de solidarité aux personnes âgées	29 227	- 2,3	132,8	- 4,8
Allocation parent isolé	13 974	1,9	71,4	2,1
Allocation adulte handicapé	12 411	3,1	93,8	6,1
Alloc. solidarité spécifique	12 328	11,3	71,1	8,0
Revenu de solidarité	7 391	1,6	41,9	1,9

(1) Un allocataire peut cumuler plusieurs prestations. D'autre part, certaines allocations ne sont pas détaillées dans ce tableau. C'est pourquoi la somme des allocataires pour chacune des allocations est différente du total.

Sources : Caisse des dépôts et consignations de Bordeaux ; CAF Réunion ; Pôle emploi ; CGSS

Les bénéficiaires du RSA

Le revenu de solidarité active (RSA) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 dans les DOM. Le RSA remplace le RMI, l'API (allocation de parent isolé) et la PF (prime forfaitaire d'intéressement). Seule une partie du RSA (le RSA socle) est considérée comme un minimum social. Décembre 2011, 78 215 personnes percevaient le RSA à la Réunion.



Un manque crucial de logements

La situation de la Réunion est particulièrement alarmante dans le domaine du logement. En 2009, 6 000 logements relèvent de l'habitat insalubre et 6 % de la population réunionnaise est ainsi concernée par l'habitat précaire et insalubre. S'y ajoute un retard important dans le domaine du logement social : 22 000 ménages sont en attente d'un logement social et seulement **27 % des demandes de logement dans ce parc sont satisfaites** (6 % du fait de la livraison de logements neufs et 21 % par l'attribution sur le parc existant).

Cette situation est d'autant plus criante que la population dispose de faibles ressources : 49 % de la population vit avec des moyens financiers inférieurs au seuil de pauvreté nationale. Ainsi, 80 % de la population est éligible au logement social, soit plus de 200 000 ménages alors que le parc social se compose en 2010 de 52 000 logements. A noter que les faibles ressources des ménages réunionnais font que la plupart des demandes portent sur les logements de type logements locatifs sociaux (LLS) ou logements locatifs très sociaux (LLTS) et très peu sur les logements intermédiaires aidés (PLS).

Les niveaux de loyers du marché libre trop élevés pour la plupart des réunionnais, font que de nombreux ménages sont en situation de sur-occupation (un quart des réunionnais) ou restent cantonnés dans des logements insalubres. **Au total, 69 000 ménages se trouvent en situation de surpeuplement du fait du manque de logements sociaux et d'un secteur locatif privé qui propose des coûts plus élevés.**

Les freins au développement du logement social sont multiples :

- le coût du foncier (en moyenne de 61 €/m² entre 1995-1996, le prix est passé à 96 €/m² entre 2000-2006 et à 143 € en 2006) et de la construction,
- l'absence de revalorisation des paramètres de financement de la Ligne Budgétaire Unique (LBU) sur les opérations de constructions de logements sociaux : la part des subventions dans le financement de la construction de ces logements a diminué au cours du temps sous l'effet de la hausse du coût des terrains et de la construction,
- le manque de foncier aménagé : 4 000 hectares devraient être ouverts à l'urbanisation, soit environ 200 hectares par an dont 120 pour le logement social.

Caractéristiques des seniors réunionnais

Si la Réunion reste un département jeune, les seniors sont de plus en plus nombreux, vivent majoritairement dans des conditions de précarité et les situations de dépendance des personnes âgées y sont plus fréquentes et plus précoces.

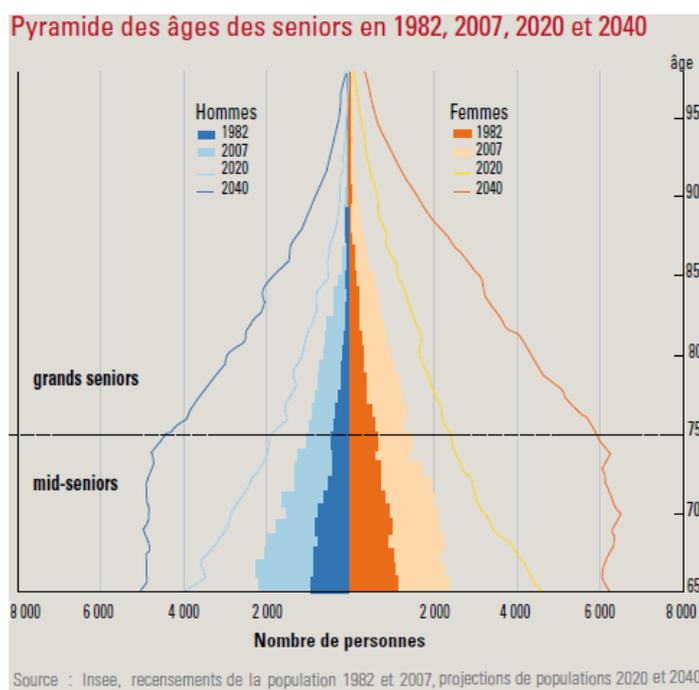
Des seniors de plus en plus nombreux

Les Réunionnais âgés d'au moins 65 ans sont 62 000 aujourd'hui. Ils sont trois fois plus nombreux qu'au début des années 80. Sur la même période, la population des seniors a augmenté trois fois plus vite que la population totale. La population réunionnaise vieillit donc et en un quart de siècle, la croissance des plus âgés s'est accélérée. Elle reste toutefois moins rapide que celle attendue d'ici 2040 où l'île comptera 219 000 seniors.

Avec les gains d'espérance de vie et les progrès en terme d'autonomie, les seniors seront ainsi de plus en plus nombreux. La Réunion fait face à l'un des enjeux majeurs de toute société moderne : le vieillissement de sa population.

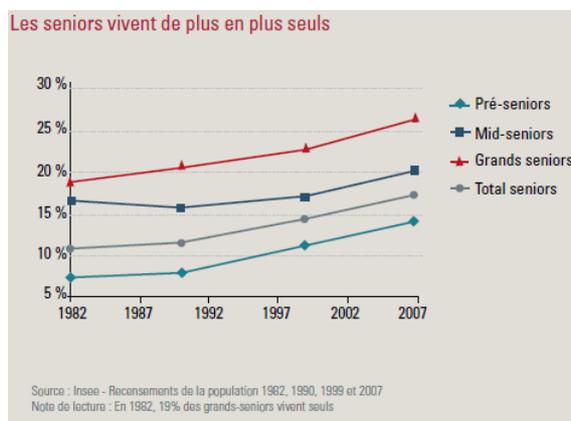
	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80 ans et '+
Hommes	14367	10906	7833	4869	4754
Femmes	15 387	12 257	10 564	7 221	9 628
Ensemble	29 754	23 163	18 397	12 090	14 382
Proportion Réunion	3,6	2,8	2,2	1,5	1,8
Ensemble Métropole	3 648 931	2 577 675	2 480 978	2 281 326	3 273 428
Proportion Métropole	5,67	4,01	3,86	3,55	5,09

Pyramide des âges des seniors en 1982, 2007, 2020 et 2040



Des modes de cohabitation en transition

L'Insee dans sa Revue «Économie de La Réunion» N° 137 - décembre 2010, Dossier : «Personnes âgées démographie et conditions de vie» révélait qu'en 25 ans, le nombre de seniors vivant seuls a quadruplé, pour s'établir à 29 300 en 2007. Le vieillissement de la population est en partie à l'origine de cette évolution, mais le fait de vivre seul s'est aussi répandu progressivement dans les mœurs. Ainsi, 17 % des seniors vivent seuls aujourd'hui contre 11 % en 1982. Les seniors vivent donc plus souvent seuls aujourd'hui.



La vie en famille reste néanmoins largement majoritaire, principalement en couple. Mais il est plus rare aujourd'hui de vivre sans conjoint aux côtés de ses enfants ou d'un autre membre de sa famille.

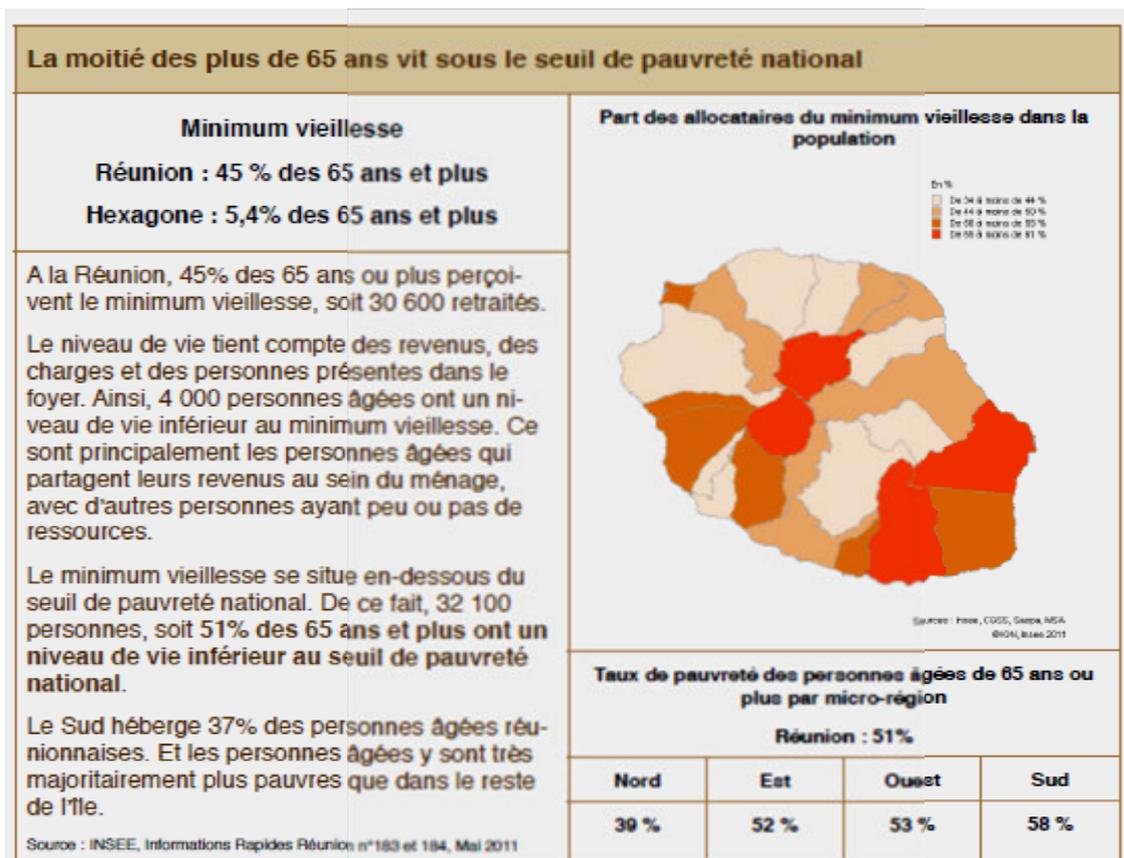
Des logements comportant des défauts

A partir de 65 ans, environ 72 % des ménages sont propriétaires de leur logement. Lorsqu'ils sont locataires, ils occupent majoritairement des logements sociaux (58 % des plus de 50 ans). Toutefois, les deux-tiers des grands seniors vivent dans des logements construits avant 1981. La qualité des logements en est affectée pour ces grands seniors où certains éléments de confort sont encore inexistant. Globalement les principaux défauts sont : les signes d'humidité sur certains murs (37 %), l'absence de protection de fils électriques (25 %), l'infiltration d'eau et l'absence d'eau chaude (17 %).

Une grande précarité financière des personnes âgées

L'étude sur les revenus des personnes âgées réalisée par l'INSEE en mai 2011 fait apparaître qu'en 2008 :

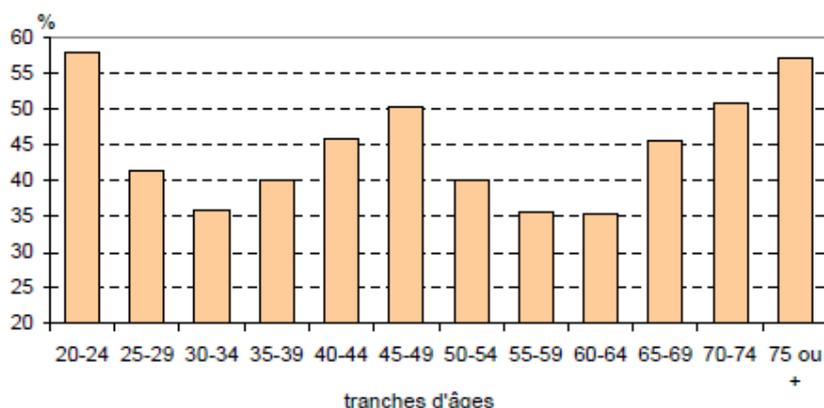
- 45 % des seniors réunionnais de plus de 65 ans bénéficient du minimum vieillesse (363 euros en moyenne pour une personne seule) : en Métropole, 4,1 % des plus de 60 ans sont allocataires du minimum vieillesse en 2009 : la précarité serait 10 fois plus importante que la moyenne nationale
- Sans le minimum vieillesse, 10 % des personnes âgées vivraient avec moins de 220 euros,
- Le minimum vieillesse, dont bénéficient beaucoup de personnes âgées, se situe bien en dessous du seuil de pauvreté,
- Une grande précarité existe surtout parmi les plus âgées.



La part des Réunionnais qui vivent avec le minimum vieillesse augmente avec l'âge : 27 % chez les 65-69 ans, 63 % chez les 80-85 ans et 8 personnes sur 10 de plus de 90 ans. 32 100 seniors, soit 51 % des plus de 64 ans, sont sous le seuil de pauvreté, malgré les minima sociaux. C'est un niveau proche de la moyenne de l'île (49 % des Réunionnais), leur niveau de vie étant inférieur au seuil de pauvreté national fixé à 911 euros. De plus, la pauvreté augmente avec l'âge : 46 % des 65-69 ans vivent sous le seuil de pauvreté, 51 % des 70-74 ans et 57 % des plus de 74 ans.

La Réunion compte 60 600 personnes assujetties au régime général des retraites en 2008. Cet effectif progresse de 4 %, ce qui correspond à l'évolution annuelle moyenne des 60 ans et plus entre 1999 et 2006. Pour la même année, 26 500 personnes sont affiliées aux régimes de retraite de la fonction publique. Leur nombre augmente de 5 % par rapport à l'année 2007.⁶ Les générations qui abordent actuellement l'âge de la retraite peuvent plus facilement justifier d'une carrière assortie de cotisations.

Graphique 3 : Taux de pauvreté par âge : il croît après 64 ans.



Source : Insee, DGFIP, CAF ; ERFS 2008
Lecture : entre 65 et 69 ans, 45 % des personnes vivent en dessous du

Un bilan de santé contrasté

Selon l'enquête Handicap, Incapacité et Dépendance (HID) réalisée en 2004 par l'INSEE, les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement, et le processus de vieillissement intervient plus tôt à La Réunion. Dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains. Les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés.

Espérance de vie à 60 ans au 1 ^{er} janvier 2008	La Réunion	France
Hommes	20,0	22,0
Femmes	25,2	26,7

Source : Insee, état civil, estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2008

⁶ Source TER 2010

Cependant, l'espérance de vie à 60 ans a nettement progressé. Celle des hommes gagne presque 2 points alors que chez les femmes cette dernière atteint désormais 22 ans, soit un gain de 1.6 an. Néanmoins, l'espérance de vie des réunionnais à 60 ans est nettement inférieure à celle des métropolitains.

Situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées

Les données reprises ci-dessous sont principalement extraites du tableau de bord de l'Observatoire Régional de la Santé (O.R.S.) de la Réunion, publié en septembre 2008.

Au niveau national, l'incidence globale de la maladie d'Alzheimer est estimée à 225 000 nouveaux cas par an, avec une augmentation de la prévalence fortement corrélée à l'âge et au sexe.

Age	Hommes	Femmes
75-79	7.7%	5.7%
80-84	12.5%	16.6%
85 et +	23.9%	38.4%

Ainsi, 72% des malades d'Alzheimer seraient des femmes, pour un total de 860 000 personnes âgées atteintes de démence, dont 680 000 atteintes de la maladie d'Alzheimer ; 330 000 personnes de plus de 75 ans présentent une démence à stade sévère ou modérément sévère. L'espérance de vie est de 5 ans après le diagnostic, ce dernier étant établi dans un cas sur deux, et seulement un sur trois au stade précoce.

A la Réunion, L'O.R.S.,⁷ a dénombré 3 600 personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer à la Réunion. Une actualisation, à partir des dernières données démographiques connues (INSEE, RP 2008), aboutirait à 4005 malades.

Age	Hommes	Femmes	Total
75-79	362	405	767
80-84	359	818	1177
85 et +	388	1673	2061
Total	1109	2896	4005

Au 31 décembre 2011, 2 282 personnes bénéficiaient d'une reconnaissance d'ALD Alzheimer (affectation longue durée) au titre du régime général d'assurance maladie. L'application à la Réunion des taux de prévalence de l'enquête PAQUID doit néanmoins être considérée avec réserve, comme l'indique l'ORS ; en effet, il n'existe aucune étude épidémiologique régionale, et plusieurs facteurs de risque, présents à la Réunion, pourraient accroître les données de prévalence.

⁷ par application à la population réunionnaise de 2006 des taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer mesurés par classe d'âge par l'enquête PAQUID.

L'accompagnement des personnes âgées

La mise en place de l'APA a constitué une étape importante dans l'amélioration de l'accessibilité des dispositifs et la coordination des acteurs de la prise en charge gériatrique constitue un enjeu central pour les années à venir. Le vieillissement et la prise en charge de ses conséquences sont trop souvent vécus comme un déracinement familial, social, physique. Rendre possible le maintien de la personne dans son environnement impose de mettre à sa disposition des réponses de proximité variées et adaptées. C'est la raison qui a conduit le Département de la Réunion à mettre en place un ensemble de dispositifs volontariste d'accompagnement des personnes âgées.

Des prestations marquées par la prédominance de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est un dispositif qui a été instauré le 1er janvier 2002 à destination des personnes âgées de plus de 60 ans dont le degré de dépendance est évalué en GIR (Groupes Iso-Ressources) 1 à 4. L'ouverture des droits n'est pas soumise à condition de ressources, mais les bénéficiaires s'acquittent d'un ticket modérateur proportionnel au montant du plan d'aide accordé et dont le taux croît avec leur revenu.

L'évolution importante des bénéficiaires depuis 2002

Entre 2002 et 2010, avec un taux de croissance de 18%, le nombre de bénéficiaires de l'APA à La Réunion a progressé plus vite que dans l'Hexagone (+10%).

Année	Nombre de bénéficiaires Réunion (au 31/12)	Evolution (en %)	Montant annuel (en M€)	Evolution (en %)
2002	3 162		11	
2003	7 179	55,95	37	70,27
2004	8 630	16,81	54	31,48
2005	9 776	11,72	64	15,63
2006	11 876	17,68	76	15,79
2007	12 298	3,43	86	11,63
2008	12 279	-0,15	88	2,27
2009	12 662	3,02	81	-8,64
2010	12 152	-4,20	74	-9,46
2011	12 601	3,56	78	5,13
2012	13 181	4,6	85	7,18

Répartition du nombre de bénéficiaires d'APA par GIR au 31 décembre 2011

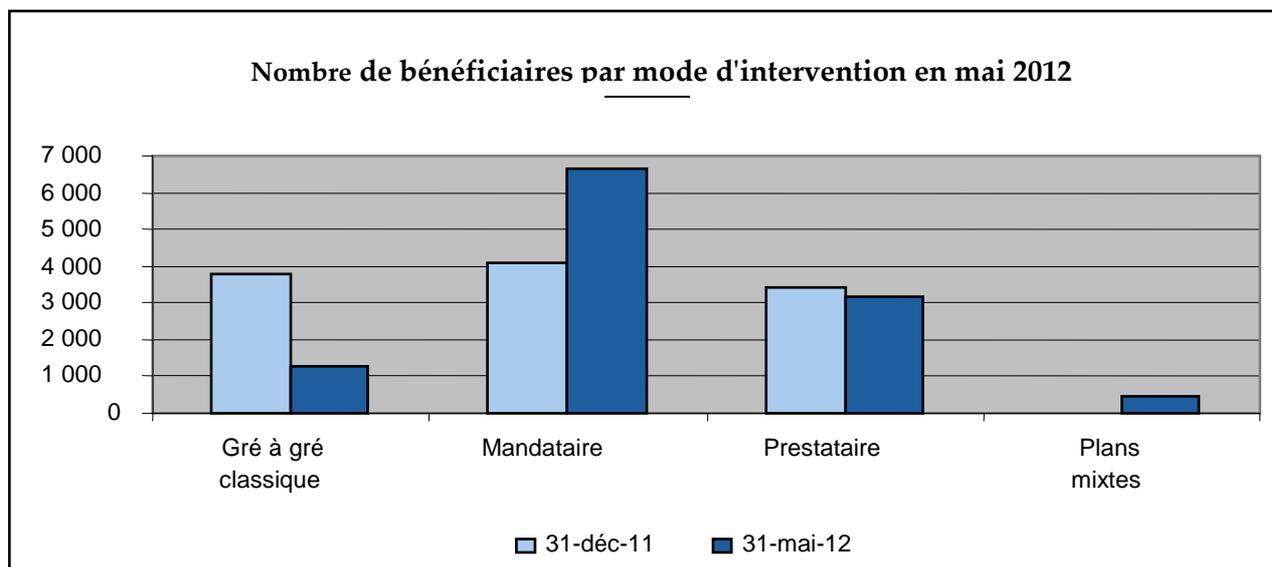
GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR inconnus suite pb de saisie	TOTAL
560 (4,4%)	2 980 (23,7%)	3 071 (24,4%)	5 947 (47,2%)	43	12 601

Source : Département de La Réunion

Répartition du nombre de bénéficiaires d'APA par GIR au 31 mai 2012

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR inconnus suite pb de saisie	TOTAL
551	2 999	3 172	6 041	18	12 781

Source : Département La Réunion



La part de la population des plus de 60 ans couverte par l'APA à La Réunion (11%) est supérieure à la moyenne nationale (8%). A partir de 75 ans, la part des personnes âgées couvertes par l'APA est de 31 % (20% dans l'Hexagone). Cette croissance devrait se poursuivre à un rythme soutenu d'ici 2030 sous l'effet du vieillissement de la population (32 000 bénéficiaires), soit **un rythme de croissance annuelle moyen de 4%**, plus de **4 fois supérieur** à celui attendu au plan national (1% par an selon services de l'Etat). Les dépenses afférentes à l'APA ont connu également une forte progression.

Par ailleurs, les arrondissements Nord et Sud connaissent une proportion plus élevée de bénéficiaires que ceux de l'Est et de l'Ouest.

Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance par microrégion

	2010			2011	2012
	Bénéficiaires APA	Personnes de plus de 60 ans (nb)	Part des bénéficiaires APA (%)	Bénéficiaires APA (nb)	Bénéficiaires APA au 31 mai 2012 (nb)
Est	1 785	13 283	13,4%	1 830	1 857
Nord	1 572	23 790	6.6%	1 741	1 797
Ouest	3 028	23 097	13.1%	3 128	3 139
Sud	5 742	38 858	14.8%	5 902	5 988
Total	12 128	99 028	12,3%	12 601	12 781

	Participation des PA au plan d'aide APA à domicile	Participation des PA au plan d'aide APA en établissement
nombre de bénéficiaires en 2011	1 992	843
Coût total	164 526,57 €	193 277,84 €
Coût unitaire mensuel	6,88	19,10 €
Coût moyen	10,50 €	

Au 31 décembre 2011, sur 12 601 bénéficiaires, 2 835 personnes participent à leur plan d'aide (participation moyenne mensuelle de 10,50 €).

Un budget en constante augmentation

En 2011, 12 601 bénéficiaires ont perçu l'APA, soit quatre fois plus que 2002, la dépense a quant à elle été multipliée par 7, passant de 11 millions d'euros en 2002 à 78 millions d'euros en 2010. Cette évolution s'est poursuivie en 2012, les données provisoires faisant apparaître que plus de 13 000 personnes âgées ont bénéficié de l'APA pour un montant de plus de 83 millions d'euros. En 2010, le montant moyen du plan d'aide s'élevait à 572 € (total départemental/total bénéficiaires) à La Réunion (494 € en Métropole) avec, du fait des faibles ressources des bénéficiaires, une participation mensuelle moyenne de 5 € (91 € en métropole). En 2011, le montant moyen du plan d'aide s'élevait à 517 € à La Réunion.

Le budget consacré à l'APA, malgré une inflexion observée en 2009 suite aux actions d'harmonisation et de rationalisation menées depuis fin 2007 demeure très important. Ces actions ont été menées suite à la mission conjointe de l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) à la Réunion en juin 2007 observant une dépense trop importante et jugée non maîtrisée au regard de l'augmentation rapide du nombre de bénéficiaires et des coûts liés à la Réunion.

La diminution constante, d'année en année, de la participation de la CNSA sur cette prestation a conduit le Département de la Réunion, à solliciter, à plusieurs reprises, un maintien de la compensation financière de la CNSA à hauteur de 50% par an du coût des dépenses. La notification de la participation 2011 ne fait que rendre la situation encore plus préoccupante puisque l'Etat compensera la dépense prévisionnelle d'APA à hauteur de 26%.

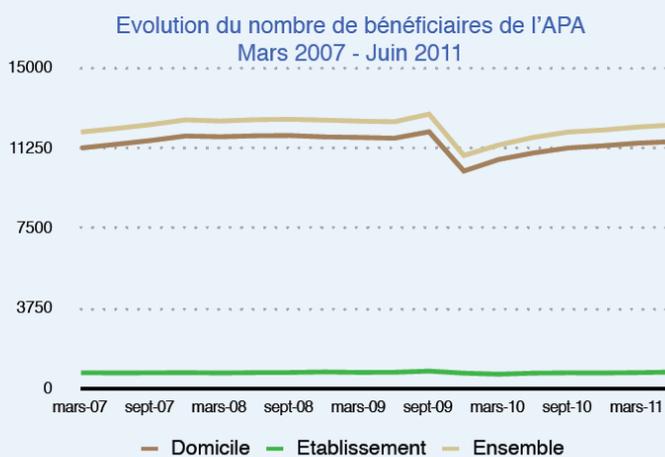
Au 30 juin 2011, 94% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 6% en établissement. La part des bénéficiaires vivant à domicile est constante depuis 2007. La diminution observée à la fin de l'année 2009 est due à la disparition d'un des principaux opérateurs de l'aide à domicile.

Les personnes modérément dépendantes (GIR 4) représentent 49% des bénéficiaires à domicile...

Les 5837 bénéficiaires modérément dépendants (GIR 4), représentent 47% des personnes. A domicile, la proportion de bénéficiaires en GIR 4 représente 49% des personnes. A domicile, le nombre de bénéficiaires en GIR 1 a diminué de 8% en un an. A l'inverse, il a augmenté de 4% en GIR 2, de 9% en GIR 3 et de 4% en GIR 4.

A l'inverse, en établissement, les bénéficiaires les plus dépendants représentent 67% des personnes

En établissement, le nombre de personnes âgées dont la dépendance est évaluée en GIR 1 et GIR 2 représente 67% des personnes. La part des bénéficiaires en GIR 1 a augmenté de 23% entre juin 2010 et juin 2011, de 9% en GIR 2 et de 3% en GIR 4. En revanche elle a diminué de 11% en GIR 3.



Source : Perceaval ASG

Bénéficiaires de l'APA selon le lieu de vie et le degré de dépendance

	Domicile		Etablissement		Ensemble	
	Nombre	Age Moyen	Nombre	Age moyen	Nombre	Age moyen
GIR 1	393	83	156	82	549	82
GIR 2	2609	83	369	82	2978	82
GIR 3	2879	82	106	82	2985	82
GIR 4	5687	81	150	80	5837	81
Ensemble	11568	82	781	82	12349	82

Source : Perceaval ASG

Légère augmentation du montant du plan d'aide à domicile

Au 30 juin 2011, le montant moyen du plan d'aide pour les personnes âgées résidant à leur domicile s'élève à 681 euros par mois. Ce montant est légèrement supérieur à celui de juin 2010 (+1%). Ce montant dépend du degré de perte d'autonomie de la personne âgée. Ainsi, un bénéficiaire en GIR 1 touche en moyenne 985 euros par mois, un bénéficiaire en GIR 2 perçoit 795 euros, un bénéficiaire en GIR 3 perçoit 571 euros et un bénéficiaire en GIR 4 perçoit 370 euros.

Le montant du plan d'aide se répartit entre le bénéficiaire et le Conseil Général. Ainsi, à la fin du deuxième trimestre, le Conseil Général prend en charge, en moyenne, 98% du montant du plan d'aide à domicile. La participation des bénéficiaires s'établit en moyenne autour de 17 euros par mois.

Montant mensuel des plans d'aide à domicile

	Montant Moyen	Participation à la charge de la personne âgée	Pourcentage de bénéficiaires acquittant un ticket modérateur	Participation à la charge du Conseil Général
GIR 1	985	25	13	960
GIR 2	796	22	17	774
GIR 3	571	13	16	558
GIR 4	370	8	17	362
Ensemble	681	17	16	664

Source : Perceaval ASG

Montant mensuel des plans d'aide en établissement

	Montant moyen	Participation à la charge de la personne âgée	Pourcentage de bénéficiaires acquittant un ticket modérateur	Participation à la charge du conseil Général
GIR 1 et 2	735	202	98	533
GIR 3 et 4	452	184	96	268
Ensemble	594	194	97	400

Source : Perceaval ASG

En établissement, l'APA correspond, en moyenne, à la prise en charge de 67% du tarif dépendance

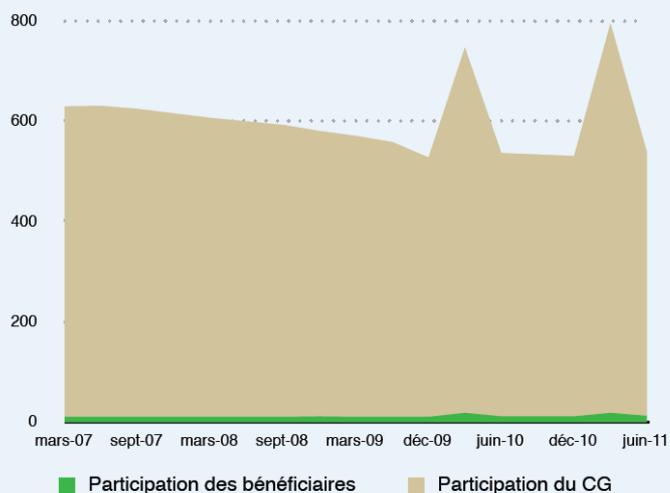
L'APA, en établissement, aide les personnes âgées à acquitter le tarif dépendance. Au mois de juin 2011, le montant mensuel moyen du plan d'aide en établissement s'élève à 593 euros (735 euros pour les GIR 1 et GIR 2, 452 euros pour les GIR 3 et GIR 4).

L'APA versé par le Conseil Général couvre la différence entre le tarif dépendance lié au GIR de la personne âgée et la participation à la charge de cette dernière. Ainsi, le montant de l'APA versé par le Conseil Général permet d'acquitter, en moyenne, 67% du tarif dépendance appliquée par l'établissement d'accueil (72% pour les GIR 1 et GIR 2, 64% pour les GIR 3 et GIR 4).

Une participation moyenne du Conseil Général et des bénéficiaires constante depuis 2007

Depuis 2007, la participation moyenne du Département au financement des plans d'aide à domicile des bénéficiaires de l'APA est relativement constante. De même, la contribution demandée aux bénéficiaires reste stable. Toutefois, les hausses observées au premier trimestre 2010 ainsi qu'au premier trimestre 2011 font suite à des régularisations sur certains plans d'aide. Ainsi, en début d'année 2010 ces régularisations faisaient suite à des changements de prestataires demandés par des bénéficiaires suite à la disparition d'un opérateur du marché. La situation de ces personnes a été régularisée au cours du premier trimestre 2010.

Evolution du montant moyen du plan d'aide à domicile



Source : Perceval ASG

Le montant maximum du plan d'aide

À domicile, le montant maximum du plan d'aide (A) attribuable est fixé par un barème arrêté au niveau national. Il est calculé pour chaque GIR à partir du montant de la majoration pour tierce personne (S) de la Sécurité sociale (1 060,16 euros par mois au 1er avril 2011), en application de formules particulières (décret n° 2001-1084, article 6) :

GIR 1 : Montant maximum du plan d'aide A = S x 1,19 ;

GIR 2 : A = S x 1,02 ;

GIR 3 : A = S x 0,765 ;

GIR 4 : A = S x 0,51.

Les coefficients mentionnés sont, le cas échéant, automatiquement majorés de façon à ce que la revalorisation annuelle des tarifs nationaux ne soit pas inférieure à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Les plans d'aide par GIR ont ainsi été plafonnés :

Montant mensuel maximum du plan d'aide APA	Au 1er avril 2011
GIR 1	1 261,59 €
GIR 2	1 081,36 €
GIR 3	811,02 €
GIR 4	540,68 €

Une simplification du mode de paiement en gré à gré : le chèque APA « Gramounes »

Du fait du vieillissement de la population, le budget consacré à l'APA sera de plus en plus lourd pour la collectivité, d'où la nécessité d'adopter des mesures techniques pour rationaliser la gestion de cette allocation.

En décembre 2007, le Conseil général s'est prononcé en faveur de la mise en œuvre du chèque emploi service universel (CESU), dénommé « **Chèque APA Gramounes** ». Mis en place en décembre 2009, il a d'abord été attribué aux nouveaux demandeurs APA en mode gré à gré.

Le « **Chèque APA Gramounes** » porte sur les bénéficiaires de l'APA à domicile employant un salarié. Il a pour but d'améliorer la qualité des services offerts à ces personnes âgées en leur permettant de rémunérer directement leur aide à domicile, sans avoir à calculer

L'enquête de satisfaction menée en 2011 (échantillon représentatif de 622 personnes âgées bénéficiant du dispositif et 622 aides à domicile.) a mis en exergue que les personnes âgées (84%) et leurs aides à domicile (84%) sont satisfaits par le dispositif « Chèque APA Gramounes » qui apparaît comme plus sécurisant et plus simple (77% des personnes âgées et 84% des aides à domicile). Les conclusions du Rapport final d'évaluation du dispositif d'octobre 2011 a proposé l'extension du dispositif aux dossiers APA en gré à gré en révision et en renouvellement : celle-ci est effective depuis novembre 2012.

Nombre de bénéficiaires et montant des dépenses

Année	Nb de bénéficiaires	Nb d'heures	Montant prestation
Déc.-09	36	1 281	12 419
2010	2 877	767 413	7 462 467
2011	3 514	1 490 689	14 463 729
Mai 2012	3 842	692 338	6 817 413

L'aide ménagère aux personnes âgées

L'aide ménagère aux personnes âgées

La prestation d'aide ménagère est un avantage en nature qui permet de financer, au titre de l'aide sociale, des heures de services ménagers. Le demandeur fait appel à des services prestataires habilités au titre de l'aide sociale. L'aide à domicile vient aider la personne âgée dans les tâches ménagères que celle-ci ne peut plus totalement assumer, et effectue des missions telles que le ménage, les courses, la préparation des repas et autres formalités de la vie quotidienne.

Le demandeur doit bénéficier de ressources annuelles inférieures au plafond d'attribution de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) fixé par décret. Si les ressources sont supérieures au plafond énoncé ci-dessus, l'aide sociale facultative peut assurer une prise en charge partielle des frais d'aide ménagère.

Nombre de bénéficiaires et montant des dépenses

	2010	2011		2012	
		Nb	Montant (€)	Nb	Montant (€)(*)
Aide Ménagère Légale	2 353	2 103	5 398 137	2 069	5 700 000
Aide Ménagère Facultative	298	235	750 345	168	679 248
TOTAL	2 651	2 338	6 148 482	2 237	6 379 248

(*) montant provisoire au 1^{er} mars 2012

Nombre de bénéficiaires estimés par microrégion

		2010	2011
Aide Ménagère Légale	EST	321	321
	NORD	648	708
	OUEST	429	495
	SUD	955	990
	Sous total	2 353	2 514
Aide Ménagère Facultative	EST	28	36
	NORD	94	89
	OUEST	95	114
	SUD	81	90
Sous total	298	329	
Ensemble :	2 651	2 843	

L'aide sociale à l'hébergement (ASH)

	2011	
	Bénéficiaires (nb)	Montant (€)
en établissement	1 054	19 629 000 €
en famille d'accueil	172	733 474 €
TOTAL	1 226	20 362 474 €

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) prend en charge les frais d'hébergement et d'entretien de la personne âgée accueillie en établissement agréé et dont les revenus sont insuffisants au regard du coût de l'hébergement.

Des dispositifs volontaristes départementaux d'accompagnement des personnes âgées

Le Chèque santé

En 2007, le Département de la Réunion, souhaitant favoriser un accès aux soins pour les personnes âgées, a instauré dans le cadre de ses actions volontaristes, le dispositif Chèque santé.

En 2011 et 2012, 19 organismes de complémentaire santé se sont affiliés au dispositif par conventionnement.

Le coût de ce dispositif, en 2012 s'est chiffré à 7,34 millions d'euros.

2007	2008	2009	2010	2011	2012
14 402	17 500	19 460	19 430	20 711	20 066

Evolution du nb de bénéficiaires

Le financement et l'accompagnement des associations

Le chèque santé a pour objectif de permettre aux personnes âgées aux revenus modestes d'acquérir une couverture maladie via une complémentaire santé auprès d'un réseau de mutuelles et d'assurances santé conventionné par le Conseil

- aide individuelle de 30 euros mensuels sur justificatif de l'octroi de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) de la CGSS
- accordée pour trois ans selon les mêmes dates que l'ACS en vigueur
- s'adressant aux personnes âgées de 60 ans ou plus, ne bénéficiant pas de la CMUC ;
- allouée sous forme d'une lettre-chèque à faire valoir auprès de sa mutuelle (ou assurance santé) ;
- vient en déduction du coût de la cotisation versée à l'organisme de complémentaire santé.

Depuis 2005, le Département a mis en place un régime d'aide départementale aux associations à caractère social œuvrant en faveur des personnes âgées et des clubs de 3ème âge autour des projets suivants :

- actions en faveur de leur autonomie
- actions destinées à faciliter l'insertion sociale et professionnelle de ces publics ;
- actions développées en vue de rompre leur isolement.

En 2011, 212 associations ont ainsi été financées pour un montant global de 729 290 €.

L'aide à l'amélioration de l'habitat du Département de la Réunion

Depuis 2007, le Département a mis en place un dispositif d'aide à l'amélioration de l'habitat en direction des ménages à revenu modeste, dont les personnes âgées et les personnes handicapées, occupant leur logement à titre de résidence principale nécessitant des améliorations ou des adaptations.

Le dispositif vise les logements nécessitant une intervention au titre de la décence et les travaux sont classés selon des critères de priorité :

- santé et sécurité physique des personnes (clos et couvert, électricité, eau potable, sanitaires, assainissement),
- accessibilité / adaptation (adaptation du logement, accessibilité travaux),
- confort (extensions, petites réparations).

Aide départementale à l'amélioration de l'habitat								
Evolution de la consommation des crédits de 2006 à 2011 par microrégion								
	2008		2009		2010		2011	
	Subventions	Dossiers	Subventions	Dossiers	Subventions	Dossiers	subventions	Dossiers
Sud	5 026 226,56	537	6 359 793,99	620	11 300 996,00	824	17 783 374,00	917
Est	2 390 897,83	229	3 691 827,90	356	7 584 744,00	552	10 693 936,00	555
Nord	1 205 494,40	116	1 964 120,31	196	3 371 336,00	269	6 098 295,00	322
Ouest	2 474 761,98	255	4 382 399,74	433	6 811 946,00	578	8 437 172,00	448
Totaux	11 097 380,77	1 137	16 398 141,94	1 605	29 069 022,00	2 223	43 012 777,00	2 242

L'offre d'établissements et de services

L'hébergement en établissement

Seules 1 800 personnes de 50 ans ou plus vivent en institution (1 % des seniors). Une minorité d'entre eux (14 %) vivent dans des communautés religieuses et les trois quarts dans des services de longs ou moyens séjours (EHPAD, ...). Les personnes hébergées en institution sont plus âgées mais restent peu nombreuses : 4 % des 75 ans ou plus. L'entrée dans ces structures est liée essentiellement à la perte de dépendance et au développement des maladies chroniques nécessitant un suivi particulier : le GMP dans les EHPAD de la Réunion (710) traduit la priorité donnée à l'accueil des personnes lourdement dépendantes dans ces établissements.

La période 2007-2012 a été marquée par l'autorisation d'un nombre conséquent de nouvelles places, dont beaucoup sont en cours d'installation au travers de nouveaux établissements.

Equipement en établissements pour personnes âgées autonome (EHPA) au 31/12/2012

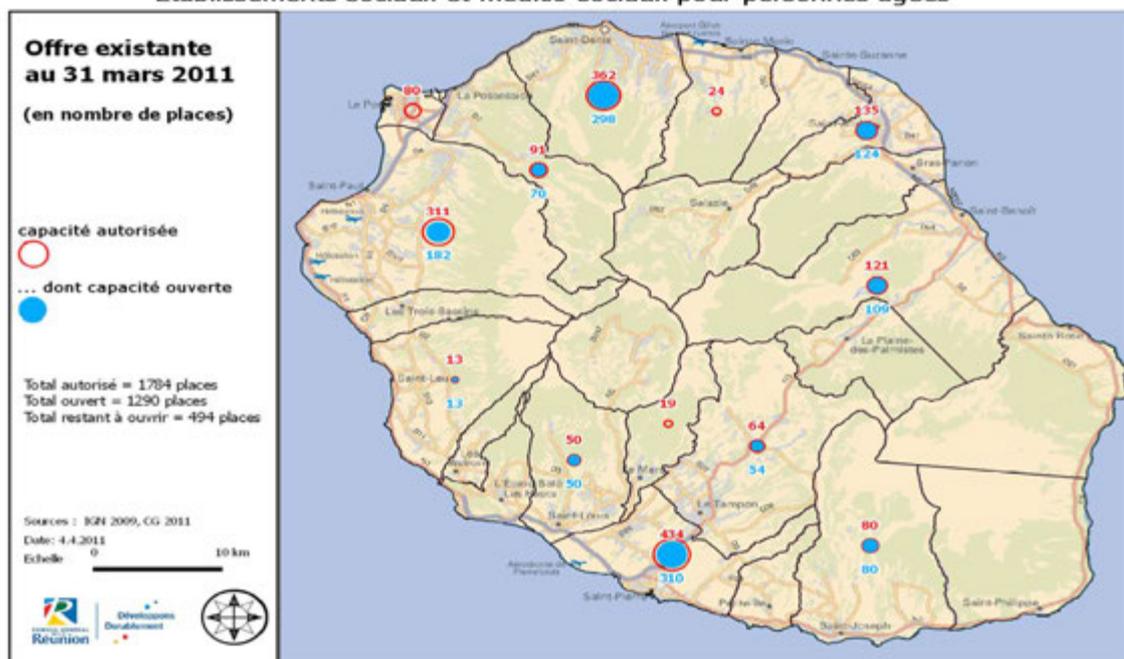
Gestionnaire	Etablissements	Commune	Capacité ouverte	Capacité à ouvrir
Centre Communal d'Action Sociale du Tampon	BETHANIE	97430 le TAMPON	24	-
Association Résidence La Miséricorde	LA MISERICORDE	97438 STE MARIE	24	-
SAS APOLONIA	OCEANE	97434 ST GILLES	30	-
Association Foyer du Sacré-Cœur	FOYER DU SACRE CŒUR	97410 ST PIERRE	58	-
Congrégation des Filles de Marie	FOYER LA CLEMENCE	97422 LA SALINE	32	-
Congrégation des Filles de Marie	NOTRE DAME DE LA PAIX	97416 CHALOUPE ST LEU	13	-
Total			181	-

Equipement en établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au 31/12/2012

Gestionnaire	Etablissements	Commune	Capacité ouverte	Capacité à ouvrir
Fondation Père Favron	LES LATANIERS	97413 LA POSSESSION	91	-
Fondation Père Favron	LES ALIZEES	97434 ST GILLES LES BAINS	90	-
Fondation Père Favron	BOIS D OLIVES	97410 ST PIERRE	90	-
Fondation Père Favron	RAVINE BLANCHE	97456 ST PIERRE CEDEX	90	-
Fondation Père Favron	BRAS LONG	97414 ENTRE DEUX	80	-
Fondation Père Favron	PLAINE DES CAFRES	97430 TAMPON	-	83
Fondation Père Favron	LE PORT	97420 LE PORT	-	80
GHGM	GABRIEL MARTIN	97866 ST PAUL CEDEX	60	-
ASFA	ST FRANÇOIS (2 Sites)	97476 ST DENIS CEDEX	120	40
SARL SGESM	le MOUTARDIER	97470 ST BENOIT	66	-
Croix Rouge	CLOVIS HOARAU	97400 ST DENIS	84	-
ORIAPA	ASTERIA	97400 ST DENIS	72	-
CCAS Saint-André	VILLAGE 3ème AGE	97440 ST ANDRE	109	-
GHSR	EHPAD de ST Joseph	97480 ST JOSEPH	80	-
GHSR	EHPAD de St-Louis	97450 ST LOUIS	50	-
EPSMR	les HIBISCUS	97470 ST BENOIT	28	-
SAS APOLONIA	TIERS TEMPS "Marie-Françoise DUPUIS"	97434 ST GILLES LES BAINS	99	-
GHSR	Unité de Soins Longue Durée St-Pierre / le Tampon	97448 ST PIERRE CEDEX	50	-
DOMUSVI	EHPAD St Pierre	97410 ST PIERRE	-	80
GHER	USLD St André et St Benoit	97470 ST BENOIT	30	30
ASFA	EHPAD îlot Poivre	97400 Saint-Denis	-	85
TOTAL			1 289	398

Couverture géographique des besoins par commune

Etablissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées



L'offre en accueil de jour

L'Ile de la Réunion offre 54 places dédiées à l'accueil de jour des personnes souffrant des maladies d'Alzheimer et apparentées. Malgré un récent développement de cette offre, les régions Est et Ouest n'en sont toujours pas pourvues.

Gestionnaire	Etablissement	Catégorie	Commune	Capacité ouverte	Capacité à ouvrir
Fondation Père Favron	Bois d'Olives	Accueil de jour Alzheimer	St Pierre	15	-
Fondation Père Favron	Ravine Blanche	Accueil de jour Alzheimer	St Pierre	15	-
ORIAPA	Astéria	Accueil de jour Alzheimer	St Denis	12	-
Croix Rouge	Pavillon Hélène	Accueil de jour Alzheimer	St Denis	12	-
Total				54	-

L'hébergement en accueil familial

Entre 2004 et 2012, l'accueil familial connaît une évolution favorable avec une progression de 99,7 % de places et 73 % d'accueillants familiaux. On observe cependant de fortes disparités concernant la répartition des familles sur le territoire.

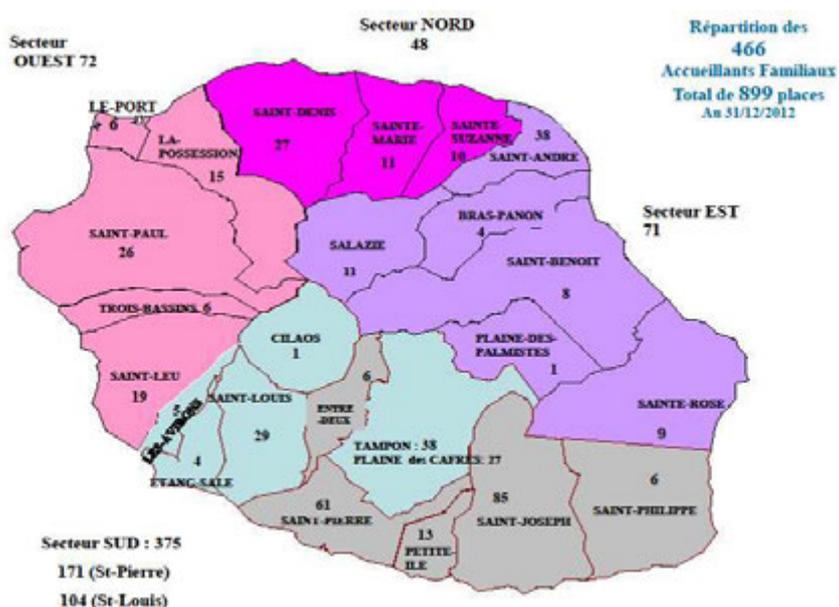
Au 30 septembre 2012, le secteur du Sud (St Pierre / St Louis) de l'île compte 280 accueillants familiaux, soit 534 places, contre 180 familles dans les secteurs du Nord, de l'Est et de l'Ouest qui offrent 341 places.

L'hébergement en accueil familial constitue un mode d'accueil alternatif entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement. Chaque famille peut accueillir jusqu'à 3 personnes à son domicile.

Secteur	Familles d'accueil (nb)	Places en tps complet (nb)	Places en tps partiel(nb)
Nord	48	92	0
Est	71	131	1
Ouest	72	138	1
Sud	275	502	34
	466	863	36

Années	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de places	711	812	788	793	819	899
Nombre d'accueillants familiaux agréés	413	460	451	438	447	466

Répartition de l'accueil familial par microrégion en 2012



Détail accueil familial des personnes âgées par territoire au 31/12/2012

	Familles agréées pour l'accueil complet et partiel (nb)				Capacité d'accueil temps complet				Capacité d'accueil à temps partiel			
	PA-PH	PA	PH	Total	PA-PH	PA	PH	Total	PA-PH	PA	PH	Total
SAINT-DENIS	25	0	2	27	49	0	2	51	0	0	0	0
SAINTE-MARIE	10	1	0	11	23	1	0	24	0	0	0	0
SAINTE-SUZANNE	10	0	0	10	17	0	0	17	0	0	0	0
Actions de santé NORD	45	1	2	48	89	1	2	92	0	0	0	0
LE PORT	6	0	0	6	12	0	0	12	0	0	0	0
POSSESSION	14	1	0	15	24	1	0	25	0	0	0	0
Actions de santé Port-Possession	20	1	0	21	36	1	0	37	0	0	0	0
SAINT-PAUL	25	1	0	26	51	2	0	53	1	0	0	1
Actions de santé de St-Paul	25	1	0	26	51	2	0	53	1	0	0	1
SAINT-LEU	19	0	0	19	32	2	0	34	0	0	0	0
TROIS-BASSINS	6	0	0	6	14	0	0	14	0	0	0	0
Actions de santé de St-Leu	25	0	0	25	46	2	0	48	0	0	0	0
AVIRONS	5	0	0	5	11	1	0	10	0	0	0	0
CILAO	1	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0
ETANG-SALE	4	0	0	4	8	0	0	8	0	0	0	0
SAINT LOUIS- RIVIERE SAINT LOUIS	29	0	0	29	57	0	0	57	1	0	0	1
TAMPON PLAINE DES CAFRES	63	2	0	65	124	2	1	127	2	0	0	2
Actions de santé de St-Louis	102	2	0	104	202	3	1	206	3	0	0	3
ENTRE-DEUX	6	0	0	6	9	0	0	9	1	0	0	1
PETITE-ILE	13	0	0	13	24	0	0	24	3	0	0	3
SAINT-JOSEPH	85	0	0	85	142	0	0	142	13	0	0	13
SAINT-PHILIPPE	6	0	0	6	12	0	0	12	2	0	0	2
SAINT-PIERRE	60	0	1	61	108	0	1	109	12	0	0	12
Actions de santé de St-Pierre	170	0	1	171	295	0	1	296	31	0	0	31
BRAS-PANON	4	0	0	4	5	0	0	5	0	0	0	0
PLAINE DES PALMISTES	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
SAINT-ANDRE	35	0	3	38	72	0	3	75	1	0	0	1
SAINT-BENOIT- SAINTE ANNE	6	0	2	8	11	0	2	13	0	0	0	0
SAINTE-ROSE	9	0	0	9	16	0	0	16	0	0	0	0
SALAZIE	11	0	0	11	21	0	0	21	0	0	0	0
Actions de santé de St-Benoît	66	0	5	71	126	0	5	131	1	0	0	1
Ensemble du Département	453	5	8	466	845	9	9	863	36	0	0	36

Sources : Département de la Réunion

L'offre en Services de Soins Infirmiers à Domicile et en service d'aide et d'accompagnement à domicile

Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Les SSIAD constituent un maillon du soutien à domicile, notamment auprès des personnes âgées, auprès desquelles ils interviennent sur prescription médicale. Ils offrent des prestations de soins et d'accompagnement qui permettent de prévenir, ou du moins de différer, les séjours hospitaliers ou dans un établissement d'hébergement, et parfois d'en raccourcir la durée.

Raison sociale	Commune	Places
SSPDPA De la Croix Rouge	Saint-Benoît	35
SSADPA de la Croix Rouge	Le Port	80
SSADPA	Saint-André	29
SSADPA St Denis	Saint-Denis	263
ASSIAD Les attes	Saint-Leu	40
SSIAD St Pierre	Saint-Pierre	185
SSADPA Croix Rouge	Le Tampon	40

L'offre de SSIAD, hors SSIAD spécifique Alzheimer (509 places au 1er janvier 2011, soit un taux d'équipement de 17,73 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, contre 17,30 en moyenne nationale) est importante. Elle est équitablement répartie sur le territoire, avec un nombre d'opérateurs limité (4), une couverture quasi-complète du territoire et des zones d'intervention distinctes. Elle est complétée par un recours significatif des plus de 75 ans aux soins infirmiers libéraux (1 122 €/an par personne de plus de 75 ans, contre 266 € en métropole).

Les professionnels intervenant en SSIAD restent principalement limités, hors SSIAD spécifique Alzheimer, aux aides soignants et infirmiers (coordinateurs, ou libéraux), avec un faible recours à la diversification des compétences ouvertes par les textes.

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

A la Réunion, 17 services d'aide et d'accompagnement à domicile interviennent auprès des personnes âgées dépendantes.

Prestataire	Mandataire	Prestataire et mandataire
6	3	8

Organismes	Modes d'interventions
CCAS de Saint-Denis	prestataire
CCAS de Saint-Joseph	prestataire et mandataire
CCAS de Saint-Leu	prestataire et mandataire
CCAS de Saint-Louis	prestataire et mandataire
CCAS de Saint-Pierre	prestataire et mandataire
CCAS Tampon	prestataire et mandataire
ORIAPA	mandataire
ADHERE SAP	mandataire
SMAPA	mandataire
Association PRO RE SAP (Proxim'Services)	prestataire et mandataire
SARL SCOPAD	prestataire et mandataire
SARL Korbeil d'Or	prestataire
SARL Age d'or Secteur Nord	prestataire
Adhéo service	prestataire
SIR	prestataire
JML SAP Age d'Or	prestataire
Au rayon de Soleil	prestataire et mandataire

LE BILAN DU SDOSMS 2007-2011

Le nouveau schéma départemental des personnes âgées s'inscrit dans la continuité de la politique départementale. La préparation du schéma 2012-2016 se nourrit du bilan du précédent schéma qui s'organise autour de trois axes :

- soutenir le maintien à domicile des personnes âgées et favoriser leur intégration dans la société,
- adapter l'offre en établissement et développer la coordination gériatrique,
- développer la qualité de la prise en charge.

Le maintien à domicile

Demeurer à domicile le plus longtemps possible est le choix majoritairement fait par les personnes âgées. Afin de permettre à celles-ci de rester chez elles dans des conditions optimales, priorité a été donnée au développement des services d'aide et de soins à domicile par le SDOSMS 2007-2011.

Les services d'aide à domicile

Un meilleur accompagnement des services d'aide à domicile à travers :

- des journées de formation (Conseil général-Direction du Travail et de la Formation Professionnelle-DTEFP) à destination des conseillers création d'entreprises pour améliorer la qualité des projets de création d'entreprise dans ce secteur,
- un travail partenarial entre la DTEFP et le Département dans le cadre de l'instruction des demandes d'«agrément-qualité»⁸,
- sur l'initiative du Département de la Réunion en 2010 la création, d'un groupement d'intérêt public des services à la personne (GIP-SAP), dans le cadre d'une expérience inédite au niveau national.

En septembre 2011, le GIP-SAP a élargi ses missions afin d'être un GIP de moyens, apte à mettre en œuvre directement des dispositifs répondant à la politique d'accompagnement des aidants des personnes âgées et des personnes handicapées. Sa dénomination a été complétée pour devenir « GIP-SAP – Maison de l'Aide à la personne ».

Le GIP-SAP regroupe les membres fondateurs suivants : Conseil général, Conseil régional, AMR (Association des Maires de la Réunion). Il a pour objet de gérer l'ensemble des problématiques liées au secteur des services à la personne à la Réunion, d'animer et de coordonner les actions des services à la personne en vue de privilégier la qualité des prises en charges des publics concernés et la qualité des emplois créés dans ce cadre, de traiter plus largement la stratégie de développement des services à la personne à la Réunion, d'en assurer le suivi et de mettre en cohérence les différentes interventions publiques en la matière, d'être l'interface des différents acteurs dans ce secteur et un lieu d'expertise et de dialogue pour l'ensemble des partenaires.

⁸ Les services d'aide aux personnes sont soumis à une procédure spécifique, « l'agrément » (article L. 129-1 du code du travail), délivré par le Préfet après avis du président du Conseil général. Lorsque leurs activités concernent la garde des enfants ainsi que l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile.

Un développement de l'offre induisant une meilleure couverture du territoire

18 structures⁹ ont obtenu l'agrément qualité afin de porter une assistance aux personnes âgées ou autres personnes ayant besoin d'une aide personnelle à domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux. A ce jour, l'ensemble du territoire réunionnais est couvert.

2008	2009	2010	2011	2012
1	6	5	2	4

Depuis 2007, 4 services d'aide à domicile ont été autorisés par le Département (CCAS de Saint-Leu, CCAS de Sainte-Marie, CCAS de Saint-Louis et de Saint-Pierre) dont 3 sont ouverts et ont demandé l'agrément qualité par équivalence. Au vu de l'augmentation prévisible des besoins, le secteur des services d'aide à la personne à domicile peut être porteur d'emplois.

Une homogénéisation tarifaire des prestations d'aide à domicile

Depuis 2009, le Département a mis en place un montant moyen de prise en charge des dépenses de prestations aide ménagère APA et PCH des aides à domicile. Cette convergence participe à l'équité de traitement entre les bénéficiaires, une meilleure maîtrise des dépenses publiques et contribue à une gestion plus efficiente des services d'aide à domicile.

Après plusieurs années de fonctionnement, ce dispositif a évolué en 2012 dans le cadre d'une politique globale rénovée de l'aide à domicile qui se décline notamment par une revalorisation à 18€/heure du montant de remboursement pour l'APA et la PCH et par une démarche partenariale renforcée avec les Services d'aide à domicile.

Les services de soins infirmiers à domicile

Une limitation du développement des nouvelles capacités

La couverture du Département de la Réunion par les SSIAD étant satisfaisante et équilibrée, le développement de nouvelles capacités de SSIAD est désormais limité par l'obligation d'implantation dans des zones sous dotées en infirmiers libéraux, inexistante à la Réunion du fait d'une démographie libérale favorable (121 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, contre 109 en métropole). La lisibilité des modalités d'adressage entre SSIAD et infirmiers libéraux est à améliorer.

Une prise en charge complémentaire pour les patients Alzheimer

Parallèlement à une offre satisfaisante et équilibrée du territoire en SSIAD, une prise en charge complémentaire à domicile des patients Alzheimer a été engagée : 10 places de SSIAD Alzheimer ont été ouvertes en 2011.

⁹ En 2012, une de ces structures a fermé ses portes (Services La Caz).

L'amélioration et l'adaptation de l'habitat

Le maintien à domicile des personnes âgées passe également par l'amélioration et l'adaptation de leur habitat afin de leur permettre de vivre dans un cadre de vie adapté. Dans le cadre du SDOSMS, plusieurs actions ont été mises en œuvre par le Département afin de promouvoir l'amélioration et l'adaptation de l'habitat des personnes âgées et des personnes handicapées.

Encourager l'offre de logements au sein des réalisations neuves et dans les programmes d'amélioration de l'habitat

Malgré l'intervention du Département de la Réunion, peu de projets proposant une offre de logements réservés aux personnes âgées au sein des réalisations neuves et dans les programmes d'amélioration de l'habitat ont été présentés par les bailleurs sociaux.

Renforcer la concertation entre le Conseil général et les bailleurs sociaux

A travers la concertation menée dans le cadre des conventions d'utilité sociale la sensibilisation des bailleurs sociaux a été régulièrement faite. En effet, le Département a fait inscrire dans le programme d'actions avec ceux-ci la transformation des logements en lien avec le vieillissement des locataires concernés (notamment accessibilité salle de bain et problématique de mobilité vers des logements en rez de chaussée). Toutefois, les bailleurs mobilisent encore insuffisamment de fonds sur ces aspects et le nombre de logements adaptés reste très largement insuffisant au regard des besoins.

Améliorer la prise en charge financière dans le cadre de l'aide à l'amélioration de l'habitat

Un renforcement de la participation départementale qui se traduit par :

- Une augmentation de l'enveloppe financière consacrée à l'amélioration de l'habitat

2008	2009	2010
12 M€	16,9 M€	27 €

- Une évolution du règlement départemental plus favorable

La subvention a été portée en 2010 à un maximum de 20 000 € par ménage. Sont pris en charge l'intégralité des travaux demandés par les familles d'accueil social ayant en charge les personnes âgées et les personnes handicapées.

- Une évolution de l'organisation

Le développement de la gestion directe en 2010 et la mise en place de 46 points d'accueil (information et montage des dossiers ont permis d'augmenter significativement le nombre de dossiers et de réduire les délais de traitement des dossiers d'amélioration d'habitat.

2008	2009	2010
1 200	1 609	2 157

60 % des demandes concernent les PA-PH. La quasi-totalité des projets les concernant contiennent au moins une problématique d'accessibilité (essentiellement salle de bain) et permettent le maintien à domicile de ces personnes. Ce renforcement du dispositif d'aide à l'amélioration de l'habitat intervient alors que le désengagement de l'Etat impacte fortement ce public (plus de possibilité de prendre en charge les gros projets).

L'offre d'accueil en établissement

Le développement de l'offre d'hébergement

Les spécificités locales ont conduit le Département de la Réunion à affirmer un soutien au maintien à domicile des personnes âgées. C'est pourquoi, l'offre en établissement est réservée en priorité aux personnes les plus lourdement dépendantes. A ce titre, le schéma ne poursuit pas l'objectif d'un rattrapage du taux d'équipement métropolitain.

1 000 lits (ou places) nouveaux d'établissements médico-sociaux ont été programmés dans le cadre du précédent SDOSMS du 1^{er} janvier 2005¹ à l'année 2011 (échéance du schéma) :

- 710 places d'établissements d'EHPAD,
 - 290 places d'EHPA depuis l'adoption de l'avenant au SDOSMS en juin 2009¹
- soit une augmentation prévisionnelle générale de l'offre de 82% (+98% EHPAD, +184% EHPA).

Sur la période 2005/2012, 728 places ont été autorisées

- 674 places d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- 54 places d'établissements d'hébergement pour personne âgée (EHPA)

Un rattrapage du retard structurel lié à une mise en œuvre avancée de la programmation

Etat d'avancement de la programmation du SDOSMS (au 31 décembre 2012)

Structures	Equipement au 31/12/2004	Objectifs SDOSMS 2005/2011	Places autorisées (2005 à 2012)		Places installées	Places fermées 2005/2012	Places restantes à installer
			Autorisées et financées	En attente de financement Ass. maladie			
EHPAD	994	710	674	73	349	0	398
EHPA	149	290	54	0	54	22	0
TOTAL	1143	1000	728	73	403	22	398

Offre existante en établissements pour personnes âgées au 31/12/2012 et projection 2014-2016 :

Localisation	Places installées au 31/12/2004	Places installées au 31/12/2012	Prévision places installées 2014-2016 (années prévisionnelles d'ouverture des places actuellement autorisées et non ouvertes)
Région Nord	278	324	125
Région Est	148	233	30
Région Sud	461	552	163*
Région Ouest	256	415	80
TOTAL	1143	1524	398

* dont 73 places EHPAD Plaine des Cafres à autoriser

Concernant les EHPAD, 674 places (sur une programmation de 710) sont autorisées ou en cours d'autorisation, ce qui porte le taux de réalisation de la programmation EHPAD du SDOSMS à 94%. La région Est reste la moins équipée par rapport aux autres régions. De plus, d'après la projection 2014, cette situation ne devrait pas s'améliorer.

LE GMP moyen 2009 des EHPAD installés (709 points) traduit, malgré de fortes variations d'un établissement à l'autre, la priorité de l'accueil institutionnel de la lourde dépendance. Les données PATHOS (mesure de la charge en soins) sont encore incomplètes.

De manière générale, la complexité inhérente aux divers projets et la survenance de différents aléas (changement d'implantation par exemple) conduisent souvent au non-respect du cadre fixé à l'origine (délais de réalisation, coûts, ...), ce qui se révèle préjudiciable pour l'ensemble des parties concernées (usagers, gestionnaire, autorités de tarification). Est ainsi constaté un délai important entre la délivrance des autorisations, et l'ouverture effective de l'équipement. Ainsi, au 25 octobre 2012, 349 places d'EHPAD sont ouvertes sur les 674 autorisées ou en cours d'autorisation.

Un suivi et une planification de l'offre médico-sociale en lien avec l'évolution des besoins

L'enquête sur les listes d'attente des personnes âgées en vue d'une admission en établissement¹⁰

Afin d'assurer le suivi et l'actualisation des besoins et de l'offre, une enquête portant sur les listes d'attente en établissement pour personnes âgées a été réalisée par l'ARS en novembre 2010. Cette étude a permis d'affiner la connaissance des besoins sur le secteur des personnes âgées et d'établir une liste exhaustive des personnes ne pouvant être prises en charge, par manque de place, en établissement. Ainsi, 638 demandes d'admission ont été répertoriées par les établissements répondants, représentant 498 personnes âgées après élimination des doublons. Les EHPAD cumulent les listes d'attentes les plus importantes (427 personnes). Le nombre de personnes en attente d'une admission est moindre en USLD (76) et quasi-nulle en EHPA (9).

¹⁰ Evaluation de la file d'attente des personnes âgées en vue d'une admission en établissement à la Réunion en 2010 – Direction de la Stratégie et de la Performance - ARS - Juin 2011

Toutefois, il découle de la comparaison des listes d'attente avec les capacités autorisées (installées et en cours d'installation) **qu'il n'existe pas d'écart significatif entre l'offre disponible et les besoins estimés : le taux de pression régional passerait de 42 % à 3 % si toutes les capacités actuellement autorisées étaient installées.**

Nb de pl. autorisés et installées (30/11/2011)	Nb de pl. autorisées en cours d'installation (au 31/03/2011)	Nb de personnes sur listes d'attente
1 184	447	498

L'avenant au SDOSMS- Personnes Agées 2007-2011 de juin 2009

L'avenant au SDOSMS- Personnes Agées 2007-2011, adopté par la séance publique des 25 et 26 juin 2009, a porté sur la révision de la programmation en établissements non médicalisés avec pour objectif d'adapter la taille (moins de 25 places) et le type de structure EHPA (également connu sous l'appellation Petite Unité de vie, PUV) pour un accueil de proximité dans les écarts de l'île ou en zone rurale.

L'objectif initial de créer 240 places d'EHPA est passé à 290 places se répartissant comme suit :

- 78 places correspondant aux autorisations données et en cours d'installation,
- 212 places nouvelles de PUV de type foyer logement, d'une capacité de moins de 25 places et bénéficiant d'une médicalisation externe (SSIAD, professionnels libéraux).

Une diversification des modes de prise en charge

L'offre d'accueil séquentiel et temporaire en établissement

Afin de développer une palette de structures d'accueil séquentiel permettant un meilleur accompagnement des personnes âgées et de leur famille, le SDOSMS avait inscrit comme objectif d'encourager le développement de structures d'accueil de jour/temporaire, adossées à des EHPAD, notamment pour les personnes désorientées (ou atteintes de pathologies de type Alzheimer) et celles âgées en grande difficulté sociale. Cette diversification a été assurée par :

- l'exigence appliquée de réservation systématique sur chaque opération nouvelle d'EHPAD, de 5% à 6 % des capacités autorisées en places d'hébergement temporaire ou d'urgence. Cela s'est traduite par l'autorisation de :

- . 22 places d'accueil temporaire (dont 15 installées),
- . 2 places d'accueil d'urgence (dont 1 installée) ;

- par la création de 54 places **d'accueil de jour** Alzheimer (sur une programmation initiale de 120 places) dont 24 fonctionnent dans le Nord et 30 dans le Sud. La prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport depuis 2010 a favorisé le recours à ce type d'accueil. Toutefois, les microrégions Est et Ouest ne sont pas dotées d'accueil de jour et un faible taux d'occupation des services d'accueil de jour Alzheimer est observé notamment du fait des tarifs considérés élevés par les usagers.

L'adaptation des prises en charge des personnes âgées nécessite également un accompagnement plus souple, en lien avec les attentes de la personne âgée et de sa famille. Cette adaptation passe par la création d'accueil séquentiel ou temporaire, notamment pour les personnes atteintes d'Alzheimer ou de pathologies associées.

Les unités aménagées ou les unités protégées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées)

Concernant les EHPAD actuellement 6 EHPAD proposent 109 places en unité spécialement aménagée ou unité protégée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées)

EHPAD Astéria	12
EHPAD St François d'Assises	12
EHPAD Les Alizés	24
EHPAD Clovis Hoarau	24
EHPAD Village 3 ^{ème} Age	12
EHPAD Les Lataniers	25
	109

Trois unités protégées verront le jour d'ici fin 2011 et 2012 pour une capacité totale de 58 lits : (EHPAD Ravine Blanche : 24 lits, EHPAD Entre Deux : 24 lits, EHPAD Roquefeuille : 10 lits). A terme, tous les EHPAD autorisés disposeront d'unités spécialement aménagées pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

Un programme de 47 places de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et 14 places d'unités d'hébergement renforcées (UHR) est en déploiement.

L'offre accueil familial

Une offre plus importante

Au 30 décembre 2012, sur le territoire réunionnais, 466 accueillants familiaux proposent 863 places d'accueil à temps complet et 36 places d'accueil à temps partiel.

Si l'hébergement en accueil familial apparaît comme un mode d'accueil particulièrement adapté aux réunionnais, il est toutefois important que les accueillants familiaux soient accompagnés et formés à la prise en charge des personnes vulnérables.

Des familles mieux accompagnées et mieux formées

Sur la période 2007-2012, un effort particulier a été apporté afin d'améliorer les modalités d'agrément et d'accompagnement des accueillants familiaux :

- conformément à la réglementation, les demandes d'agrément sont instruites dans un délai de 4 mois ;
- accessibilité et adaptabilité du logement via des aides à l'amélioration de l'habitat ;
- réduction considérable des délais entre le bénéfice de l'agrément et le bénéfice de la formation initiale : à ce jour + 99% des accueillants familiaux ont bénéficié de la formation initiale ;
- mise en place de la formation continue sur des thèmes spécifiques. Une évaluation de ce dispositif a été réalisée par le biais d'appels téléphoniques afin de connaître son impact sur la

prise en charge des personnes accueillies. Les prochaines sessions de formation continue vont permettre aux accueillants familiaux de s'inscrire dans une démarche de professionnalisation. Un catalogue de formation a été élaboré afin de conforter leurs compétences professionnelles. Les thématiques sont variées et impactent sur la prise en charge globale des personnes âgées (accompagnement de fin de vie, l'alimentation chez la personne âgée, la prévention des risques de chute, la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer...) et viennent s'inscrire dans une réalité de terrain.

Formation initiale		
2008	2009	2010
75	105	90

Formation continue : 1 ^{er} volet axé sur la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, risques et prévention			
2009	2010	2011	Total
120	150	165	435

Au-delà des dispositifs de formation, des accompagnements en faveur des accueillants familiaux au travers de groupes d'analyse de pratiques animés par des psychologues sont à l'étude. D'ores et déjà, lors de problèmes rencontrés, des entretiens psychologiques peuvent être proposés.

Un développement des familles relais : accueil partiel

Les places en accueil partiel sont stables et restent concentrées dans le Sud du Département où elles répondent à un besoin de la part des accueillants familiaux en permettant une meilleure répartition de l'activité. Sur l'exercice 2009, sur 155 demandes à temps partiel, 101 ont été satisfaites, soit un taux d'occupation de 65%. Compte tenu de ces chiffres, l'offre proposée dans le Sud apparaît comme suffisante.

	2008	2009	2010	2011	2012
Places en temps partiel PA/PH	31	33	34	34	36

Il faut néanmoins souligner que le développement de l'accueil partiel est difficile dans les autres régions de l'île pour diverses raisons :

- les besoins sont moins intenses du fait d'un nombre d'accueillants familiaux moins important,
- de fortes contraintes dans la gestion administrative et financière des accueils,
- un manque d'attractivité financière.

Toutefois, un plan de communication et d'informations pourrait amener une évolution de ce type d'accueil, dont la plus value est de pouvoir cumuler cet agrément à temps partiel à une activité professionnelle, ce qui n'est pas possible lorsque l'on a un agrément à temps complet.

Le développement du partenariat entre les accueillants familiaux et/ou les établissements d'accueil de leur secteur

Une sensibilisation a été effectuée à ce sujet dans le Sud auprès d'une association d'établissements dans le cadre d'une réflexion sur la création de famille d'accueil médico-sociale (expérimentation à mener). Un seul établissement a pris contact avec le Département, mais n'a pour le moment pas concrétisé son projet. A ce jour, il est envisagé de mener une expérimentation avec le GIP-SAP pour 3 accueillants familiaux.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge

La coordination gériatologique

En sa qualité de chef de file de l'action sociale et médico-sociale et au terme de l'article 56 de la loi du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales, « *le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne...les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public...* ».

La redéfinition de ces objectifs est posée dans un nouveau contexte avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), qui promeut et insiste sur la coopération à entamer entre les différents acteurs participant à la prise en charge des personnes âgées auquel s'ajoute depuis peu l'introduction de nouveaux dispositifs comme les Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

Les orientations du Département dans le cadre du SDOSMS 2007/2011 visaient à assurer une couverture progressive de l'ensemble du territoire par des coordinations gériatologiques (ou CLICS), associant les acteurs qui participent au maintien à domicile des personnes âgées : acteurs du sanitaire (Filière gériatrique), du social (Conseil général, CCAS), du Médico-social (Etablissements Médico-sociaux).

Un premier état des lieux sur la coordination gériatologique avait été dressé par un groupe de travail en fin 2008, lequel avait aussi élaboré en 2009 un cahier des charges afin de faire appel à un prestataire de service qui devait se charger :

- d'établir un diagnostic sur les missions et rôles des coordinations gériatologiques à la Réunion,
- de faire des propositions permettant un nouveau cadrage institutionnel et opérationnel.

Le marché lancé en juin 2009 sur le plan local est demeuré infructueux. Ainsi, les orientations posées dans le cadre du SDOSMS en 2007 n'ont pu être initiées.

Etat des lieux de la coordination gériatologique

Elle est marquée par une coordination institutionnelle embryonnaire concrétisée par la création de deux CLIC sur le territoire Ouest et Nord du Département, la couverture territoriale de l'ensemble du territoire demeurant inachevée. Ce positionnement limité a laissé place à l'émergence d'une coordination menée par les acteurs locaux de proximité, malgré des orientations conséquentes définies dans le cadre du SDOSMS 2007/2011.

Seul subsiste le CODERPA, instance consultative des retraités et des personnes âgées qui réunit les principaux acteurs intervenant dans le cadre de la politique de prise en charge des personnes âgées.

Les CLICS

Les CLICS existent au nombre de 2 dans le Département :

- Le CLIC du réseau Gérontologique Ouest créé en 2001,
- Le CLIC du Réseau Gérontologique Nord créé en 2003,

Ce sont des CLICS de niveau 1¹¹, soumis au régime de l'autorisation, ce qui les range dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux. Dans le cadre des orientations arrêtées en 2005, il était prévu d'étendre cette coordination aux territoires Sud et Est qui ne sont pas couverts.

La coordination de proximité ou la promotion du rôle des CCAS pour la coordination en faveur des personnes âgées

La mission d'action sociale de proximité confère aux centres communaux ou intercommunaux d'action sociale la légitimité pour assurer l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées et de leurs familles, voire pour exploiter des services contribuant au soutien à domicile. L'échelon communal n'est cependant pas pertinent pour l'organisation des soins de ville et des soins hospitaliers, pour les réseaux de santé, et en particulier pour les filières gériatriques.

Les CCAS ont souhaité au travers une politique active, renforcer leur rôle avec des actions de proximité et des actions innovantes auprès des personnes âgées. Ces dernières complètent les missions du Département.

Par ailleurs, une coordination à caractère informel s'est concrétisée sur le territoire de l'arrondissement Sud à l'initiative de certains CCAS, en partenariat avec des équipes du Conseil général. On peut citer parmi ces actions :

- le Centre Local d'Aides aux Personnes Agées de St Pierre qui est un guichet unique pour les demandeurs d'une aide à domicile et remplit des missions comparables à un CLIC de niveau 1 et 2 sur le territoire communal,
- la plate-forme de compétences gérontologique de la commune du Tampon qui remplit des missions, d'accueil, d'écoute, de mise en relation des personnes âgées avec un réseau de professionnels qui intervient dans ce domaine,
- les actions développées par le CCAS de St Joseph notamment en faveur des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui offrent aux familles des solutions de répit.

¹¹ - CLICS de niveau 1 : dispensent des prestations d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles,
- CLICS de niveau 2 : en sus des missions précédemment décrites, évaluent les besoins individuels et élaborent un plan d'aide personnalisé,
- CLICS de niveau 3 : assurent le suivi de la mise en œuvre, et l'adaptation, du plan d'aide et de suivi, et des articulations de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.

La filière de soins gériatriques

Cette filière a été structurée (consultations mémoire, équipes mobile de gériatrie) mettant à disposition des outils d'évaluation des situations individuelles, de coordination des plans de soins et des projets de vie, d'orientation des patients. Trois filières sont ainsi implantées :

- Nord-Est : équipe mobile et court séjour (CH Félix Guyon)
- Ouest : équipe mobile et court séjour (CH Gabriel Martin)
- Sud : équipe mobile et court séjour (GHSR)

La filière de soins gériatriques assure une prise en charge graduée et cohérente de la personne âgée sur un territoire donné. Composée d'une équipe mobile de gériatrie, d'un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière, d'une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour, d'un ou plusieurs Soins de Suite et de Réadaptation adaptés aux personnes âgées (SSR gériatrique), d'un ou plusieurs Soins de Longue Durée.

Les structures illégales ou « structures marrons »

L'adoption d'un cadre d'intervention pour le contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux a fait l'objet d'une délibération de l'assemblée départementale en sa séance des 20 et 21 juin 2007.

Il prévoyait la création d'une cellule départementale pour la mise en œuvre du contrôle et de l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux relevant exclusivement de sa compétence ou de compétence conjointe.

Il mentionnait l'obligation de faire figurer les principes opérationnels de contrôle des ESMS au Règlement d'Intervention Sanitaire et Social du Département (RISSD), qui constitue la base juridique de toute démarche de contrôle. Dans ce cadre, un certain nombre d'outils relatifs à la procédure de contrôle des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux (ESSMS), ont été présentés à savoir :

- les fiches actualisées du RISSD intégrant les principes du contrôle,
- un projet d'arrêté d'habilitation des agents du Conseil Général pour le contrôle des ESSMS,
- un projet d'arrêté de nomination d'un administrateur provisoire,
- un projet de rapport de mission,
- un projet de lettre d'injonction,
- un projet de lettre de mission,
- le protocole de contrôle.

Ainsi, l'harmonisation des procédures de contrôle départementales et la régularisation des structures d'accueil évoluant hors du cadre légal relèvent des missions confiées à cette cellule. Cependant, à ce jour cette cellule n'a toujours pas été mise en place.

Par ailleurs, une réflexion a été entamée par un groupe de travail piloté par l'ARS et le Département sur un cahier des charges en direction des petites unités de vie de moins de 25 lits, document sur lequel la régularisation des structures évoluant hors cadre pourrait s'appuyer.

Améliorer l'information en direction des personnes âgées et soutenir le lien intergénérationnel

Sur la période du schéma, certaines fiches actions n'ont pu être développées. En revanche, à plusieurs égards, des actions ont été initiées.

Concernant la **diffusion de l'information en direction des personnes âgées ainsi que le soutien des porteurs de projet en matière de solidarité intergénérationnelle**, il est à noter *l'implication de tous les acteurs œuvrant en direction des personnes âgées* (CCAS, maisons de retraite, associations,...) tout au long de l'année et au cours de la semaine bleue notamment.

Le Département de la Réunion a lui-même participé à cette démarche au travers :

- d'émissions télévisées (lien social) ;
- de subventions accordées aux associations de personnes âgées pour financer leurs actions : 15 000 € / an/action/association et aide forfaitaire de 1 744 € pour les clubs de moins de 100 adhérents et 2 000 € au-delà [les associations assurant une mission de service public tel Organisation Réunionnaise d'Information et d'Aide aux personnes âgées (ORIAPA), ...] dont les actions contribuent directement à la continuité de l'action départementale en matière d'actions sociales ne sont pas soumises à ce plafond),
- d'actions du Conseil Général des Jeunes (Journée d'animation à la Maison de Retraite Gabriel Martin à St Paul en 2007, échange intergénérationnel et représentation croisée sur le thème de la jeunesse (2008), fêter un Noël avec les personnes âgées (2008), café musical au foyer St François d'Assises en 2010,
- le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) : journées départementales des personnes âgées,
- le Conseil général des Sages (action « Hygiène et bien-être » en 2009, rapport sur l'hébergement des personnes âgées (2008).

L'Agence Régionale de Santé (ARS), dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique a arrêté un axe prioritaire sur la prévention du vieillissement ; ce qui se traduit par le financement annuel (sur appel à projet) d'actions de prévention et de formation d'animateurs de prévention, à destination des personnes âgées, des clubs du 3ème âge, et des intervenants à domicile (nutrition, mémoire, troubles de l'équilibre...).

Développer la formation des professionnels ainsi que le soutien aux aidants naturels

Dans le cadre du Schéma régional de formation sociale et médico-sociale en fin 2009, une fiche action vise l'accompagnement des besoins en formation du secteur médico-social. Cependant, alors que les besoins en formation du secteur sanitaire sont clairement identifiés, il n'en n'est pas de même sur le secteur social et médico-social. La Région procède à ce jour au recensement exhaustif des lieux de stage pour les mettre à disposition des organismes de formation. Elle prévoit également d'élaborer avec l'Etat un plan stratégique régional pour le développement de la validation des acquis et de l'expérience (VAE) en particulier dans le secteur sanitaire.

A la demande des EHPAD, diverses actions de formation continue et qualifiante (lutte contre les infections nosocomiales, bientraitance,...) ont été financées par l'ARS.

Des projets d'information et de soutien -notamment financier- aux aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont également été mis en place avec des partenaires comme Réunion Alzheimer ou l'école des métiers d'aide à la personne (EMAP).

PLAN D'ACTION

Plan détaillé

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES **52**

Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté **52**

Axe 1 : Mieux informer pour mieux accompagner 52

Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement 57

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable du maintien de l'autonomie **68**

Axe 1 : Développer l'éducation à la santé et la prévention 68

Axe 2 : Protéger et accompagner les personnes vulnérables 72

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES **85**

Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charge inscrites dans la continuité des projets individuels **85**

Axe 1 : Favoriser la réalisation du projet 85

Axe 2 : Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles 90

Thématique 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bientraitance **99**

Axe 1 : Soutenir les aidants 99

Axe 2 : Développer une approche coordonnée des réponses apportées aux personnes 101

Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés **107**

Axe 1 : Equilibrer l'offre 107

Axe 2 : Améliorer la qualité de l'offre 109

ORIENTATION III - GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA **113**

Thématique 6 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma **113**

Axe 1 : Rendre compte et lisible l'action conduite 113

Axe 2 : Mettre en place des outils de régulation 114

Thématique 7 : Développer une politique globale dans le champ de l'autonomie des personnes **115**

ORIENTATION I – FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 1 – Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 1 – Mieux informer pour mieux accompagner

Fiche 1

Informer de manière pertinente,
adaptée et accessible

Fiche 2

Faciliter les démarches d'hébergement
en établissement et en famille
d'accueil

Axe 2 - Vivre chez soi, demeurer dans son environnement

Fiche 3

Favoriser l'accès à un logement adapté

Fiche 4

Favoriser l'adaptation du logement

Fiche 5

Favoriser les déplacements des
personnes âgées

Fiche 6

Améliorer la qualité des services à
domicile

Fiche 7

Soutenir le maintien à domicile des
personnes âgées dépendantes par une
offre adaptée de soins infirmiers

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES**Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté****Axe 1 : Mieux informer pour mieux accompagner****Informer de manière pertinente, adaptée et accessible****→ Rappel de la problématique**

Un des facteurs de qualité d'une politique en faveur de l'autonomie réside dans la capacité des personnes et leur entourage à se repérer dans les dispositifs existants. Leur complexité et la multiplicité des acteurs rendent difficile l'accès à une information claire pourtant indispensable à l'exercice des droits. Le besoin d'une information accessible et partagée s'avère indispensable.

Les constats de terrain font état d'une méconnaissance des dispositifs par le public. De plus, les usagers ont besoin d'être davantage accompagnés dans leurs démarches (notamment pour l'obtention de certaines pièces justificatives nécessaires à l'établissement de leur dossier). De nombreuses personnes, restent à la marge d'une action sociale dont ils auraient pourtant besoin et renoncent ainsi aux dispositifs d'aide auxquels ils auraient droit. Il existe un foisonnement d'informations mais malgré tout, l'information disponible reste dispersée et insuffisamment repérée. Les réseaux d'information ne sont pas suffisamment structurés ni même identifiés par le public et les professionnels.

Sur ce point, le manque de formation des agents chargés d'informer et d'accueillir ce public et le recours à des emplois précaires sont aussi des facteurs aggravants.

Afin d'améliorer l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer (et des maladies apparentées) la MAIA a initié avec tous les partenaires concernés sur le territoire Nord-Est un travail afin d'identifier les problématiques et les solutions, élaborer un plan d'action et établir un process de la prise en charge de cette maladie et de celles apparentées. Ces travaux seront étendus au territoire Sud au cours du second semestre 2012 et au territoire Ouest en 2013.

→ Public concerné

Personnes âgées et leur entourage, grand public
Professionnels, associations, élus

→ Partenaires associés

CGSS, MAIA, CAF, DIECCTE, ARS, CCAS, associations gestionnaires d'établissement,

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>1 - Création d'un espace collaboratif interinstitutionnel qui permettrait aux différents acteurs intervenant en faveur des personnes âgées d'avoir à disposition toutes les informations nécessaires ou encore d'échanger avec d'autres professionnels.</p> <p><u>Organisation et fonctionnement</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - désignation par chaque acteur d'un référent qui serait chargé de la communication institutionnelle (mise à jour les outils communs, ...), - son portage par le Département (animation et coordination des référents). <p><u>Composition</u> : ensemble des acteurs intervenant sur le public des personnes âgées : services de l'Etat, ARS, Département, CCAS, représentants d'usagers, ...</p> <p><u>Outils à mettre en place</u></p> <p>Plusieurs outils devront être mis en place dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un portail Extranet en direction des professionnels ; - un portail Internet en direction de ce public. Cet outil, serait un site de référence des dispositifs existants pour les personnes âgées à la Réunion. Il comporterait des liens hypertextes auprès des différents partenaires. Le volet sanitaire et social y serait inclus ; - une charte Qualité d'accueil en faveur des usagers : cette charte pourrait notamment porter sur la qualification des agents à l'accueil des personnes âgées et plus largement des personnes en difficulté de communication. 	durée du schéma
	<p>2 - Mise en œuvre d'une politique d'information et de communication adaptée par le Département</p> <p><i>Développer de nouvelles modalités d'information du public et des professionnels</i></p> <p>Mener une réflexion sur les conditions optimales de fonctionnement d'un portail Internet dédié aux personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mise en place d'un groupe de travail sur le repérage des besoins d'information et l'élaboration d'un cahier des charges, • engagement du marché public, • mise en place du site Internet ; <p><i>Améliorer les outils existants</i> : simplifier les procédures et les demandes de prestations ou dispositifs légaux et facultatifs (demandes dématérialisées,...) ;</p> <p><i>Améliorer l'information institutionnelle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuivre l'information en direction des partenaires sur les prestations, les dispositifs et les procédures existant, y compris à travers l'animation et la coordination de l'espace collaboratif interinstitutionnel, - veiller à la diffusion et à l'actualisation du Règlement des Interventions Sociales Départementales, 	

	<ul style="list-style-type: none"> - poursuivre la réalisation et la diffusion du magazine télévisé « Lien social » car ce mode de communication permet d’informer le public sujet à l’illettrisme, - identifier, formaliser et systématiser le circuit de diffusion des brochures d’information : mettre en place des partenariats de diffusion avec les clubs de 3ème âge, les EHPAD-EHPA, - développer un plan de formation des agents sur l’accueil de ce public et plus largement des personnes en difficulté de communication. <p>3 - Formation des agents d’accueil par les acteurs œuvrant en faveur des personnes âgées</p> <ul style="list-style-type: none"> - formation de base permettant de bien connaître les prestations et les dispositifs de son organisme ou de son institution (+ formations actualisant leurs connaissances) - mise en place d’un tronc commun de formation pour l’ensemble des agents chargés de l’accueil recevant des PA (collectivité, institution, organisme de CGSS,...). 	<p>} durée du schéma</p> <p>} durée du schéma</p>
RESULTAT	Améliorer l’information des usagers et des professionnels Structurer et diversifier les dispositifs d’information	
INDICATEURS	Création de l’espace collaboratif interinstitutionnel Mise en place du portail extranet et intranet interinstitutionnel, nombre de connexion Mise en place du portail internet du Département, nombre de connexion Nombre de formation sur l’accueil des personnes âgées Nombre de signataires à la charte Qualité d’accueil des personnes âgées dans les administrations	
PILOTE	DPAPH, MAIA	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 1 : Mieux informer pour mieux accompagner

Faciliter les démarches d'hébergement en établissement et en famille d'accueil

→ Rappel de la problématique

La prise en charge en établissement

L'admission d'une personne âgée en établissement peut s'avérer difficile pour les familles par méconnaissance des structures existantes ou des places vacantes. Les disponibilités ne sont pas médiatisées, ce qui peut générer une multiplication des démarches de la part des usagers. De plus, les personnes à la recherche d'une place en établissement sont obligées de remplir autant de dossiers de demande que d'établissements sollicités et ainsi de produire plusieurs fois les mêmes pièces (source de difficultés pour ces personnes et leurs familles).

Des personnes âgées intègrent aussi les EHPAD à la suite de situations de crise. Il arrive également qu'elles soient orientées au service des urgences hospitalières alors que leur besoin relève plus d'une urgence sociale et donc d'une prise en charge du secteur médico-social (par exemple lorsque l'aidant d'une personne âgée est hospitalisé, la personne doit trouver une solution de prise en charge rapidement). Or, les délais d'attente en EHPAD peuvent être longs et peuvent avoir tendance à influencer négativement sur l'activité hospitalière (durées des séjours des personnes âgées qui peuvent être élevées, même en l'absence de justification sanitaire).

En outre, même lorsqu'un établissement a une place vacante, il arrive que l'utilisateur se désiste (non accord des enfants sur leur participation à l'obligation alimentaire dans le cadre de l'ASH, crainte, ...).

Enfin, le SROSMS 2012-2016 a acté la nécessité d'assurer un suivi annuel des listes d'attente sur la base d'une méthode commune préalablement définie de gestion des demandes d'admission.

La prise en charge en famille d'accueil

Le parcours pour une admission en famille d'accueil est aussi difficile notamment :

- les usagers manquent d'information sur les places disponibles. Pourtant, en application de l'article 2 de la loi du 17 juillet 1978 modifié par l'ordonnance n°2005-650 du 6 juin 2005, la liste des accueillants familiaux est un document administratif communicable de plein droit par le Conseil général à tout usager qui en fait la demande. Une telle liste permettrait à l'utilisateur de savoir quelles sont les disponibilités mais elle n'existe pas encore à La Réunion ;
- à chaque fois qu'il fait une demande dans une nouvelle microrégion, l'utilisateur doit reconstituer un dossier pour fournir exactement les mêmes informations.

→ Public concerné

Personnes âgées, les familles, les professionnels

→ Partenaires associés

Gestionnaires d'établissements, Département, ARS

		Délai
MODALITES DE MISE EN CEUVRE	<p>Mobiliser l'ensemble des établissements sur la nécessité d'une centralisation des demandes d'admission et de coordination des politiques d'admission (y compris les lits d'hébergement temporaire et les places d'accueil de jour)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un groupe de travail afin de définir les besoins, l'organisation et les outils nécessaires à l'amélioration de la visibilité et de l'accès des places en établissement d'hébergement dans l'intérêt des familles et dans une optique d'aide au pilotage, en concertation avec les établissements gestionnaires. L'animation de ce groupe sera confiée à la MAIA ; <p>Améliorer la qualité de réponse aux demandes des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'adhésion à l'outil par le biais des conventions tripartites - Communiquer sur cet outil auprès des usagers et des familles - Harmonisation des bases de données des établissements <p>Tendre pour les EHPA vers un dossier unique d'admission</p> <p>Réaliser et mettre à disposition des usagers la liste des accueillants familiaux</p> <p>Simplifier les procédures liées à l'accueil familial: dossier unique d'hébergement en famille d'accueil social, ...</p> <p>Anticiper les demandes d'admission à l'aide sociale Information des usagers et de leur famille sur les ouvertures des droits de l'aide sociale à l'hébergement (validité de 3 ans) afin que la demande soit constituée en amont du besoin d'hébergement (accueil temporaire, urgence, temps plein).</p>	durée du schéma
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi et accessibilité des places disponibles, mise à jour en temps réel afin de faciliter les démarches d'admission en établissement - Amélioration de la transparence de la gestion de lits et places - Optimisation de la gestion des places - Amélioration de la qualité de l'information des personnes et des familles - Visibilité accrue pour le Département et l'ARS quant à l'occupation des places autorisées et installées 	
INDICATEURS	<p>Mise en place du système d'information interfacé avec les établissements</p> <p>Nombre de personnes accompagnées grâce à cet outil</p> <p>Réalisation de la liste des accueillants familiaux</p>	
PILOTE	DPAPH, MAIA	

FICHE N° 3

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement

Favoriser l'accès à un logement adapté

→ Rappel de la problématique

L'amélioration des conditions de vie et de logement représente un axe essentiel du schéma départemental, dans la continuité des actions menées dans le cadre du SDOSMS volets personnes âgées 2007-2011.

Cette problématique est prise en compte au travers la mise en œuvre de la garantie du Département aux emprunts contractés par les bailleurs sociaux. Pour l'obtenir, les bailleurs s'engagent à favoriser l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

→ Public concerné

Personnes âgées

→ Partenaires associés

Bailleurs / ARMOS / services du CG / MDPH / CAUE / CGSS / Chambre des métiers, DEAL, Association soleil

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la concertation entre le Conseil Général et les bailleurs sociaux - Coordonner les services du Conseil Général pour commander une adaptabilité correspondant aux besoins et à la demande sur le contingent départemental - Réaliser une information coordonnée et régulière des partenaires et des professionnels en contact avec les publics concernés - Demander dans le cadre de l'octroi de la garantie départementale un bilan annuel aux bailleurs sur les opérations en termes d'accessibilité et d'adaptabilité des logements aux personnes âgées et personnes handicapées - Evaluer le besoin en lien avec les services du Département et les autres partenaires - Créer une « bourse du logement adapté » qui permettrait de rapprocher l'offre de la demande de logement adapté. 	durée du schéma

RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les conditions de vie des personnes âgées dans le cadre d'un logement adapté - Favoriser l'accès à un logement adapté et la mixité intergénérationnelle 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de logement en direction des PA dans les constructions neuves - Nombre de logements adaptés supplémentaires - Nombre de logements adaptés sur le contingent départemental - Nombre de logement ancien ayant fait l'objet d'une adaptabilité 	
PILOTE	Département (Direction de l'habita), Etat	

FICHE N° 4

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement

Favoriser l'adaptation du logement (aide à l'amélioration de l'habitat)

→ Rappel de la problématique

L'adaptation de l'habitat constitue le premier outil de prévention dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile. Les besoins ont évolué sous l'effet conjugué de l'aspiration croissante à vivre chez soi ou en milieu en milieu ordinaire de ce public.

Le renforcement de la participation départementale au cours des dernières années a permis l'amélioration de la prise en charge financière des actions d'amélioration de l'habitat (augmentation du montant des subventions accordées et de l'enveloppe financière globale).

→ Public concerné

- Tout public, et particulièrement les personnes âgées, sous condition de ressources (en fonction de la composition familiale) ;
- Accueillants familiaux pour personnes âgées dans le cadre de leur fonction, sans condition de ressources (et même chez les bailleurs sociaux).

→ Partenaires associés

- **ETAT (DEAL)** : aide à l'amélioration de l'habitat en secteur diffus dans le cadre de la ligne budgétaire unique (+ complément éventuel du Département pour les personnes âgées)
- Aide au logement pour le maintien à domicile de **la Caisse Nationale d'assurance vieillesse (CNAV)** pour les personnes retraitées, relevant des GIR 5 et 6, désireuses de vieillir à leur domicile
- Opérateurs de l'amélioration de l'habitat
- Chambre des métiers (formation des entreprises au logement adapté)

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge financière dans le cadre de l'aide à l'amélioration de l'habitat - Réaliser une information cordonnée et régulière des partenaires et des professionnels en contact avec les publics concernés - Prévoir une meilleure coordination des financeurs dans ce domaine d'intervention - Structurer une véritable filière du logement adapté 	<p style="text-align: center;">durée du schéma</p>

RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter l'habitat afin de mieux accompagner le vieillissement de la personne âgée - Améliorer les conditions de vie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le cadre d'un logement adapté - Optimiser les financements de chaque partenaire. 	
INDICATEURS	Nombre de logements adaptés supplémentaires	
PILOTE	Département (Direction de l'habitat)	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES**Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté****Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement****Faciliter les déplacements****→ Rappel de la problématique**

Le Département de la Réunion est Autorité Organisatrice de Transports (AOT) non-urbains réguliers de personnes, au titre de la loi d'orientation sur les Transports Intérieurs (LOTI) du 30 décembre 1982. Il organise donc ce transport public de voyageurs à travers le réseau interurbain Car Jaune.

Le Département, compétent également dans le pilotage de l'action sociale, mène une politique volontariste en faveur des personnes âgées.

Jusqu'en 2010, la gamme tarifaire du réseau Car Jaune comportait un titre de transport dédié aux personnes âgées, la Carte Senior. Cette carte permettait aux personnes âgées de plus de 60 ans de voyager à demi-tarif sur le réseau départemental. Son objectif était de favoriser l'utilisation par ce public des transports en commun. Dans le contexte de mutation de la société réunionnaise, au sein de laquelle les personnes du 3eme âge sont amenées à se déplacer de plus en plus souvent dans le cadre de leurs activités diverses et variées.

Dans le cadre de sa politique sociale en faveur des personnes âgées, et pour tenir compte du fait que nombre d'entre elles possèdent des ressources financières limitées, que la crise économique actuelle a encore amoindries, le Conseil Général a décidé le 2 décembre 2009 d'instaurer, dès le 1er janvier 2010, la gratuité sur le réseau Car Jaune (hormis les services Zéclairs) pour les personnes âgées de plus de 60 ans. La Carte Senior est alors devenue la Carte Armelle.

Cette gratuité a connu un vif succès, la fréquentation des seniors étant passée de 152 000 voyageurs en 2009 à plus de 500 000 en 2010.

→ Public concerné

Personnes âgées de plus de 60 ans.

→ Partenaires associés

Délégataire de service public et gestionnaire du réseau départemental Car Jaune
Autorités Organisatrices de Transport Urbain

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>La carte Armelle s'obtient en remplissant un formulaire, accompagné d'une photo d'identité et d'une copie de la pièce d'identité ou du livret de famille permettant de justifier de la condition de statut (plus de 60 ans).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un coupon annuel gratuit et renouvelable y est associé. - Sur présentation de la carte, le conducteur délivre à la personne âgée un ticket (une contre-marque) portant les renseignements relatifs au voyage effectué. - Des discussions seront engagées avec les Autorités Organisatrices de transport urbain pour une harmonisation à l'échelle de l'île permettant d'assurer la gratuité aux personnes âgées sur tous les réseaux 	<p>durée du schéma</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT	Mobilité des seniors facilitée pour leurs déplacements longs interurbains (sorties, visites, achats, loisirs, ...)	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de voyageurs Seniors sur le réseau - Nombre de cartes délivrées - Evolution du nombre de voyageurs Seniors - Evolution du nombre de cartes délivrées - Clé de mobilité du titre Armelle : nombre moyen de voyages effectué par mois 	
PILOTE	Département (Direction des Déplacements, Transports et Routes / Service des Transports)	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES**Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté**Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement**Améliorer la qualité des services d'aide à domicile****→ Rappel de la problématique**

Echo à la volonté des personnes âgées de vivre plus longtemps à domicile, les dispositifs d'aide à domicile se sont structurés. Il est désormais nécessaire de définir des procédures adaptées pour encadrer leur intervention et assurer un suivi de la qualité de prise en charge.

De plus, la crise nationale de l'aide à domicile, également présente à la Réunion a conduit le Département à réfléchir sur la pérennisation des structures existantes. L'étude des coûts des services d'aide à domicile à la Réunion réalisée par le GIP-SAP en juin 2011 a fait notamment ressortir un risque réel pour des acteurs importants du secteur à court terme qui se trouvent dans des situations financières périlleuses.

En juin 2012, le Département a validé de nouvelles orientations pour les aides sociales à domicile :

- Une revalorisation du montant horaire maximum d'intervention départemental pour l'APA-PCH ;
- Un partenariat actif avec les SAAD (convention pluriannuelle)
- Une gestion optimisée des moyens par les opérateurs : mise en place de la télégestion (services prestataires) ;
- Une couverture équilibrée du territoire entre les différents SAAD en tenant compte des CCAS qui ont un périmètre d'intervention limité au territoire de la commune.

Un autre constat est celui de la problématique de la formation du personnel (coût de la formation, notamment continue et adéquation des compétences aux besoins) ainsi que le développement des compétences sociales et managériales du personnel encadrant.

Enfin, concernant l'accompagnement des porteurs de projets vers l'agrément, les périmètres des acteurs sont les suivants :

- la DIECCTE instruit le dossier,
- le Conseil Général émet un avis sur le dossier,
- la CCIR et l'Agence de Développement de la Réunion (ADR) accompagnent les porteurs sur le plan économique,
- le GIP SAP accompagne sur la maîtrise du cahier des charges de l'agrément.

→ Public concerné

Services d'aide à domicile

→ Partenaires associés

ARS, DIECCTE, CCIR, ADR

		Délai
MODALITES DE MISE EN OEUVRE	<p><u>Mise en œuvre d'un partenariat actif entre le Département et les SAAD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mettre en œuvre des conventions partenariales pluriannuelles</i> dans le cadre de la mise en œuvre, du suivi et de la contribution à la solvabilisation des bénéficiaires de prestations d'aide à domicile ; - <i>Mettre en place un système de télégestion</i> en direction des services prestataires. <p><u>Accompagnement des SAAD par le GIP SAP</u></p> <p><i>Accompagnement à la création de service à la personne</i> (maîtrise du cahier des charges)</p> <p><i>Mettre en place et gérer une plateforme de services :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • mise en place d'un site Internet sur les services à la personne et l'aide à domicile sur le département afin de regrouper sur un seul support l'ensemble des informations du secteur, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ▫ la communication sur l'activité (informations sectorielles, nouveautés, nouveaux services, ...), la mise à disposition de l'ensemble des informations (législation, explication de fonctionnement, ...), ▫ la présentation des aides et leurs conditions d'obtention, ▫ la présentation des missions et des actions du GIP SAP - La Maison de l'Aide à la Personne, ▫ l'offre de services sur l'île de la Réunion (structures et prestations) ; • Numéro vert pour les aidants familiaux ; <p><i>Réalisation d'une étude prospective de l'emploi et de la formation sur le secteur des services à la personne (GIP-SAP) avec pour objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • analyse prospective des besoins des individus et des ménages, identification des marchés potentiels futurs porteurs pour des nouveaux services, et des services émergents, analyse des facteurs d'accélération et les freins éventuels à l'émergence de ces nouveaux marchés, et le rôle des politiques publiques dans ce cadre, ... • axes permettant la création, la pérennisation et la qualité des emplois créés, ... 	<p>à partir du 2^{ème} trimestre 2013</p> <p>durée du SDOSMS</p> <p>2013</p>
RESULTAT	Développement et pérennisation des SAAD Multiplicité des offres en faveur des PA	
INDICATEURS	Nombre de conventions pluriannuelles Nombre de services prestataires équipés en télégestion Nombre de porteurs de projets accompagnés ; taux d'agrément Nombre de connexion au site internet du GIP-SAP Nombre d'appel à l'année du n° vert Réalisation des études par le GIP-SAP	
PILOTE	<i>GIP-SAP, DPAPH</i>	

FICHE N° 7

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement

Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées par une offre adaptée de soins infirmiers

→ Rappel de la problématique

Le maintien à domicile des personnes âgées est une priorité nationale, fortement soutenue localement par le Département. Elle se traduit par l'accueil en EHPAD des personnes les plus lourdement dépendantes.

Cette orientation repose sur un fort investissement des entourages familiaux, avec des risques d'épuisement.

L'offre des SSIAD (519 places au 1er janvier 2011, soit un taux d'équipement de 19,60 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, contre 17,30 en moyenne nationale) est importante, et équitablement répartie sur le territoire, avec un nombre d'opérateurs limité (quatre), une couverture quasi-complète du territoire et des zones d'intervention distinctes ; elle est complétée par un recours significatif des plus de 75 ans aux soins infirmiers libéraux (1 122 €/an par personne de plus de 75 ans, contre 266 € en métropole pour l'année 2009). Le développement de nouvelles capacités de SSIAD est désormais limité par l'obligation d'implantation dans des zones sous dotées en infirmiers libéraux, avec une démographie libérale favorable (121 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, contre 109 en métropole).

Les SSIAD relevant exclusivement de la compétence de l'ARS, la fiche action ci-dessous est commune au SROMS.

→ Public concerné

Personnes âgées dépendantes à domicile, et aidants naturels

→ Partenaires associés

Département (médicalisation externe des établissements d'hébergement de personnes âgées, et articulation avec les services d'aide à domicile), URPS des Infirmiers

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'indicateurs réguliers d'activité des SSIAD et d'analyse de leur file active - Redéfinir la mission des SSIAD en complémentarité des autres segments de l'offre médico-sociale et sanitaire gériatrique <ul style="list-style-type: none"> a. Accompagnement en sortie d'hospitalisation b. Prise en charge de patients requérant des soins infirmiers 	<p>durée du schéma</p> <p>2013-2016</p>

	<p>importants, associés à des soins de nursing et à une exigence de coordination des intervenants</p> <p>c. Médicalisation externe des structures d'hébergement pour personnes âgées, hors EHPAD, en complément d'un conventionnement à privilégier avec les infirmiers libéraux</p> <p>d. Prise en charge des personnes handicapées à domicile requérant des soins infirmiers importants, associés à des soins de nursing</p> <p>- Intégrer les SSIAD dans les coordinations gérontologiques territorialisées (cf. infra), mesurer et valoriser leur mission de coordination à la personne</p> <p>- Mobiliser la réforme de la tarification des SSIAD en appui de la redéfinition locale de la mission de ces services et de leur positionnement, et de la diversification de leurs professionnels</p> <p>- Maintenir le niveau d'équipement de la Réunion, en considération des évolutions démographiques, en mobilisant les capacités nouvelles sur les zones de moindre densité d'infirmiers libéraux</p>	<p>durée du schéma</p> <p>à compter de la mise en œuvre de la réforme tarifaire</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT	Proposer une offre adaptée de soins infirmiers à domicile	
INDICATEURS	Indicateurs d'activité des SSIAD Indicateurs physico financiers des SSIAD	
PILOTE	ARS	

ORIENTATION I – FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 2 – Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de

**Axe 1 – Développer l'éducation à la
santé**

Fiche 8

Développer une politique de
prévention coordonnée

Fiche 9

Favoriser l'accès aux soins aux
personnes âgées : le chèque santé

**Axe 2 - Protéger et accompagner les
personnes vulnérables**

Fiche 10

Renforcer la protection des personnes
vulnérables à domicile

Fiche 11

Travailler sur la problématique des
structures d'accueil non autorisées

Fiche 12

Favoriser l'autonomie sociale des
personnes âgées

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable du maintien de l'autonomie

Axe 1 : Développer l'éducation à la santé et la prévention

Développer une politique de prévention coordonnée

→ Rappel de la problématique

Au vu des évolutions sociodémographiques, les démarches de prévention des effets du vieillissement sont importantes dans la recherche du maintien de l'autonomie des personnes âgées, notamment à domicile. Elles permettent également de renforcer la connaissance du vieillissement par le public, ainsi que la compréhension et l'acceptation des évolutions physiologiques et neurologiques qui peuvent l'accompagner. Des éléments généraux de diagnostic concernant la prévention et la promotion de la santé sont fournis par le Schéma Régional de prévention 2012-2016. Ce dernier met en évidence les forces et les faiblesses de la politique de prévention coordonnée en direction des personnes âgées.

➤ Les forces du secteur de la prévention

- *La pluralité des acteurs* : associations, professionnels, établissements (d'enseignement, sanitaires, médico-sociaux et sociaux), acteurs institutionnels (Conseil général, Conseil régional, les communes réunionnaises, organismes de protection sociale, ...)
- *La diversité des actions de prévention,*
- *L'émergence d'une culture commune*

➤ Les faiblesses : la difficulté de construire une politique commune

- *La fragilité du réseau associatif* : dépendance des financements publics, recours aux emplois précaires, problèmes de qualification des personnes et de compétences disponibles pour mener à bien les projets.
- *Une connaissance insuffisante de l'offre et des besoins*
- *Un manque de coordination des politiques publiques*
- *Une implication variable des acteurs de prévention*
- *Une absence d'organisation d'une offre de prévention*
- *L'existence de fortes inégalités sociales et territoriales de santé*

A ces éléments s'ajoutent les constats complémentaires suivants :

- l'isolement des personnes âgées,
- la méconnaissance des acteurs concernant les différentes opérations menées par chacun,
- l'essoufflement des associations qui souffrent de leur cloisonnement, d'un manque de tutelle, de bénévoles, de ressources,... Cet essoufflement est tel que certaines associations doivent arrêter certaines actions à domicile faute de moyens.

→ Public concerné

Personnes âgées

→ Partenaires associés

GIP-SAP, DDJCS

		Délai
<p>MODALITES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p><u>Préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes</u> à travers la prévention des chutes, la prévention des problèmes de dénutrition et l'amélioration de l'accompagnement du retour à domicile (<i>orientations du Schéma Régional de Prévention</i>)</p> <p><u>Maintenir la qualité de vie des personnes âgées</u> (<i>orientations du Schéma Régional de Prévention</i>)</p> <p><i>Renforcer le soutien aux aidants familiaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer et consolider l'offre en direction des personnes âgées (dispositif « Répit-Repos » du GIP SAP, plate-forme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux de la FPF, ... (cf. fiche action n° 18)) : <ul style="list-style-type: none"> . mettre en œuvre les palettes de service des dispositifs existants, . consolider l'offre de Répit-Repos du GIP-SAP en conventionnant avec la CNSA pour les 3 prochaines années (convention Département-CNSA pour la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile), . assurer une complémentarité de l'offre entre les dispositifs. <p><i>Développer l'accueil temporaire et favoriser l'accueil séquentiel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> . Prévoir 4 à 5 places par structure dont le financement serait garanti, . Informer les usagers orientés en accueil temporaire de l'offre d'accueil également disponible en Métropole. <p><i>Former les aidants familiaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les formations en direction des aidants familiaux (ARS, Département) - Lancer des expérimentations de formation (référént « coach des aidant » qui explique le rôle de chacun, professionnels et familles) sur le modèle canadien du balluchonnage : formation <i>in situ</i> durant laquelle l'aidant apprend en regardant faire un professionnel, ...) <p><i>Favoriser le maintien à domicile, à travers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accès à un logement adapté (fiche action n° 3) - l'adaptation du logement (aide à l'amélioration de l'habitat) (fiche action n° 4) - la coordination des professionnels intervenant autour de la personne dépendante et de son entourage (fiche action n° 19 et 20) <p><u>Mettre en œuvre des mesures préventives</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Faire régulièrement un bilan gériatrique</i> (test de la mémoire, bilan chute,...) à partir de 75 ans afin d'anticiper le maintien à domicile et donner des informations précises aux aidants pour s'organiser 	

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Peser une fois par mois la personne âgée</i> car la perte de poids est le premier signal d'alerte de la maladie (cela peut même être fait par les aidants) - <i>Organiser des campagnes de prévention spécifiques par public et par pathologie</i> - <i>Mettre en place une médecine du travail pour les aidants familiaux ou au moins un suivi sanitaire de ces derniers</i> (comme cela est d'ailleurs prévu dans le plan Alzheimer) <p><u>Consolider les réseaux associatifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Engager une réflexion avec les partenaires (dont le Pôle vie associative de la DDJCS) pour animer et coordonner le réseau associatif PA - Contractualiser avec les associations sur des programmes d'actions pluriannuelles de prévention en direction des personnes âgées 	
RESULTAT	<p>Développement et coordination des actions de prévention en direction des personnes âgées</p> <p>Amélioration de la qualité de vie des personnes âgées à domicile et de leurs aidants</p>	
INDICATEURS	<p>Indicateurs des fiches action n°3, 4, 18, 19 et 20</p> <p>Nombre de places accueil temporaire et séquentiel (évolution)</p> <p>Nombre de formations en direction des aidants familiaux</p> <p>Nombre de bilan gériatrique par an sur les personnes de plus de 75 ans</p> <p>Mise en place d'une médecine du travail pour les aidants familiaux</p> <p>Animation et coordination du secteur associatif PA</p>	
PILOTE	ARS, Département	

FICHE N° 9

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 2 : Inscire la prévention en tant qu'axe incontournable du maintien de l'autonomie

Axe 1 : Développer l'éducation à la santé et la prévention

Favoriser un accès aux soins pour toutes les personnes âgées

→ Rappel de la problématique

Afin de favoriser l'acquisition d'une complémentaire santé, le Département a mis en œuvre un dispositif volontariste : Le chèque santé. Il permet aux personnes âgées aux revenus modestes, mais dépassant le plafond donnant droit à la CMU complémentaire d'accéder à une couverture médicale plus importante.

Cette population cible est en effet celle qui *"subit le plus durement les effets de seuil dans l'accès aux soins"* : vivant en dessous du seuil de pauvreté, elle est cependant au dessus du seuil d'éligibilité à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

→ Public concerné

Personnes âgées de 60 ans et plus, ne percevant pas la CMUC, sous conditions de ressources

→ Partenaires associés

Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), Organismes de complémentaire santé

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Poursuivre l'attribution du Chèque santé à destination des personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimisation de l'utilisation de l'aide, en lien avec l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ; - Simplification des démarches (attribution pour 3 ans, échanges de données directes avec la CGSS pour les droits des usagers) ; - Renforcement du partenariat avec les organismes de complémentaire santé 	durée du schéma
RESULTAT	Favoriser l'accès à des soins de qualité, pour les personnes âgées, lui garantissant un état de santé convenable, le plus durable possible	
INDICATEURS	<p>Nombre de bénéficiaires annuel et évolution sur la durée du Schéma</p> <p>Montant de l'aide attribuée annuellement et évolution</p> <p>Nombre d'organismes partenaires</p> <p>Evolution des coûts des produits proposés</p>	
PILOTE	Conseil Général (DPAPH)	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES**Thématique 2 : Inscire la prévention en tant qu'axe incontournable du maintien de l'autonomie****Axe 2 : Protéger et accompagner les personnes vulnérables****Renforcer la protection des personnes vulnérables à domicile****→ Rappel de la problématique**

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs instaure une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) à la charge des départements et préalable à la saisine de l'autorité judiciaire, impliquant ainsi davantage les départements dans le domaine de la protection des adultes vulnérables. Selon la loi, et l'article 226-14 du code pénal, une personne adulte est considérée comme vulnérable si elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

La lutte contre la maltraitance rencontre des obstacles liés aux difficultés de repérage et de signalement des situations de maltraitance, plus particulièrement au domicile et lorsqu'elle relève de la relation intra-familiale. Les réponses à apporter face aux situations supposées de maltraitance ou de négligence envers des personnes fragilisées par l'âge sont parfois réduites en dehors de la voie judiciaire. Les principaux constats sont les suivants :

Les difficultés d'ordre général*➤ Le manque de connaissance sur la maltraitance*

Que ce soit pour les professionnels ou les particuliers, il est parfois difficile de savoir où commence la maltraitance, comment résoudre ce problème, ... Le constat est :

- un manque d'information du grand public ainsi que des aidants professionnels et familiaux,
- des professionnels de santé libéraux pas (ou insuffisamment) formés à la maltraitance et les mesures à prendre.

En outre, s'agissant des personnes vulnérables, leur niveau de compréhension peut également freiner leur aptitude à réagir. Il est donc nécessaire de prévoir une information adaptée à ce public.

➤ Le manque de coordination entre les différents acteurs

La lutte contre la maltraitance nécessite l'intervention d'acteurs variés (mondes associatif, administratif, judiciaire, professions libérales,...). Tous ne sont pas informés de l'existence, du rôle et des missions de chacun. Cette méconnaissance de l'ensemble des dispositifs auxquels ils pourraient avoir recours, nuit à la prise en charge et à l'accompagnement des publics vulnérables.

De plus la mobilisation des professionnels de santé libéraux s'avère difficile pour coordonner les interventions autour des personnes âgées : ces derniers se croisent sans pour autant échanger sur l'usager (absence de fiche de liaison).

Il est indispensable afin d'apporter une solution adaptée au problème de la victime, que tous les intervenants travaillent de concert et non chacun dans son côté.

De plus, il est souvent difficile aux partenaires du Conseil général d'avoir un retour sur le signalement opéré. Le secret professionnel limite aussi la diffusion d'information sur les dossiers.

➤ *L'absence de procédure d'urgence*

Alors que la situation d'une personne victime de maltraitance nécessite une réponse rapide, parfois immédiat (essentiel d'éloigner la victime de son agresseur), il n'existe aucune procédure d'urgence permettant une prise en charge rapide de l'usager.

En outre, le manque de place en établissement aggrave ce problème car il ne permet pas de répondre dans les meilleurs délais à ce problème.

Les problèmes qui se posent localement à ALMA

A La Réunion, Alma dispose de peu de moyen humain et rencontre des difficultés pour trouver des bénévoles. A cause de ce manque de moyen humain, la permanence téléphonique permettant aux victimes ou à leur entourage de se signaler est ouverte peu de jours par semaine et à des heures précises.

Année	Total appels	Répondeur sans message	Nb de signalement personnes âgées
2009	299	211	43
2010	232	241	56
2011	299	220	51

Source : ALMA

En 2011, la majorité des appels provenaient de la famille (48 %) ou de personne anonyme (28 %).

Les difficultés propres au Département

En matière de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, le Conseil général est confronté à de multiples difficultés :

- Dans la mise en œuvre de la procédure interne de gestion des informations préoccupantes relatives aux personnes vulnérables (nécessité de réajustements),
- Absence de procédure d'urgence,
- Manque de coordination avec ses différents partenaires : un partenariat formalisé avec les partenaires reste à mettre en œuvre (autorités judiciaires, ...).

➔ **Public concerné**

Personnes âgées

➔ **Partenaires associés**

Alma, Procureur de la république, grand public

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p><u>Au niveau des acteurs en général</u></p> <p><i>Mise en place d'un pilotage départemental de la protection des personnes vulnérables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création du Comité départemental de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables - Création d'un observatoire départemental des maltraitances (portage Département) : <ul style="list-style-type: none"> . lieu d'accueil et d'information pour le public et les professionnels (contacts utiles, missions de chacun,...), . lieu de centralisation des données et de clarification et de médiatisation des procédures, . lieu d'étude de la maltraitance, d'échange des pratiques et des expériences . lieu d'interface entre tous les acteurs (y compris les libéraux) ce qui sous tend l'identification en amont des besoins en termes d'informations des professionnels et des usagers, l'actualisation des informations, la construction d'un partenariat entre les acteurs. <p><i>La formation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de formations communes en direction des professionnels (y compris les libéraux) sur la maltraitance : la « maltraitance » doit être comprise par tous de la même manière - Mise en place de groupes de parole en direction des professionnels et des aidants familiaux : échange autour d'expériences et des pratiques, renforcement de l'expertise, ... Ces groupes de paroles pourrait être source de données dans la connaissance du phénomène de maltraitance. <p><i>Mobilisation des professionnels de santé libéraux au travers :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> . des réseaux existants : URPS qui peut assurer l'information de ces professionnels, CLIC, MAIA, la création d'un réseau sentinelle (kinésithérapeutes, infirmiers,...) afin d'améliorer la diffusion d'informations autour d'un même usager et donc de mieux prévenir les risques de maltraitances. <p><i>Le développement et la valorisation de la bientraitance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Information et formation des professionnels - Sensibilisation du grand public <p>Si la lutte contre la maltraitance est primordiale pour protéger les personnes vulnérables, le développement de la bientraitance permet de donner un sens fort à l'accompagnement de ces personnes.</p> <p><i>L'accueil en établissement des personnes âgées en situation de maltraitance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> . définir une procédure d'urgence permettant une prise en charge rapide de l'usager 	durée du schéma

	<p><i>L'aide et la professionnalisation des aidants familiaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> .développement des plates-formes de répit . professionnalisation des aidants : mise en place de formation en direction des aidants (ARS, Département, ...). <p><u>Au niveau du Département</u></p> <p>La prévention de la maltraitance par le Conseil général passe par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la structuration et la formalisation d'un partenariat avec la justice, - la formalisation d'une procédure d'urgence ainsi que la formalisation du retour d'information aux partenaires sur les signalements - l'information du public : actions fortes (création d'une journée de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, ...), campagne publicitaire, ... 	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter la meilleure réponse possible aux situations de maltraitance - Dispositifs de prévention et signalement de la maltraitance renforcés et connus de tous - Réactions plus rapides et une meilleure adaptation des réponses apportées en fonction des situations - Meilleur suivi et analyse des signalements et des réponses proposées 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du Comité départemental - Mise en place de l'observatoire - Evolution de nombre de situations de maltraitance - Evolution du suivi des situations 	
PILOTE	Département, ARS	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie

Axe 2 : Protéger et accompagner les personnes vulnérables

Travailler sur la problématique des structures d'accueil non autorisées

→ Rappel de la problématique

L'hébergement illégal des personnes âgées dépendantes s'est développé ces dernières années. Cette offre d'accueil informelle (dite « marron ») est difficile à répertorier et semble concerner tout le territoire. Si certaines sont classifiées dans la catégorie des établissements recevant du public de type « O : Hôtels et pensions de famille » de 5ème catégorie, d'autres exercent sans aucun statut juridique. Elles ne font l'objet d'aucun suivi ni de contrôle et seraient de l'ordre d'une soixantaine.

Plusieurs causes peuvent être avancées pour expliquer le recours à ce mode d'hébergement non autorisé :

- le manque de logements sociaux vacants, dont le coût du loyer serait compatible avec les capacités contributives des ménages,
- la précarité financière des personnes âgées,
- le coût de l'offre d'hébergement médico-social et l'impossibilité ou le refus de supporter le coût opposable à l'usager (coût hébergement et participation à la dépendance) par les enfants ou petits enfants,
- l'absence de positionnement clair des institutions dans leurs champs de compétences respectives, notamment au regard de l'obligation de contrôle et de la fermeture des structures non autorisées.

L'imputabilité des responsabilités

Tous les acteurs sont concernés et responsables de cette situation : l'Etat, l'ARS, le Département, les communes, les familles.

L'Etat

- L'Etat, le garant du droit au logement et à des conditions de vie décente

Fondement législatif

. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 11)* : « Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence. Les Etats parties prendront des mesures appropriées pour assurer la réalisation de ce droit et ils reconnaissent à cet effet l'importance essentielle d'une coopération internationale librement consentie ». Ces droits figurent également dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme*.

. *Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (à valeur constitutionnelle)*

alinéa 10 : La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement

alinéa 11 : Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

. *Loi Quillot du 22 juin 1982* « le droit à l'habitat est un droit fondamental »

. *Loi du 31 mai 1990 visant la mise en œuvre du droit au logement (Loi Besson)* (article 1) : « garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation ».

. *Décision du Conseil Constitutionnel du 19 janvier 1995* : la possibilité de disposer d'un logement décent est un objectif à valeur constitutionnelle.

. *Droit au logement opposable (DALO)*, mars 2007

- *Point sur le droit au logement opposable (DALO)*

La loi DALO, entrée en vigueur le 5 mars 2007, impose à l'Etat une obligation de résultat afin de trouver un logement ou un hébergement temporaire aux personnes qui en font la demande sous peine de recours en justice. Cette mesure ambitieuse et porteuse d'espoir avait pour objectif de lutter contre la précarité de personnes sans logement.

Les personnes âgées et handicapées sont éligibles à ce droit à un logement décent.

- ***Le pouvoir de contrôle et de fermeture du Préfet sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) autorisés ou illégaux***

Les pensions de familles « marrons » hébergeant les personnes âgées relèvent du régime des ESSM soumis à autorisation dans le cadre du code de l'action sociale et des familles, CDASF (article et 7). De par l'article L. 312-1-6° et 7° sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements et services, dotés ou non d'une personnalité morale propre.

Le contrôle des ESSMS soumis à autorisation est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation (article L. 313-13 du CASF):

- préfet de département : les contrôles sont effectués par les personnels placés sous son autorité ou celle de l'ARS mentionnés aux articles L 1421-1 et L 1437 du code de la santé,

- directeur général de l'ARS : les contrôles sont effectués par les personnels de l'ARS,

- président du conseil général: les contrôles sont effectués par les agents départementaux¹² ; ces contrôles peuvent être exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents placés sous l'autorité du préfet du département ou de l'ARS.

Dans les ESSMS autorisés conjointement par le président du Conseil général ou le directeur de l'ARS, les contrôles sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'ARS.

¹² Un règlement départemental arrête les modalités de ce contrôle⁶ C'est à ce règlement départemental qu'il revient de fixer les pouvoirs des agents dans les modalités de contrôle.

- Pouvoir de contrôle général du Préfet

La loi du 21 juillet 2009 (loi « HPST ») réaffirme le rôle central du représentant et des services de l'Etat en la matière, ces derniers disposant d'un pouvoir d'investigation portant sur l'ensemble des établissements et services :

- quelle que soit l'autorité ayant délivré l'autorisation, **le préfet de département dispose d'un pouvoir général de contrôle des ESSMS. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'ARS pour l'exercice de ses compétences** (article L. 313-13 alinéa 5 du CASF),

- lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires, il est procédé à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale (article L. 313-13 alinéa 6). Ces agents sont habilités et assermentés dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, recherchent et constatent les infractions définies au CASF par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à preuve du contraire (alinéa 7).

- Pouvoir de fermeture d'urgence

En cas d'urgence, lorsque la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes hébergées sont menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement, le représentant de l'Etat peut sans injonction préalable, ni consultation de la commission départementale compétente en matière d'environnement, de risques sanitaires et technologiques, prononcer par arrêté motivé et à titre provisoire une mesure de fermeture immédiate, à charge pour lui d'en saisir pour avis ladite commission dans le délai d'un mois.

La jurisprudence précise que *l'autorité compétente qui ordonne la fermeture d'un établissement d'hébergement de personnes âgées ouvert sans autorisation n'est pas placée en situation de compétence liée* (CE 29 décembre 1995 Fabre et Perrier).

- Pouvoir de substitution

Lorsque l'autorité qui a délivré l'autorisation est le président du Conseil général et en cas de carence de ce dernier, le représentant de l'Etat dans le département peut, après mise en demeure restée sans résultat, prononcer la fermeture de l'établissement ou du service. En cas d'urgence, le représentant de l'Etat peut, sans mise en demeure adressée au préalable, prononcer par arrêté motivé et à titre provisoire la fermeture totale ou partielle de l'établissement ou du service (article L 313-16 du CASF).

Ce pouvoir de substitution devrait s'appliquer pour les structures qui accueillent des personnes âgées et/ou handicapées, ouvertes sans autorisation, gérées par des bailleurs privés, enregistrées en préfecture et répertoriées à la Chambre de Commerce et d'Industries sous le label « hébergement collectif ».

Le Département

- Fermeture des structures sans autorisation

L'autorité compétente met fin à l'activité de tout service ou établissement créé, transformé sans l'autorisation prévue à cet effet (article L 313-15 du CASF). Relève de la compétence exclusive du président du Conseil général :

- les établissements et services pour personnes âgées non médicalisées (EHPA, familles d'accueil),
- les établissements et services pour personnes adultes handicapées non médicalisées (FAO, SAVS, FH-FHTH).

En cas de fermeture d'un établissement ou d'un service, l'autorité ou les autorités qui ont délivré l'autorisation prennent les mesures nécessaires au placement des personnes qui y étaient accueillies.

L'Agence Régionale de Santé (ARS)

- Fermeture des structures sans autorisation

L'autorité compétence met fin à l'activité de tout service ou établissement créé, transformé sans l'autorisation prévue à cet effet (article L 313-5 du CASF).

Ainsi, lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe du directeur de l'ARS et du président du Conseil général, la décision de fermeture est prise conjointement par ces deux autorités et mise en œuvre par le directeur de l'ARS avec le concours du président du Conseil général. Relèvent ainsi d'une autorisation conjointe du président du Conseil général et du directeur de l'ARS, les établissements et services qui délivrent des prestations susceptibles d'être prises en charge pour partie par le département et pour partie par l'assurance maladie : EHPAD, FAM, SAMSAH.

La DEAL, La DIECCTE, La DJSCS, Le Trésor Public

Concernant le logement décent la DEAL est compétente pour intervenir (article R 831-13-1 du code de la sécurité sociale, loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 dans le cadre de l'accueil des personnes âgées à titre onéreux).

Le respect du code du travail concernant l'emploi de personnes salariées relève de la DIECCTE qui peut intervenir en cas de travail au noir, ou pour vérifier le respect des dispositions réglementaires.

La DJSCS a compétence pour intervenir sur les publics vulnérables.

La non déclaration d'activité (ou de fausse déclaration) relève de la compétence du Trésor Public (taxe professionnelle, ...)

Le Maire

- Pouvoir du maire à l'égard des pensions de famille répertoriées ERP

Un certain nombre de ces structures sont répertoriées comme des établissements recevant du public ERP (certain de type O « Hôtels, pensions de famille » de 5^{ème} catégorie).

Les obligations du Maire

Le Maire est chargé sur le territoire de sa commune de la **police municipale** (article L.2212-2 du code général des collectivités territoriales). Dans ce cadre, il est garant des mesures préventives contre les risques d'incendie et de panique dans les ERP. L'autorité municipale doit veiller à l'application du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les ERP (l'article R.123-27 du code de la construction et de l'habitation).

Le Maire doit :

- *Traiter les demandes d'autorisation de construire* : autoriser les travaux dans un ERP sur le territoire de la commune (article L.111-8-1 du code de la construction et de l'habitation).

- *Saisir les commissions pour l'ouverture* : nécessaire avant toute ouverture ou réouverture (établissement fermé pendant plus de 10 mois) des établissements recevant du public, pour solliciter le passage de la commission de sécurité.
- *Participer aux commissions de sécurité et suivre les avis défavorables*
- *Donner suite aux visites des commissions* : les commissions ne rendant que des avis, c'est au maire que revient la décision finale relative à l'ouverture, à la poursuite d'exploitation et à la fermeture de l'établissement en cas d'avis défavorable
- *Faire procéder aux visites de contrôle, périodiques ou inopinées*, pour vérifier le respect des règles de sécurité;
- *Décider, par arrêté, pris après avis de la commission de sécurité, la fermeture des établissements en infraction à ces règles* (art R 123-52 du CCH).
- *Transmettre annuellement la liste des ERP de la commune au Préfet.*

En cas de carence du maire dans l'exercice de son pouvoir de police dans les ERP, le préfet peut user de son pouvoir de substitution (article L.2215 du code général des collectivités territoriales).

Les responsabilités du Maire

En cas de sinistre dans un ERP, la **responsabilité civile de la commune peut être engagée** si des omissions, des négligences ou des insuffisances sont constatées dans le suivi et le contrôle des ERP par les services municipaux.

Le fait de causer la mort d'autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende (l'article 221-6 du code pénal). Dans ce cadre **la responsabilité pénale du Maire peut donc également être engagée.**

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende.

- Pouvoir du maire à l'égard des pensions de famille « marrons »

Le maire est l'autorité compétente pour prendre et faire respecter les mesures nécessaires au maintien de l'ordre, de la sécurité, de la tranquillité et de la salubrité publique sur le territoire de sa commune (article L2212-2 du code général des collectivités locales). Dans le cadre de ses pouvoirs de police, le maire a la possibilité d'intervenir auprès des pensions de familles exerçant hors cadre légal.

Les familles

Les enfants doivent des aliments à leurs pères et mère ou autre ascendant dans le besoin (article 205 du code civil). Des personnes âgées sont « placées » dans des pensions de familles « marrons » par crainte des membres de leur famille de devenir « obligé alimentaire » ou pour des raisons « d'économie » (le minimum vieillesse ou la pension de retraite de la personne âgée couvrant le montant de l'hébergement).

Pourtant, l'aide sociale à l'hébergement départementale a pour objet de couvrir les frais d'hébergement des personnes âgées hébergées en institution ou en famille d'accueil agréées disposant de ressources modestes et dont les enfants et petits enfants ont également de faibles ressources. La mise en œuvre de l'obligation alimentaire tient compte de la situation financière de chaque ménage.

→ **Public concerné**

Personnes âgées, personnes handicapées, familles

→ **Partenaires associés**

Services de l'Etat et de l'ARS, mairies, CCIR, travailleurs sociaux, personnels de santé et de soins, organismes de tutelles

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Mieux connaître pour proposer des alternatives à l'accueil marron</p> <ul style="list-style-type: none"> - étude sur les raisons du recours à ce type d'hébergement - étude sur les possibilités de légalisation (lieux de vie,...) <p>Définition d'un protocole commun d'intervention Etat/ARS/ Département – Clarifier les modalités d'intervention</p>	<p>durée du schéma</p> <p>2013</p>
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter la meilleure réponse possible aux situations de maltraitance touchant les publics vulnérables, - Avoir un guichet unique d'enregistrement des demandes d'hébergement et d'attribution en « structures collectives », - Renforcer les dispositifs de prévention et de signalement de la maltraitance - Réagir plus rapidement et apporter des réponses mieux adaptées aux situations repérées, - Avoir un meilleur suivi et une meilleure analyse des signalements et des réponses proposées (partage des tableaux de bord entre les partenaires) 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution du nombre de structures non autorisées - Diminution du nombre de situations de maltraitance au sein des structures non autorisées 	
PILOTE	Département-Etat	

FICHE N° 12

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES AGEES

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable du maintien de l'autonomie

Axe 2 : Protéger et accompagner les personnes vulnérables

Favoriser l'autonomie sociale des personnes

→ Rappel de la problématique

L'isolement dont souffrent beaucoup de personnes âgées, les exclut souvent du reste de la société. Ainsi, l'action des associations qui ont pour but le développement d'activités et de loisirs pour les personnes âgées est essentiel dans le maintien des liens sociaux. Dans ce cadre, depuis 2005, le Département apporte son soutien aux Clubs de 3^{ème} âge et associations à caractère social. A ce titre, les clubs 3^{ème} âge perçoivent annuellement une subvention, dont le montant est calculé en fonction du nombre d'adhérents âgés de 60 ans et plus. Les autres associations perçoivent une subvention annuelle après analyse des actions présentées.

→ Public concerné

- Clubs de 3^{ème} âge
- Associations à caractère social intervenant en faveur des personnes âgées
- Personnes âgées à domicile

→ Partenaires associés

- Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), ORIAPA
- Personnes âgées à domicile

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Poursuivre le soutien financier aux clubs du 3^{ème} âge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimisation des financements accordés (territorialisation et mutualisation) - Recentrage sur les compétences du Département - Renforcement du partenariat avec les clubs autour d'actions d'information et d'animation à destination des personnes âgées <p>Renforcement de l'accompagnement des associations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formalisation des projets - Fonctionnement de l'association (comptable, administratif, emploi, etc.) - Renforcer la communication autour d'associations et des activités existantes par le biais de manifestations spécifiques de promotion des activités associatives (Journée départementale des Personnes Agées) 	} durée du schéma
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'isolement des personnes âgées à domicile - Préservation de leur autonomie grâce à des activités adaptées - à travers les clubs de 3^{ème} âge, constitution de relais de proximité pour les personnes âgées, en termes d'information et d'animation 	

INDICATEURS	Nombre d'associations financées annuellement et évolution par typologie d'actions	
	Montant alloué annuellement et évolution par typologie d'actions	
	Nombre de personnes bénéficiaires annuellement et évolution par typologie d'actions	
PILOTE	Conseil Général (DPAPH)	

ORIENTATION II – ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES

Thématique 3 – Développer des modalités de prise en charge inscrites dans la continuité des projets individuels

Axe 1 – Favoriser la réalisation du projet

Fiche 13

Promouvoir une offre de prise en charge séquentielle/ temporaire

Fiche 14

Développer l'accueil familial

Fiche 15

Développer des modes d'accueil innovants

Axe 2 – Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

Fiche 16

Améliorer les modalités de prise en charge et de suivi des personnes en familles d'accueil

Fiche 17

Améliorer les modalités de suivi des situations

Fiche 18

Développer la formation et la qualification des professionnels sanitaires et médico-sociaux

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES

Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charge inscrites dans la continuité des projets individuels

Axe 1 : Favoriser la réalisation du projet

Promouvoir une offre de prise en charge séquentielle / temporaire

→ Rappel de la problématique

Dans la continuité du précédent SDOSMS, le choix retenu par le présent schéma consiste en l'affirmation d'une priorité au soutien à domicile des personnes âgées, avec réservation de l'accueil en établissement des personnes âgées lourdement dépendantes. La période 2006-2009 a été marquée par un effort de rattrapage de l'équipement. Ce dernier reste au dessous de la moyenne nationale, mais il est compensé par une prise en charge à domicile (aidants naturels et ou familles d'accueil) très présente. Conforter les EHPAD dans l'accompagnement des personnes âgées lourdement dépendantes repose sur un fort investissement de ces entourages familiaux, avec des risques d'épuisement. La mobilisation d'une offre de répit séquentielle / temporaire médicalisée s'avère indispensable. Dans ce cadre, un appel est projet est prévu pour l'autorisation d'accueils de jour dans l'Est et l'Ouest. Cette thématique est conjointe au SROSM.

→ Public concerné

Personnes âgées dépendantes à domicile et aidants

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	L'accueil de jour - Harmoniser l'offre d'accueil de jour sur le territoire : autorisation d'accueils de jour dans l'Est et l'Ouest dans le cadre d'un appel à projet - Intégrer les accueils de jour dans les coordinations gérontologiques territorialisées pour permettre l'intégration de cette prestation dans les plans d'aide et les orientations des consultations mémoire	durée du schéma
	L'accueil temporaire - Mettre en place un recueil de l'activité d'hébergement temporaire en EHPAD - Diffusion des règles de recours à l'aide sociale départementale pour l'hébergement temporaire auprès des acteurs locaux, pour en faciliter l'accès et favoriser l'anticipation des demandes d'aide sociale dans les plans d'aide des personnes âgées - Maintenir et généraliser l'objectif de 5% d'activité en hébergement temporaire, en équivalence d'activité annuelle et non en lits dédiés,	durée du schéma

	dans les EHPAD au travers des conventions tripartites	
RESULTAT	Evolution de l'offre d'accueil de jour Permettre le répit des aidants	
INDICATEURS	Nombre de places supplémentaires en accueil de jour et en accueil temporaire Taux d'équipement en accueil de jour et en accueil temporaire	
PILOTE	ARS, Département	

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES**Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charge inscrites dans la continuité des projets individuels**Axe 1 : Favoriser la réalisation du projet**Développer l'accueil familial****→ Rappel de la problématique**

L'accueil familial constitue une possibilité de prise en charge par les personnes âgées ne souhaitant pas ou ne pouvant plus rester à leur domicile. Cette alternative à la vie en établissement ou à domicile dépend du cadre législatif suivant :

- Le président du Conseil général est responsable de l'agrément, du renouvellement, du suivi des accueillis et du contrôle des accueillants familiaux et de leur remplaçants ;
- Les décrets du 03 août 2010 encadrent les délais d'instruction des demandes d'agrément ou de renouvellement, introduisent la mission de tiers régulateur et laisse l'opportunité de faire évoluer le statut professionnel des accueillants familiaux vers un statut de salarié employés par des personnes morales de droit public ou de droit privé ;
- L'accueil familial représente pour les établissements une offre de prise en charge alternative pour l'accueil de personnes âgées.

→ Public concerné

Accueillants familiaux

→ Partenaires associés

CCAS / Etablissements médico-sociaux publics et privés

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	- Poursuivre le développement de l'offre : objectif 1 000 places	durée du SDOSMS
	- Promouvoir le salariat des accueillants familiaux auprès des personnes morales de droit public ou privé (expérimenter l'inclusion de l'accueil familial dans les projets d'établissements et services) Mener une campagne d'information en direction des ESMS et autre personnes morales de droit public ou privé	2013
	- Mettre en place un guide de procédure et un référentiel de l'accueil familial	2013
	- Professionaliser les accueillants familiaux	durée du SDOSMS
RESULTAT	Amélioration de la qualité de service offerte, développement de l'accueil familial Faire évoluer le statut des accueillants familiaux	
INDICATEURS	- Evolution du nombre de places en accueil familial - Nombre d'accueillants adossés à un établissement sur nombre d'agrément délivré	
PILOTE	Conseil Général	

→ Rappel de la problématique

Les efforts portés sur l'amélioration de l'habitat peuvent s'avérer insuffisants selon les bâtiments ou inopérants en cas de légère désorientation. Pour répondre à ces situations, des formes innovantes de logements émergent : résidences services, foyers-logements, collocation entre personnes âgées avec une mutualisation des soutiens tels que SSIAD, aide à domicile, maîtresse de maison, Ces nouvelles formes offrent une solution intermédiaire entre le maintien à domicile et l'entrée en établissement.

Ces solutions alternatives suscitent aujourd'hui l'intérêt des communes, qui veulent répondre au souhait de leur population âgée d'éviter un déracinement par manque de logements adaptés proches de leur lieu de vie. Elles pourraient également être une des réponses à l'accueil illégal des personnes âgées dépendantes.

Par ailleurs, les personnes âgées sont réticentes à intégrer des établissements accueillant des personnes en situation de très grande dépendance, et qui ne correspondent pas à leurs situations ou besoins. Une frange de ce public peu dépendant exprime son intérêt pour des solutions collectives de proximité, intermédiaires entre l'établissement et le domicile.

Des expérimentations ont déjà été tentées dans ce domaine avec les établissements de petite capacité, qui se heurtent toutefois à des difficultés relatives :

- l'autonomie financière de ces structures (un mode de financement innovant est à créer),
- le devenir des personnes âgées devenues dépendantes,
- le cadre législatif avec les contraintes liées au respect technique de normes et de sécurité pour la prise en charge des personnes âgées.

→ Public concerné

Personnes âgées autonome et/ou peu dépendante

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - Mener des expérimentations dont pourraient découler un cahier des charge en vue d'une généralisation : projets de logement-foyer, de haltes relais, maisons d'accueil de jour de personnes âgées ... - Programmer des appels à projet afin de répondre aux besoins locaux d'hébergement de PA autonomes/peu dépendantes : logements-foyer, ... 	durée du schéma

	<p>(cf. fiche n° 21)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recensement auprès des communes des terrains pouvant être affectés à titre gracieux ou mis à disposition (bail emphytéotique, ...) ou autres modalités à définir pour la réalisation de projets d'EHPA - Edition d'un guide sur les structures d'hébergement des personnes âgées autonome (résidence pour personnes âgées-RPA), résidence services, logements foyer, ...) à l'attention des communes et des CCAS - Lier l'attribution des subventions d'investissements du Conseil Général aux programmes de logement sociaux en direction des personnes âgées à un référentiel départemental (ou label départemental) précisant des normes minimales architecturales à respecter et le rappel des prescriptions légales et réglementaires (accessibilité, sécurité incendie, ...). - Elaboration d'outils facilitant la pérennisation des structures : mutualisation des moyens avec la création de GCSMS, faciliter l'adossement de ces structures aux EHPAD pour les prestations médicales. - <u>Diversifier les modes de prise en charge par le rattachement d'accueillants familiaux à des EHPAD (ou à toute autre personne morale de droit public ou privé)</u> (article L. 444-1 à L.444-9 et D444-1 à D444-7 du CASF) <p>Campagne d'information du Conseil Général en direction des EHPAD et autres personnes morales de droit public ou privé sur les modalités de l'agrément (5 ans).</p> <p>Ces familles d'accueil médico-social offriront les avantages suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - salariat des accueillants familiaux¹³, garantissant un cadre d'emploi sûr et un encadrement professionnalisé, - bénéfice pour les usagers du plateau technique de l'établissement de rattachement, et possibilité d'accompagnement évolutif avec des passerelles entre accueil familial et accueil en établissement, - diversification de l'offre d'accueil et réponse à l'insuffisance de l'offre d'internat pour les adultes handicapés. <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le développement de l'accueil temporaire en EHPAD par un assouplissement du dispositif de tarification 	
RESULTAT	Diversification de l'offre	
INDICATEURS	Nombre de réalisations expérimentales Nombre d'accueillants familiaux médico-social	
PILOTE	Département (DPAPH, DHAB)	

¹³ Les accueillants familiaux sont des agents non titulaires et perçoivent une rémunération garantie (montant minimal déterminé en référence au salaire minimum de croissance et fonction du nombre de personnes accueillie et la durée de travail) complétée par des indemnités prévues à l'article L. 442-1 (2° et 4°)

FICHE N° 16

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES

Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charge inscrites dans la continuité des projets individuels

Axe 2 : Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

Améliorer les modalités de prise en charge et de suivi des personnes en familles d'accueil

→ Rappel de la problématique

La Réunion se distingue par une forte tradition de prise en charge en accueil familial. Le président du conseil général compétent pour organiser la formation initiale et continue des accueillants familiaux met en œuvre chaque année des sessions de formation. Il s'assure du suivi des accueillis et du contrôle des accueillants et de leur remplaçants. En 2012, 450 familles sont agréées pour l'accueil à domicile, à titre onéreux, de personnes âgées et adultes handicapés

Les enjeux actuels dans ce domaine tournent ainsi autour de trois axes complémentaires:

- professionnaliser les accueillants familiaux afin d'optimiser les conditions d'accueil des PA ;
- améliorer le suivi des personnes accueillies ;
- veiller au contrôle des accueillants familiaux et de leurs remplaçants.

→ Public concerné

Accueillants familiaux.

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Mise en place d'un plan de formation pour les accueillants familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration du cahier des charges des formations - Poursuite des formations des accueillants familiaux - Mise en adéquation de l'offre de formation avec les besoins des accueillants familiaux 	durée du schéma
	<p>Structuration des relations avec les équipes de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'outils transversaux SADF /EMS pour définir le cadre d'intervention 	2012
	<ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser la mission d'agrément et celle du suivi à visée départementale -Elaboration d'un guide de procédure et d'un référentiel de l'accueil familial départemental 	2012-2013
	<p>Contrôle accueillants et remplaçants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un cahier des charges du contrôle des accueillants familiaux - Mise en œuvre d'une cellule de contrôle des accueillants familiaux et des remplaçants 	2013
		2013-2014

RESULTAT	Amélioration de la qualité de service offerte et développement de l'accueil familial	
INDICATEURS	Formation - Nombre d'accueillants familiaux formés Suivi des personnes accueillies - Nombre de visite de suivi annuel par personne accueillie - Fréquence et régularité - Nombre de signalements issus de ces visites Contrôle - Nombre de contrôles effectués annuellement	
PILOTE	Conseil Général	

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES**Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charge inscrites dans la continuité des projets individuels****Axe 2 : Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles****Améliorer les modalités de suivi des situations****→ Rappel de la problématique**

Le contrôle d'effectivité et le suivi de la prestation dans le cadre de l'APA sont des obligations à la charge du Département, prévues aux articles L 232-7, -14 et -16, R 232-15 à -17 et enfin R 232-32 du CASF. Les deux niveaux de contrôle sont :

- **le niveau administratif** : par les services d'aide sociale aux adultes, porte sur les démarches liées à l'embauche et l'effectivité de l'aide (bulletins de salaire et justificatifs de dépenses entrant dans le cadre du plan d'aide).

- **le niveau médico-social** : par les services Actions de Santé – porte sur le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide (qualité de l'aide apportée à la personne et adaptabilité aux besoins).

Il est constaté une carence sur ces niveaux de contrôle, particulièrement sur le deuxième niveau. En effet, à l'heure actuelle, si aucun changement de situation n'est signalé, il arrive très souvent que la personne âgée ne soit pas revue par le Département durant toute la durée de son plan d'aide.

Le recensement des statistiques des services concernant le suivi de l'APA révèle les éléments suivants :

Le nombre de suivis – et de contrôles d'effectivité – est minime par rapport au nombre de bénéficiaires (moins de 3 %)

Les suivis réalisés sont ciblés sur les bénéficiaires les plus vulnérables (critères : pathologies neurodégénératives, GIR 1, 2 ; bénéficiaires isolés...)

→ Public concerné

Bénéficiaires de l'APA

→ Partenaires associés

CCAS, CGSS, Syndicats de médecins, SSID, HAD, et CHR, infirmiers

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	Contrôle administratif - Mise en place de la télégestion - Relation avec les prestataires : renforcement du partenariat/contrôle	2013
	Suivi médico-social - Organisation harmonisée du suivi médico-social, établissement de référentiels avec indicateurs de vulnérabilité, périodicité des suivis, contrôles par sondages...	durée du schéma

	<ul style="list-style-type: none"> - Lien à établir entre les Informations Préoccupantes (IP) et le suivi "courant" de l'APA - Mise en place d'un partenariat institutionnel : création d'un réseau de « sentinelles » - Allongement de la durée des plans d'aide APA de 3 à 6 ans et prolongation de plans en cours - Pour les personnes âgées dont l'état de santé nécessite une admission dans une structure médicalisée, accompagnement des familles par les équipes médico-sociales dans la décision de faire prendre en charge la personne âgée par un EHPAD 	
INDICATEURS	<p>Nombre de visites par les enquêteurs ASA et nombre de suivis EMS</p> <p>Nombre d'IP</p> <p>Nombre de révisions</p>	
PILOTE	Département (DPAPH)	

→ Rappel de la problématique

Principales caractéristiques du secteur médico-social et de l'offre de formation*Le secteur médico-social*

Avec le vieillissement de la population réunionnaise, la prise en charge des personnes dépendantes constitue un enjeu majeur.

Le maintien à domicile, axe prioritaire de la politique départementale, ou en famille d'accueil posent le problème de l'adaptation des compétences des aidants familiaux, des accueillants familiaux, des professionnels du médicosocial et du sanitaire, du fait du vieillissement des personnes accueillies et ou maintenues à domicile. Le développement de l'accueil familial (objectif de 1 000 places) sous-tend pour le Département d'assurer la formation (initiale et continue) des accueillants familiaux.

Concernant l'hébergement en établissement, le taux d'équipement est de 58,67 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans à la Réunion en 2011 (126,3 en Métropole en 2010) malgré une offre d'accueil en pleine expansion : 674 places programmées d'EHPAD sont installées ou autorisées (sur 710 programmées).

L'installation de toutes les places autorisées couvrirait les besoins d'hébergement en établissement (enquête sur les listes d'attente de l'ARS en 2011).

Conclusion : la prise en charge de plus en plus importante à domicile ou en établissement des personnes âgées nécessitera l'arrivée de nouveaux professionnels ainsi que l'adaptation des professionnels en poste. Par ailleurs, une meilleure connaissance des besoins de prise en charge des personnes âgées serait nécessaire : des personnes restent encore à la marge d'une action sociale dont ils auraient pourtant besoin et renoncent aussi aux dispositifs d'aide auxquels ils auraient droit. Le repérage de ce public permettrait également d'évaluer les besoins en terme de formation des professionnels (nouveaux et ceux en poste).

L'offre de formation (extrait du SRFSS 2009-2013) :

Une absence d'articulation avec les dispositifs d'apprentissage et ceux de la formation professionnelle continue

. L'apprentissage est très peu développé sous l'effet des problèmes de financement (employeurs non soumis à la taxe d'apprentissage), de la prise en compte des effectifs apprentis dans la masse salariale, d'organisation des terrains de stage et d'organisation pour les entreprises (taux d'encadrement restreint).

. L'accès aux diplômes et aux formations « en cours d'emploi » reste difficile dans les professions paramédicales et sociales en raison de la durée de la formation (1 à 3 ans), du coût lié au maintien du salaire pendant cette durée et de celui du remplacement du salarié.

Un développement des formations du travail social (IRTS, EMAP) et une rénovation des diplômes (mise en place de la VAE)

- *Un grand nombre d'acteurs dans le secteur de la formation continue et une centralisation encore insuffisante des données relatives aux quotas/capacités d'accueil de chaque organisme pour chaque formation, autant que de celles relatives aux suivis des formations rendant difficile l'analyse.*

Principaux facteurs pouvant influencer sur les besoins d'emploi et de formation dans le secteur médico-social et social

Le secteur médico-social

Tensions générales du marché du travail

- Vieillesse de la population et accroissement des demandes des personnes handicapées
- Nouvelles exigences des usagers en matière de qualité de service
- Durée de la carrière dans certaines professions et aux mobilités professionnelles,
- Egalement les évolutions liées au chômage et à la pauvreté.

Tensions plus spécifiques selon le statut des employeurs et caractéristiques des territoires

- Difficultés rencontrées par les établissements médico-sociaux dans le recrutement de certaines professions (rééducateurs),
- « Moindre ou non attractivité » de certains secteurs géographiques lié au contexte économique et social sensibles générant des conditions de travail difficiles, mais aussi environnemental (climat, infrastructures touristiques et de loisirs, ...)

Les services à la personne

Principaux constats :

- Une évolution du nombre de structures agréées qualités
- La disparition de l'ARAST qui a pourvu le marché de l'emploi en personnel qualifié
- Un manque de connaissance sur le secteur des services à la personne (effectifs, métiers, statuts des personnels, formations (+ adéquation aux publics visés), besoins en emploi ...) ainsi que sur les demandeurs d'emploi et les demandeurs d'évolution d'emploi (profil, employabilité, ...).

Enjeux relevés par le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales (SRFSS) 2009-2013 :

- . Développer l'accès des salariés à la qualification et à la professionnalisation en favorisant la solvabilité des structures employeurs
- . Usure et isolement des professionnels qui nécessite de développer la mise en œuvre de tutorat et d'améliorer l'accueil des nouveaux salariés
- . Développer des passerelles entre le travail à domicile et en établissement pour permettre d'attirer et de fidéliser les professionnels en leur offrant de meilleures conditions de travail

Nouvelles orientations du Conseil Général

- revalorisation du tarif de référence départementale (APA-PCH)
- partenariat actif au travers d'une contractualisation pluriannuelle

Les freins à la formation tout au long de la vie

- *Difficultés au niveau de la sécurisation des parcours professionnels*

L'accroissement du volume de formations pour répondre à des besoins d'emploi se heurte à la saturation croissante de l'appareil de formation au niveau des lieux de stage : les taux d'encadrement restreints des acteurs (publics et privés) constituent de plus un frein majeur à l'accueil de stagiaires.

. si la professionnalisation évolue, l'apprentissage reste peu développé.

. en fonction du statut de la personne en formation et de la formation suivie, nombreuses différences existent : montants des aides ou des rémunérations allouées, prise en charge des frais annexes, durée et fréquence des financements.

. les professionnels en poste ne sont pas sur un pied d'égalité au regard du dialogue social et de la gestion des projets des professionnels mis en œuvre par leur employeur.

- *Absence d'une politique d'accueil, d'information et d'orientation sur les métiers du médico-social et du social*

- *Persistance d'un cloisonnement des métiers entre les secteurs sanitaires, médico-social et social mais aussi au sein de chacun des secteurs malgré la mise en place de formations communes par les OPCA, le développement de tronc communs (AMP, AVS, AS).*

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p><i>L'enquête emploi 2012 de l'UNIFAF apportera un éclairage sur les enjeux d'attractivité, de qualification, de professionnalisation et de recomposition qui touchent les secteurs sanitaire, médico-social et social privés à but non lucratif : données sur les effectifs (nombre de salariés, types de contrat, ..), sur les métiers et leurs caractéristiques (genre, âge, temps partiels, ...), les mobilités et turn-over, les métiers en tension (besoins en qualification, difficultés de recrutement, ...).</i></p> <p><i>De plus, une démarche de GPEC territoriale a été également initiée à la Réunion par l'UNIFAF qui permettra d'accroître la visibilité du secteur sur son avenir, son développement, ses évolutions</i></p> <p><u>Action transversale</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Création d'une section médico-sociale au sein du Comité Régional de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CREFP) <p><i>La création d'une section médico-sociale favoriserait l'échange et la concertation entre les différents acteurs afin d'assurer une meilleure coordination des politiques de formation professionnelle et d'emploi dans ce secteur.</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Mettre en adéquation l'offre de formation et les besoins de recrutement <p>. Intégrer dans la planification des actions de formation les ouvertures prévisionnelles des structures médico-sociales ;</p> <p>. Repérer les personnes âgées restant à la marge d'une prise en charge</p>	

	<p>ou d'un accompagnement médico-social dont ils auraient besoin et déterminer les besoins en termes de formation (groupe de travail à constituer pour définir la méthodologie, les outils à mettre en place, le calendrier de travail)</p> <p>- Faire connaître les métiers du médico-social et du social auprès des jeunes (en lien avec le Rectorat), du grand public et des demandeurs d'emploi</p> <ul style="list-style-type: none"> . Promouvoir les métiers du médico-social auprès du grand public : réaliser une campagne de communication sur ces métiers et les moyens d'y accéder . Sensibiliser les jeunes à ces débouchés dès le collège et le lycée <p><u><i>Sur le secteur médico-social et social</i></u></p> <p>- Poursuivre la diversification de l'offre de formation (rééducateurs) au regard des difficultés rencontrées par les établissements médico-sociaux dans le recrutement de cette profession</p> <p>- Poursuivre le développement de la VAE notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> . informer les personnes présentant le profil (3 ans + projet), . accompagner les candidats <p>- Faire émerger les projets chez les jeunes (préprofessionnalisation) et les former aux métiers (professionnalisation) du médicosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> . mettre en place un programme de préprofessionnalisation initialisant le suivi d'une professionnalisation <p>- Réalisation d'une étude prospective de l'emploi et de la formation sur le secteur des services à la personne (GIP-SAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ analyse prospective des besoins des individus et des ménages, identification des marchés potentiels futurs porteurs pour des nouveaux services, et des services émergents , analyse des facteurs d'accélération et les freins éventuels à l'émergence de ces nouveaux marchés, et le rôle des politiques publiques dans ce cadre, ... ▪ axes permettant la création, la pérennisation et la qualité des emplois créés, ... <p>- Réalisation d'une étude sur les demandeurs d'emploi et demandeurs d'évolution d'emploi (par le Pôle Emploi)</p>	
RESULTAT	<p>Adéquation entre l'offre et les besoins de formation continue</p> <p>Adéquation entre l'offre de formation et les besoins de recrutement</p>	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une section médico-sociale au sein du Comité Régional de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CREFP) - Nombre de nouvelles formations mises en place - Nombre de recherche-action menées - Nombre de VAE par an - Réalisation de l'étude prospective de l'emploi et de la formation sur le secteur des services à la personne - Réalisation de l'étude sur les demandeurs d'emploi et demandeurs d'évolution d'emploi 	
PILOTE	Région	

ORIENTATION II – ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES

Thématique 4 - Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bientraitance des personnes

Axe 1 – Soutenir les aidants

Fiche 19

Développer une offre de service « Répit-Repos »

Axe 2 – Développer une approche coordonnée des réponses apportées aux personnes

Fiche 20

Déployer des coordinations gérontologiques territorialisées

Fiche 21

Faciliter la réalisation du projet de vie par la coordination des acteurs

→ Rappel de la problématique

L'aide apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas l'exclusivité d'acteurs professionnels. Le conjoint, les enfants mais également les amis et voisins contribuent par leur accompagnement au maintien de l'autonomie de la personne âgée à domicile. Les aidants familiaux, du fait de l'allongement de la durée de la vie et de la forte solidarité familiale sur le territoire réunionnais, forment un nouveau groupe social occupant une place de plus en plus importante dans la prise en charge du grand âge. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) définit comme suit un aidant familial : « Toute personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne » Guide de l'aidant familial – 2008.

Selon l'ORS, sur la base de l'enquête HID (Handicaps-incapacités-dépendance) 2004 réalisée à la Réunion, 2 personnes âgées aidées sur 3 (30 000) le sont uniquement par leur entourage. Sur les 68 000 aidants, les non professionnels sont majoritaires : 70 % des aidants soit environ 48 000 personnes, sont des aidants non professionnels et sont quasi-exclusivement des membres de la famille.

Les aidants naturels sont confrontés à des difficultés (surmenage, isolement, ...) qui, si elles ne sont pas reconnues, peuvent mener à des situations d'épuisement, voire de maltraitance.

Deux dispositifs existent actuellement à la Réunion consistant à offrir une palette de services auxquels l'aidant peut faire appel, en fonction de sa situation et de ses besoins, afin de le soulager et lui permettre de souffler, de bien « couper » avec leur charge quotidienne :

- Le dispositif « Répit-Repos », porté par le GIP SAP, qui s'articule en 3 volets
 - . Volet 1 : Bourse d'heures (8h/mois) qui se concrétise par l'intervention à la carte d'une aide à domicile relevant d'un service prestataire agréé
 - . Volet 2 : Séjour Vacances « Grand Air » qui propose une offre d'accueil aidant/aidé adaptée, dans les centres de loisirs et d'hébergement
 - . Volet 3 : L'accueil de jour et l'accueil temporaire en famille d'accueil (non encore mise en œuvre)
- La plate-forme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux de la Fondation Père Favron offrira également une palette de prestation : groupes de parole, réunion d'information, accueil de jour, accueil temporaire en EHPAD, équipe mobile de répit, la garde à domicile

→ Public concerné

Personnes âgées dépendantes

→ Partenaires associés

Département, SAAD, Fondation Père Favron

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>- Développement et consolidation d'une offre de service « Répit-Repos » en direction des personnes âgées et des personnes handicapées :</p> <ul style="list-style-type: none"> . mettre en œuvre les palettes de service des dispositifs existants, . consolider l'offre de Répit-Repos du GIP-SAP en conventionnant avec la CNSA pour les 3 prochaines années (convention Département-CNSA pour la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile) <p>- Assurer un développement complémentaire de l'offre de service entre les dispositifs</p> <p>- Faciliter le développement de l'offre de service accueil de jour itinérant pour permettre l'accueil personnes domiciliées loin des implantations de ces services dans la limite des enveloppes budgétaires disponibles.</p>	} durée du schéma
RESULTAT	Renforcer le soutien aux aidants familiaux	
INDICATEURS	Nb d'aidants bénéficiaires par an	
PILOTE	GIP-SAP, ARS	

→ Rappel de la problématique

La diversité des intervenants et institutions compétentes en matière de politique gérontologique est unanimement constatée ; elle devrait se traduire par une complémentarité des interventions autour des personnes âgées en perte d'autonomie, afin de limiter la dépendance, et d'assurer la continuité d'un accompagnement adapté notamment dans un projet de maintien à domicile.

Le code de l'action sociale et des familles reconnaît au Département la compétence de chef de file pour l'organisation des coordinations gérontologiques.

La loi de décentralisation du 4 janvier 2004 a consacré le Département comme chef de file de l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées et dans ce cadre, il est amené à coordonner sur son territoire, les politiques qui participent à cette action ou y pourvoit. La redéfinition de ces objectifs est posée dans un nouveau contexte avec la loi HPST, qui promeut et insiste sur la coopération à entamer entre les différents acteurs participant à la prise en charge des personnes âgées auquel s'ajoute depuis peu l'introduction de nouveaux dispositifs comme les MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer).

Les MAIA, promues par le Plan national Alzheimer, renouvellent profondément le modèle de coordination gérontologique en tenant compte des difficultés antérieures. Est ainsi proposée une intégration de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires d'un territoire, selon une démarche de concertation, autour d'outils partagés, avec définition d'un guichet intégré, animation par un pilote et création de postes de gestionnaires de cas complexes. Reposant sur un modèle de partenariat intégré et coresponsable, les MAIA n'ont pas vocation à uniformiser les organisations territoriales, ni à imposer des modes externes d'intervention, mais à prendre appui sur les expériences locales et les potentialités des acteurs présents.

A la Réunion, un projet de MAIA couvrant l'ensemble de la Réunion, porté conjointement l'Association France Alzheimer-Réunion et le Département a été agréé en 2011. En octobre 2011, le pilote de la MAIA départementale a réalisé le « diagnostic organisationnel approfondi des ressources des territoires » et procédé en avril 2012 à l'installation officielle de la « table stratégique » qui a acté les orientations suivantes :

- *l'échelon territorial*

L'échelon pertinent pour le travail d'intégration est le territoire de santé. Tous les territoires devront être concernés par la démarche d'intégration.

- *une couverture progressive du territoire*

Au regard des critères de population, une programmation pluriannuelle de couverture progressive a été arrêtée pour permettre, à terme, aux trois territoires de bénéficier du processus d'intégration : Nord-Est, Sud et Ouest à savoir :

- implantation de la MAIA sur le territoire Nord Est en mai (avec le recrutement de 2 gestionnaires de cas en cours)
- extension de la MAIA au territoire Sud en juin 2012 (avec le recrutement d'1 pilote puis de 2 gestionnaires de cas) et sur le territoire Ouest en début 2013.

- *une organisation*

- La table stratégique restera départementale ainsi que certaines actions non territoriales : annuaire, site internet, guide pour les familles...
- Une table tactique sera formée à l'échelle de chaque territoire de santé. Elles auront pour mission de mettre en œuvre les orientations et en premier lieu le guichet

Cette fiche est commune au SROMS.

➔ **Public concerné**

Personnes âgées dépendantes, aidants, intervenants gérontologiques

➔ **Partenaires associés**

ESMS, CHU, CGSS, CRR, RSI

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>A partir de la reconnaissance du projet de MAIA départementale, il est proposé :</p> <p>a. de retenir le mode d'organisation MAIA comme référentiel d'organisation des coordinations gérontologiques territorialisées (à raison d'une MAIA par territoire de santé)</p> <p>b. d'étendre la compétence des MAIA à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie</p> <p>c. d'inscrire dans ces coordinations l'ensemble des acteurs gérontologiques locaux : services sociaux, établissements et services médico-sociaux, filière de soins gériatriques, équipes sociales et médico-sociales du Département, organismes de protection sociale, CCAS, professionnels de santé libéraux, CLIC...</p> <p>d. d'organiser le maillage territorial selon les niveaux d'intervention suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - niveau 1 (accueil, information, orientation) : CCAS à titre principal, et l'ensemble des partenaires de la coordination, y compris CLIC, selon le principe de guichet intégré - niveau 2 et 3 (prestations de soins, élaboration de plans d'aide, mise en œuvre des plans d'aide, évaluations des situations, suivi des cas complexes) : acteurs et professionnels intégrés dans la coordination gérontologique, à partir des outils et référentiels communs. <p><u>Plusieurs points devront faire l'objet d'une attention particulière :</u></p> <p>a. le pilotage : un pilote devra être identifié et rémunéré par territoire porteur d'une coordination gérontologique/MAIA</p>
-----------------------------------	--

	<p>b. les gestionnaires de cas, personnes spécifiquement rémunérées pour cette mission sur chacun des territoires porteurs d'une coordination gérontologique / MAIA, devront être clairement positionnés dans leurs interventions par rapport aux équipes médico-sociales du Département qui assurent déjà le suivi de certaines situations complexes</p> <p>c. l'établissement du plan d'aide, support de l'APA, reste de la compétence des équipes médico-sociales du Département qui, au travers des coordinations gérontologiques, peuvent solliciter des expertises complémentaires</p> <p>d. le recours des professionnels libéraux de santé aux prestations des coordinations gérontologique devra être soutenu</p> <p>e. le recours à l'ensemble de l'offre sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées, et à certains segments de l'offre sanitaire spécialisée (USLD, SSR gériatrique, UCC), devra être régulé par les coordinations gérontologiques /MAIA pour en garantir, de manière partenariale, une utilisation optimale ; ceci justifiera notamment la mise en place d'une gestion collective des listes d'attente, et l'établissement de critères partagés d'indication et d'admission</p> <p>f. les crédits CNSA, mobilisés par l'ARS pour le déploiement des MAIA, est un levier au développement des coordinations gérontologiques ; d'autres cofinancements devront être mobilisés pour tenir compte notamment de la compétence de chef de file du Département dans le champ des coordinations gérontologiques ; l'inscription des établissements et services médico-sociaux, et sanitaires, dans les MAIA ne devra pas générer de surcoûts de fonctionnement, à raison de l'inscription antérieure dans leurs missions de l'articulation de leurs prestations avec les autres acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.</p>	
RESULTAT	Couverture des 3 territoires de santé par la MAIA	
INDICATEURS	Données d'activité de la MAIA (départementale et par territoire de santé)	
PILOTE	ARS, Département	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

Inscription de la filière de soins gériatriques et de l'offre hospitalière Alzheimer dans les coordinations gérontologiques territorialisées

Association des professionnels de santé libéraux aux coordinations gérontologiques territorialisées, en leur permettant d'orienter leurs patients.

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES

Thématique 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bientraitance des personnes

Axe 2 : Développer une approche coordonnée des réponses apportées aux personnes

Faciliter la réalisation du projet de vie par la coordination des acteurs

→ Rappel de la problématique

La coordination institutionnelle

L'une des principales difficultés du secteur médico-social reste le manque de connaissance réciproque entre les acteurs, l'insuffisance d'informations malgré un foisonnement d'initiatives. La non consolidation et le non partage des informations rend peu visible les dispositifs et ne permet pas une utilisation efficiente de l'existant. Une coordination des acteurs sur la politique départementale en faveur des personnes âgées s'avère indispensable.

La coordination des professionnels autour des personnes dépendantes

La MAIA a initié avec tous les partenaires concernés sur le territoire Nord-Est un travail de coordination entre les professionnels autour de la personne atteinte de la maladie Alzheimer (ou apparentées). Ce travail vise à identifier les problématiques et les solutions et à mettre en place les outils visant à une réelle coordination entre les professionnels autour des personnes malades. Le manque de coordination entre le Département et les SAAD sur les modalités de prise en charge des PA dans le cadre de l'APA (communication des plans d'aides APA) est une difficulté également relevée. De même, l'association Réseau Gérontologique de l'Ouest (RGO), outre ses missions de CLIC 1, mène un travail de coordination des acteurs autour de situations complexes repérées par les partenaires.

→ Public concerné

Personnes âgées

→ Partenaires associés

ARS, CCAS, MDPH, établissements, représentants d'usagers, organismes de complémentaire santé, professionnels libéraux, ...

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p><u>Coordination institutionnelle</u></p> <p>Acteurs intervenant sur le champ de la gérontologie</p> <p><i>Mise en place d'une instance de coordination</i> ayant pour objectifs d'animer un partenariat avec les acteurs intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (ARS, CCAS, établissements, représentants d'usagers, organismes de complémentaire santé, professionnels libéraux, ...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . partage des informations, . formalisation des échanges : convention, partenariat,... 	
-----------------------------------	--	--

	<p>. favoriser la connaissance des différents dispositifs existants y compris par la mise en place de journées thématiques (développer les échanges et l'interconnaissance),</p> <p>Département <i>Poursuivre la mise en œuvre du comité Géroto-handicap et l'ouvrir aux partenaires extérieurs.</i></p> <p><u>Coordination des professionnels autour des personnes dépendantes (MAIA)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des outils et des process visant à assurer la coordination entre les professionnels autour des personnes malades sur le territoire Nord-Est - Extension des travaux au territoire Sud et Ouest et mise en œuvre des ces outils et des process sur ces territoires, - Mutualisation, extension des outils et process sur le secteur des personnes âgées ; 	
RESULTAT		
INDICATEURS	Mise en place de l'instance de coordination	
PILOTE	Département, MAIA	

ORIENTATION II - ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES

Thématique 5 – Poursuivre la mise en adéquation de l’offre d’accueil en établissement au regard des besoins repérés

Axe 1 – Equilibrer l’offre

Fiche 22

Poursuivre la mise en œuvre de la
programmation

Axe 2 – Améliorer la qualité de l’offre

Fiche 23

Mise en place du suivi et de la
démarche qualité

FICHE N° 22

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES AGEES

Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés

Axe 1 : Equilibrer l'offre

Poursuivre la mise en œuvre de la programmation

→ Rappel de la problématique

Le bilan du SDOSMS 2007-2011 met en exergue le respect de la programmation de l'offre d'hébergement et de services sociaux et médico-sociaux, soit :

- **Une offre d'accueil en pleine expansion sur le secteur des personnes âgées:** 97 % des places programmées d'EHPAD sont installées ou autorisées (689 sur 710 de programmées),
- **Un besoin couvert sur le secteur des personnes âgées si la programmation 2007-2011 est maintenue.**

L'enquête sur les listes d'attente en novembre 2011 révèle que 498 personnes âgées sont inscrites sur les listes d'attente alors que 560 places sont déjà autorisées et devront être installées L'installation de toutes les places déjà autorisées couvrirait les besoins d'hébergement en établissement.

Pour autant, au regard des perspectives de vieillissement de la population, il convient de s'interroger sur la nécessité de programmer, pour les deux dernières années du présent schéma un développement raisonnable de capacités nouvelles d'EHPAD permettant de ne pas dégrader le niveau actuel de l'offre.

Il résulte de ce premier bilan la nécessité de renforcer le nombre de places en familles d'accueil agréées (objectif de 1000 places) et de proposer des solutions alternatives pour résorber «l'accueil marron» des personnes âgées (cf. fiches action n° 11 et 15).

→ Public concerné

Personnes âgées autonomes et dépendantes

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	1) Poursuivre la médicalisation des EHPAD au travers de la tarification en GMPS à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites 2) Ouvrir les nouvelles capacités autorisées au titre du SDOSMS 2007-2011 3) Assurer le suivi de la mise en œuvre des réformes relatives aux médecins coordonnateurs, commission de coordination gériatrique, contractualisation avec les intervenants libéraux et coordination avec le sanitaire (notamment conventionnement des EHPAD avec les établissements de santé porteurs de la filière de soin gériatrique).	2012-2016 durée du SDOMS état des lieux : 2011 ; suivi : 2012- 2016

	<p>4) Inscrire les EHPAD dans les coordinations gérontologiques territorialisées et assurer un suivi annuel des listes d'attente (cf. fiche n° 2 et 19).</p> <p>5) Ouvrir une réflexion sur la continuité des soins infirmiers en EHPAD et produire des orientations adaptées aux environnements locaux</p> <p>7) Veiller à la prise en charge des personnes âgées très dépendantes en EHPA . Convention avec les EHPAD pour réorientation de ces personnes . Convention avec les libéraux pour une médicalisation externe . Evaluation des possibilités de médicaliser les structures au GMP élevé (groupe de travail ARS-Département)</p> <p>8) Programmer des appels à projet pour l'autorisation de 80 places nouvelles d'EHPAD et de 24 places nouvelles d'EHPA (à partir de 2014-2015). Ce chiffre devra être précisé à partir de l'analyse conjointe par l'ARS et le Département des listes d'attente.</p>	<p>durée du SDOMS</p> <p>groupe de travail partenarial : 2012-2013</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT		
INDICATEURS	<p>GMP régional et par EHPAD et EHPA</p> <p>PMP régional et par EHPAD</p> <p>% de places en tarification GMPS</p> <p>Ecart régional à la tarification plafond</p> <p>Taux d'équipement en EHPAD-EHPA, % des capacités installées / capacités autorisées</p> <p>Indicateurs relatifs aux médecins coordonateurs, commissions de coordinations gérontologiques, contractualisation des intervenants externes en EHPAD</p> <p>Etat annuel des listes d'attente</p> <p>Nombre de patients en EHPAD bénéficiant de l'HAD</p> <p>Nombre de patients en EHPAD bénéficiant de la dialyse péritonéale</p>	
PILOTE	ARS, Département	

→ Rappel de la problématique

Cette thématique étant conjointe à l'ARS et au Département, la fiche action ci-dessous est en partie commune au SROSMS 2012- 2016.

L'amélioration continue de la qualité des prestations et organisations est une obligation des établissements et services médico-sociaux.

Plusieurs leviers sont à leur disposition :

- a) les projets d'établissement et de service
- b) les projets individuels, éventuellement formalisés par contrats, et régulièrement évalués et actualisés
- c) la qualification des intervenants et la diversité des compétences
- d) les plans de formation des professionnels
- e) les référentiels de bonnes pratiques, produits par les sociétés savantes, et en particulier l'HAS et l'ANESM
- f) les démarches et obligations d'évaluation interne et externe
- g) les conseils de la vie sociale, et plus largement, la participation des usagers et de leurs représentants au suivi des établissements et services.

La qualité des prises en charge et accompagnements requiert également :

- a) l'adaptation des soins à la perte d'autonomie, à la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées, aux polyopathologies
- b) la sécurité des soins, et notamment la prévention des infections liées aux soins (programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social)
- c) l'accessibilité à l'offre de soins et de prévention
- d) le signalement et le traitement des événements indésirables
- e) la lutte contre la maltraitance
- f) l'anticipation d'événements climatiques, de situations épidémiques ou sociales, fragilisant le fonctionnement régulier des établissements et services.

La démarche d'évaluation interne et externe prévue à l'article L 312-8 du CASF, constitue l'outil régulier de mesure de la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Le cadre législatif et réglementaire de cette procédure, introduite par la loi du 2 janvier 2002, a été modifié à plusieurs reprises, avec la distinction des exigences de droit commun, et la définition d'un régime particulier pour les établissements et services autorisés et ouverts avant le 21 juillet 2009, voire avant le 3 janvier 2002.

Si la plupart des établissements et services ont déjà expérimenté l'évaluation interne, à l'occasion notamment de l'élaboration des diagnostics préalables à la négociation des conventions tripartites, il leur revient de s'assurer qu'elle répond aux exigences méthodologiques de l'ANESM.

La procédure d'évaluation, partie prenante du régime des autorisations, a fait l'objet :

- d'une information des établissements et services médico-sociaux par l'ARS et le Département sur les échéances et les obligations avec annonce d'un dispositif départemental de suivi et d'animation,
- de la désignation d'un référent par organisme gestionnaire,
- de l'organisation d'une journée ANESM,
- de l'installation d'un comité technique départemental, permettant la mutualisation des expériences, des référentiels et des outils, et facilitant le recours à l'évaluation externe.

→ **Public concerné**

Personnes handicapées hébergées en établissement

→ **Partenaires associés**

Département

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	Mise en œuvre d'un contrôle régulier - Assurer, au travers de la révision des projets des établissements, et de l'évaluation annuelle des conventions tripartites, l'adéquation des qualifications disponibles au sein des EHPAD avec leurs missions de soins et de rééducation - Poursuivre la médicalisation des EHPAD au travers de la tarification en GMPS à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites (2012-2016)	durée du schéma
	Mener à terme la démarche d'évaluation interne et externe Production de synthèses départementales des évaluations internes et externes, permettant d'éclairer la politique d'amélioration de la qualité	2014
	Définir et mettre en œuvre une procédure de signalement des évènements indésirables	2013
	Déployer les mesures EHPAD du Plan Alzheimer (cf. objectif opérationnel n° 18 du SROSMS 2012-2016)	durée du schéma
	Déployer le plan national de prévention des infections liées aux soins dans le secteur médico-social, ciblant aussi les EHPAD	
	Adopter, par chaque EHPAD et SSIAD, un Plan de Continuité d'Activité (PCA) programmant l'organisation et les moyens à mobiliser pour faire face aux retentissements sur le fonctionnement et les missions d'évènements climatiques majeurs, de situations épidémiques et/ou de mouvement sociaux	2014

RESULTAT		
INDICATEURS		
PILOTE	ARS, Département	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

- Mobilisation de l'offre de soins hospitalière pour le développement des coopérations et conventions avec le secteur médico-social (SROS)
- Intégration des publics des établissements et services médico-sociaux aux actions et programmes de prévention et promotion de la santé, développés en application du schéma régional de prévention (SRP).

ORIENTATION III - GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

Thématique 6 – Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du SDOSMS

Axe 1 – Rendre compte et lisible l'action conduite

Axe 2 – Mettre en place des outils de régulation

Fiche 24

Piloter la mise en œuvre du schéma en faveur des personnes âgées

Fiche 25

Développer des outils d'observation

Thématique 7 – Développer une politique globale dans le champ de l'autonomie des personnes

Fiche 26 - Harmoniser les interventions

FICHE N° 24

ORIENTATION III - GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

Thématique 6 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma

Axe 1 : Rendre compte et lisible l'action conduite

Piloter la mise en œuvre du schéma en faveur des personnes âgées

→ Rappel de la problématique

En sa qualité de chef de file de l'action sociale et médico-sociale et au terme de l'article L.113-2 du code de l'action sociale et des familles : « le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale...les actions menées par les différents intervenants, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public ».

Pour que le schéma ne reste pas un simple exercice théorique et afin de créer une dynamique permanente lui permettant d'évoluer au fil du temps, en fonction des évolutions législatives à venir et des besoins, le suivi du schéma est à prévoir dès son élaboration afin d'en garantir la mise en œuvre effective.

→ Public concerné

Partenaires institutionnels et associatifs

→ Partenaires associés

Partenaires institutionnels et associatif

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Mettre en place des instances de pilotage du schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - une instance de pilotage présidée par le Président du Conseil Général - une cellule opérationnelle de suivi, interne au conseil général <p>Valider un tableau de bord de suivi des orientations du schéma à partir des indicateurs de pilotages de fiches actions</p> <p>Présenter annuellement l'avancée du schéma au Comité de pilotage, aux instances consultatives, à la Commission des prises en charges médico-sociales de la Conférence de la Santé et de l'Autonomie et la Commission de coordination des politiques publiques de l'ARS.</p>	} durée du schéma
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'efficacité des différents dispositifs d'accompagnement des personnes âgées sur l'ensemble du Département - Créer une dynamique permanente autour du schéma pour le faire vivre au niveau des professionnels de terrain - Faire du schéma un outil de pilotage opérationnel de la politique en faveur des personnes âgées pour le Département 	
INDICATEURS	Comptes rendus des instances Tableau synthétique annuel	
PILOTE	Département (DPAPH)	

ORIENTATION III – GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

Thématique 6 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du SDOSMS

Axe 2 : Mettre en place des outils de régulation

Développer des outils d'observation

→ Rappel de la problématique

La mise en place d'une démarche d'observation constitue l'une des orientations du schéma permettant d'assurer son pilotage stratégique et d'anticiper les évolutions nécessaires dans le temps. Face à de nouveaux besoins, il convient de développer des réponses adaptées.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a modifié en profondeur le régime des autorisations des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette loi a confié à l'Etat (ARS) et au Département la compétence pour fixer le calendrier prévisionnel des appels à projet et lancer les appels à projet.

→ Partenaires associés

Etablissements gestionnaires, INSEE

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	- Etudes sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées à domicile et l'évolution de la dépendance à la Réunion - Coordination centralisée des demandes d'hébergement	durée du schéma
RESULTAT	Mise en place d'outils de régulation en développant la connaissance du secteur médico-social Identifier les besoins émergents et non couverts	
INDICATEURS	Etudes menées Etat annuel des listes d'attentes	
PILOTE	ARS - DPAPH	

ORIENTATION III – GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

Thématique 7 : Développer une politique globale dans le champ de l'autonomie des personnes

Harmoniser les interventions

→ Rappel de la problématique

L'une des principales difficultés du secteur médico-social reste le manque de connaissance réciproque entre les acteurs, l'insuffisance d'informations malgré un foisonnement d'initiatives. La non consolidation et le non partage des informations rend peu visible les dispositifs et ne permet pas une utilisation efficiente de l'existant.

→ Public concerné

Tous les professionnels du secteur

→ Partenaires associés

CGSS, MAIA, ARS, CCAS, ...

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	Assurer la mise en cohérence avec les autres schémas	
	Tisser un partenariat avec les acteurs intervenant auprès des personnes âgées : <i>. mise en place d'une instance de coordination (cf. fiche 21)</i>	
RESULTAT	- Mise en perspective des différentes actions et repérage des problématiques communes - Meilleure connaissances des acteurs et des dispositifs - Réajustement permanent des modalités de mise en œuvre	
INDICATEURS	- Nombre de rencontres partenariales - Nombre de conventions signées	
PILOTE	DPAPH	