

ACTUALISATION DU
SCHEMA
DEPARTEMENTAL
DES ETABLISSEMENTS ET
SERVICES
EN DIRECTION DES
PERSONNES AGEES

PROJET

**ACTUALISATION
SCHEMA DEPARTEMENTAL
DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES
EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES**

<u>1ERE PARTIE : LE CONTEXTE</u>	06
1.1 Le cadre législatif et réglementaire	06
1.2. La politique du Conseil Général en direction des personnes âgées	08
1.3 L'évolution démographique	10
<u>2 EME PARTIE : LE BILAN DU PRECEDENT SCHEMA EN 2005</u>	15
2.1 La coordination	15
2-1-1 <i>Les instances de coordination gérontologique</i>	15
2-1-2. <i>La coordination territoriale</i>	17
2.2 Le Maintien à domicile	22
2-2-1. <i>L'Allocation Personnalisée d'Autonomie</i>	22
- les services existants, par zone	
- le nombre de bénéficiaires par zone	
- la répartition des GIR	
- évolution du nombre de bénéficiaires	
- les services conventionnés par zone	
- la ventilation des bénéficiaires par zone	
- l'activité des services	
- les dépenses	
2-2-2. <i>Les autres aides à domicile</i>	29
2-2-2-1. <i>L'Aide ménagère</i>	29
2-2-2-2. <i>Les foyers restaurants et le portage des repas</i>	29
2-2-2-2-1. <i>Les Structures</i>	30
2-2-2-2-2 <i>La tarification</i>	31

2-2-2-3. <i>La télésécurité</i>	32
2-2-2-4 <i>L'évolution des budgets consacrés par le Département au maintien à domicile</i>	33
2-2-3. <i>L'allocation compensatrice</i>	34
2-2-3-1. <i>les bénéficiaires</i>	34
2-2-3-2. <i>le financement</i>	34
2-2-4 <i>Les structures de soins à domicile</i>	35
2-2-4-1 <i>Les services de soins infirmiers à domicile</i>	35
2-2-4-2 <i>Les professionnels libéraux</i>	36
2-2-5. <i>La protection des adultes en danger</i>	37
2.3 L'hébergement	38
2-3-1. <i>L'hébergement en famille d'accueil</i>	38
2-3-1-1 <i>Les familles agréées</i>	38
2-3-1-2 <i>Les personnes âgées accueillies</i>	38
2-3-2. <i>Les établissements médico-sociaux</i>	39
2-3-2-1. <i>Les établissements autorisés</i>	39
a) <i><u>les foyers logements</u></i>	39
b) <i><u>les EHPAD :</u></i>	41
c) <i><u>les structures de soins de longue durée</u></i>	44
2-3-2-2. <i>Leur répartition par zone gérontologique</i>	45
2-3-2-3. <i>le financement</i>	49
- nombre de bénéficiaires de l'aide sociale par établissement	
- répartition par caisse	

<u>3EME PARTIE : LES PROPOSITIONS D’ACTIONS POUR 2006/2010</u>	51
3.1 Développer la coordination	55
<i>3-1-1 Evolution des instances gérontologiques départementales</i>	<i>57</i>
<i>3-1-2 Les CLIC : Conforter les CLIC comme pôles de ressources et de coordination</i>	<i>59</i>
<i>3-1-3 La coordination au niveau de la prise en charge individuelle</i>	<i>61</i>
<i>3-1-4 La coordination avec le SROS III</i>	<i>63</i>
<i>3-1-5 La coordination entre les secteurs sanitaire et social</i>	<i>64</i>
3.2 Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l’aide à domicile et maintenir le lien social	65
<i>3-2-1 Les services d’aide à domicile</i>	<i>67</i>
<i>3-2-1-1 Confortement des services d’aide à domicile</i>	<i>67</i>
<i>3-2-1-2 Modernisation des services d’aide à domicile</i>	<i>68</i>
<i>3-2-2 Contrôle et suivi de l’efficacité des aides</i>	<i>69</i>
<i>3-2-2-1 Efficience des plans d’aide</i>	<i>69</i>
<i>3-2-2-2 Contrôle de l’utilisation des aides</i>	<i>70</i>
<i>3-2-3 L’adaptation de l’habitat</i>	<i>73</i>
<i>3-2-4 Favoriser le maintien du lien social</i>	<i>74</i>
<i>3-2-4-1 Confortement des solidarités locales</i>	<i>74</i>
<i>3-2-4-2 Portage de repas</i>	<i>75</i>
<i>3-2-4-3 Transports</i>	<i>76</i>
<i>3-2-4-4 Aidants naturels</i>	<i>77</i>
<i>3-2-4-5 Protection des adultes en danger</i>	<i>79</i>

3.3	Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	81
	<i>3-3-1 L'hébergement en famille d'accueil</i>	83
	<i>3-3-2 L'hébergement en établissement</i>	85
	<i>3-3-2-1 Poursuivre l'instruction et la négociation des conventions tripartites</i>	85
	<i>3-3-2-2 Logements adaptés aux personnes âgées</i>	86
	<i>3-3-2-3 Accueils spécifiques : malades atteints de la maladie d'alzheimer, de troubles neuro comportementaux ou malades psychiatriques vieillissants</i>	87
	<i>3-3-2-4 Accueils spécifiques : personnes handicapées vieillissantes</i>	89
	<i>3-3-2-5 Accueil de jour – accueil temporaire</i>	91
	<i>3-3-2-6 Restructuration le parc existant</i>	92
	<i>3-3-2-7 Réaliser des créations prévues au schéma précédent</i>	95
	<i>3-3-2-8 Création de nouvelles structures</i>	96
	GLOSSAIRE	99

IERE PARTIE - LE CONTEXTE

1.1 Le cadre législatif et réglementaire

La loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a reprecisé le cadre des schémas départementaux tels qu'ils avaient été définis par la loi n°75-535 du 20 juin 1975, modifiée par les lois de décentralisation qui ont confié aux départements et à l'Etat des missions partagées dans certains secteurs d'intervention.

Au terme de ces dispositions, le code de l'action sociale et des familles précise dans ses articles L.312-4 et L.312-5 les caractéristiques des schémas d'organisation sociale et médico-sociale établis pour une période maximale de cinq ans. La loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, renforce la compétence du Conseil Général dans le domaine des personnes âgées avec une responsabilité unique du Président du Conseil Général dans l'adoption du schéma gérontologique.

Le schéma a pour objet :

- ① « d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- ② de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- ③ de déterminer les perspectives et les objectifs de développement ;
- ④ de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme ;
- ⑤ de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.»

Il sera transmis pour avis au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

Par ailleurs, l'article L.313-4 instaure le caractère opposable des schémas départementaux.

La loi du 13 août 2004 confie au Président du Conseil Général la responsabilité de la politique gériatrique du Département.

L'Etat transfère au Département la gestion des Centres Locaux d'Information Coordination (CLIC) et du CODERPA en entier mais reste en charge de l'offre de soins et de services financés par l'assurance maladie, tant en matière de médicalisation des structures d'hébergement que des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

C'est donc une complémentarité renouvelée entre action sociale et offre de soins que doivent redéployer les compétences respectives de l'Etat et du Département au service de la population âgée de l'Aude.

1.2 La politique du Conseil Général en direction des personnes âgées

RAPPEL DES ORIENTATIONS

En 1986, le Conseil général de l'Aude votait le Schéma Départemental des établissements et services.

Concernant les personnes âgées, deux orientations principales étaient définies :

↳ Le maintien à domicile, à travers diverses aides qui le permettent, constituait l'axe principal de la politique départementale en faveur des personnes âgées.

↳ En ce qui concerne l'hébergement, la priorité était accordée à l'implantation de structures dans les zones rurales où les personnes âgées représentent la plus forte proportion.

Le 29 novembre 1993, dans le plan programme pluriannuel, l'assemblée départementale confirmait ces orientations en privilégiant le maintien à domicile des personnes âgées ; elle souhaitait, dans le cadre du contrat de plan, la poursuite du programme d'humanisation des hospices.

En juillet 1994, le conseil général votait l'actualisation du schéma départemental des établissements et services en direction des personnes âgées décidant :

- la confirmation de la priorité donnée au maintien à domicile et la mise en œuvre d'une coordination des actions et des partenaires
- l'équité de traitement des personnes quel que soit leur lieu de résidence et la recherche d'une plus grande justice dans l'attribution et l'utilisation des aides pour le maintien à domicile
- la poursuite de la mise en place de familles d'accueil agréées avec le maximum de garanties pour les personnes âgées
- l'adaptation des établissements d'hébergement aux besoins

Le 10 juillet 2000, la dernière actualisation du schéma prévoyait également, en plus du confortement des priorités précédentes :

- le renforcement du dispositif de coordination des actions et des intervenants en direction des personnes âgées
- la priorité donnée au maintien à domicile
- la coordination entre le maintien à domicile et l'hébergement et le fonctionnement en réseau des établissements et des services
- le souci d'une prestation de qualité fournie aux personnes âgées dans tous les types d'hébergement , famille d'accueil ou établissement quel que soit son statut
- la création de nouvelles structures d'hébergement avec un rééquilibrage vers l'est audois

Pour cette nouvelle actualisation, il paraît impératif de prendre en considération le contexte de pleine mutation dans lequel le secteur de prise en charge des personnes âgées se trouve actuellement.

Tout d'abord, le développement des Centres Locaux d'Information et de Coordination.

Sous le label CLIC sont installés des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer.

Bien identifiées par les personnes âgées et leurs familles, ces structures répondent à une logique de proximité, facilitent l'accès aux droits et mettent en réseau des professionnels au service des personnes âgées.

Le Département de l'Aude a mis en place 5 CLIC, dont la zone d'intervention correspond aux territoires des pays.

Les CLIC ne sont pas les seules innovations apparues pour la prise en charge des personnes âgées depuis le précédent schéma.

Les établissements pour personnes âgées connaissent également de multiples changements du fait de la mise en place de la nouvelle tarification, de la signature des conventions tripartites avec l'Assurance Maladie et le Département.

Au niveau sociologique également, les retraités n'expriment plus les mêmes demandes : le maintien à domicile est souhaité tant qu'il est possible et, là encore, les demandes évoluent vers plus de professionnalisme et coordination des intervenants auprès de la personne âgée.

La mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) facilite le maintien à domicile, grâce à un maillage du territoire audois, couvert par un réseau de services à domicile.

Au niveau de chaque territoire, un important travail de diagnostic de l'existant, d'analyse des besoins et de propositions d'actions a été élaboré par chaque équipe des CLIC en collaboration avec chaque comité local d'information et de coordination.

Ce document présente les orientations retenues par le Conseil Général à partir des constats et propositions des différentes études et des propositions des groupes de travail.

1.3 L'évolution démographique

En France, comme dans tous les pays d'Europe, les caractéristiques générales des personnes âgées évoluent rapidement : l'espérance de vie s'accroît, l'apparition des dépendances psychiques et physiques est plus tardive.

Tel est le constat que l'on peut faire lorsque l'on examine les données du dernier recensement :

Si l'Aude est un département peu peuplé (321 734 habitants (population au 01 Janvier 2003) soit 52 habitants / km²) contre 110 au plan national et 88 en Languedoc-Roussillon, il connaît un accroissement régulier de sa population (taux de variation annuel 2003-2000 = 1,07), une augmentation du nombre de naissances et une diminution du nombre de décès.

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET DES TERRITOIRES AUDOIS

La démographie audoise récente.

Sources : recensement de la population de 1999, estimation ELP-INSEE 2002.

Au recensement de 2002, l'Aude comptait près de 320 000 habitants. Depuis 1990, la population s'est accrue d'un peu plus de 21 000 habitants, ce qui correspond environ à 1750 habitants supplémentaires par an. L'accroissement de la population audoise s'est infléchi par rapport aux années 80. La croissance démographique annuelle était alors d'un peu plus de 2 200 habitants. Le solde naturel audois étant déficitaire, la démographie du département est largement dépendante des mouvements migratoires.

→ Population estimée en 2002 pour l'Aude : 318 120 hab., pour le Languedoc-Roussillon : 2 375 615 hab., et pour la France Métropolitaine : 59 342 120.

→ Solde naturel de l'Aude -1,5%, du Languedoc-Roussillon 1,3%, et en France Métropolitaine 3,8%. (2002)

Entre 1990 et 1999, 61 300 personnes sont venues s'installer dans l'Aude. Ces nouveaux arrivant étant en moyenne plus jeunes que la population du département. Les plus de 60 ans ne représentent en effet que 15% des immigrants contre 28% pour l'ensemble de la population. Les moins de 25 ans sont, a contrario, proportionnellement plus nombreux parmi les nouveaux arrivants que dans la population autochtone (33,4% contre 26,6%).

Le vieillissement se poursuit donc même si on note une baisse des populations nées pendant la première guerre mondiale (tranche des plus de 75 ans) et par des générations un peu moins nombreuses entre 60 et 70 ans. Ces plus de 60 sont proportionnellement plus nombreuses dans les Corbières, le Minervois, et dans les zones de piémont comme les cantons de Belcaire et d'Axat.

→ Les personnes âgées de 75 ans et plus sont environ 34 200 dans l'Aude, 217 500 dans le Languedoc-Roussillon et 4 499 100 en France Métropolitaine. (2002)

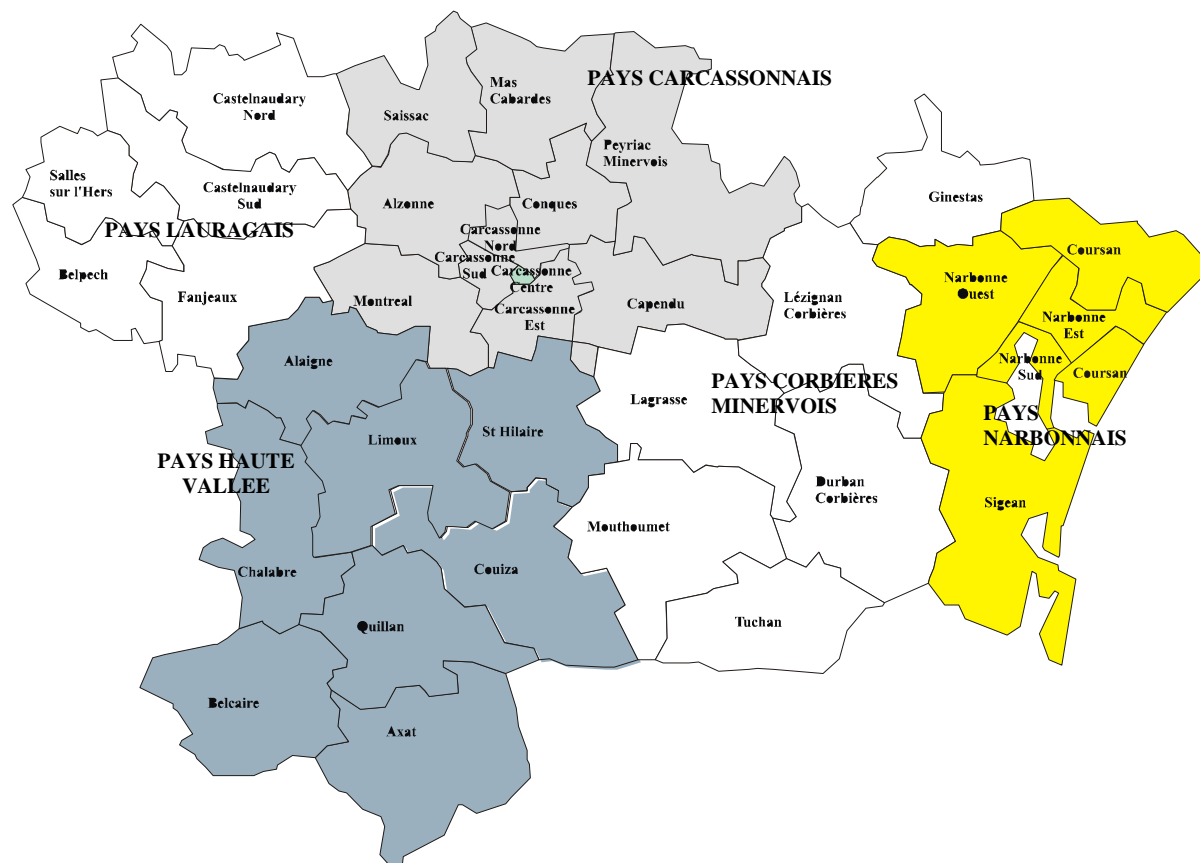
Entre 1999 et 2002, l'INSEE évalue l'augmentation de la population audoise à 2,58% (soit une augmentation de 8000 habitants). Cette croissance démographique a surtout profité au bassin d'emploi de Narbonne (zone Narbonnais-Littoral et cantons de Lézignan, Durban et Tuchan) et au bassin d'emploi de Carcassonne (zones Carcassès, Lauragais, et une partie de la zone des Corbières). C'est la zone Limouxin-Haute Vallée qui a connu le plus grand recul de population.

→ Population audoise
en 1999 : 310 000 hab., en 2000 : 311 300 hab., en 2002 : 318 000 hab.

Un aperçu des pays de l'Aude :

Un découpage du département en cinq zones a été entériné par l'Assemblée Départementale dès le début des années 90 :

- Carcassonnais - Minervois - Montagne Noire
- Corbières
- Lauragais,
- Limouxin – Haute Vallée
- Narbonnais – Littoral



Les paragraphes suivants présentent des comparaisons entre les cinq pays au regard des principaux indicateurs.

Pays	superficie	population	densité	évolution de la population (1990-1999)
Pays Carcassonnais	1257 km ²	103 845 hab.	83 hab./km ²	2,96 %
Pays Corbières en Minervois	1426 km ²	37 982 hab.	27 hab./km ²	4,29 %
Pays Lauragais	880 km ²	33 891 hab.	39 hab./km ²	4,65 %
Pays Haute Vallée	1781 km ²	41 465 hab.	23 hab./km ²	-1,83 %
Pays de la Narbonnaise	776 km ²	91 201 hab.	118 hab./km ²	6,22 %

Principales caractéristiques démographiques des cinq pays

Les chiffres ci-dessus font apparaître deux pays d'importance démographique équivalente, aux alentours de 100 000 habitants : le pays Carcassonnais et le pays de la Narbonnaise. Ces deux pays se caractérisent par la présence d'une ville de plus de 40 000 habitants (Carcassonne et Narbonne) et de son aire d'influence urbaine. Cependant, le pays Carcassonnais comprend également des zones rurales enclavées (cantons du Mas-Cabardès,

de Saissac, partie du canton de Peyriac-Minervois et de Conques), alors que la zone Narbonnaise bénéficie de l'attractivité du littoral méditerranéen.

A l'exception du pays de la Narbonnaise, le solde naturel entre 1990 et 1999 est négatif, mais plus particulièrement dans le pays de la Haute Vallée et, à moindre niveau, dans les Corbières.

Le solde migratoire est en revanche positif pour l'ensemble des pays.

	Population 1999	Naissances 1990-1999	Décès 1990-1999	Solde naturel	Solde migratoire
Carcassonnais	103 807	10 148	10 452	-304	3374
Corbières	39 420	3 113	4 748	-1635	3464
Lauragais	33 853	3 155	3 584	-429	2004
Haute Vallée	41 489	3 066	5 265	-2199	1441
Narbonnaise	91 201	8 612	8 523	89	5253

Concernant la densité de la population, les deux pays les plus ruraux présentent un taux de population des moins de 20 ans inférieur à celui du département : les Corbières et surtout la Haute Vallée. La population de ces deux pays est plus âgée que la moyenne départementale : un tiers de leurs habitants ont plus de 60 ans, et plus de 13% ont plus de 75 ans, alors que moyenne départementale est de 10,6%.

RECENSEMENTS DEMOGRAPHIQUES

INSEE 2000

ZONE	POP TOTALE	PLUS DE 60 ANS		plus de 75 ans	
CORBIERES	27 430	9 131	33%	3 672	13%
LITTORAL	103 253	28 588	28%	10 566	10%
CARCASSONNAIS	103 807	27 655	27%	11 162	11%
MHV	41 243	13 826	34%	5 475	13%
LAURAGAIS	33 853	9 252	27%	3 705	11%
TOTAL	309 586	88 452	29%	34 580	12%

2.1 La coordination

2-1-1 Les instances de coordination gérontologique :

Le dispositif réglementaire a évolué ainsi que les instances de coordination mises en place par le Département dans le cadre du schéma gérontologique.

1982 – Création du CODERPA

Le décret du 4 août 1982, modifié par le décret du 17 février 1988 a créé les Comités Départementaux des Retraités et Personnes Âgées (CODERPA).

Dans l'Aude, le CODERPA a été créé par arrêté préfectoral du 15 novembre 1982, modifié le 16 mai 1989.

Le décret du 17 février 1988 a fixé les quatre missions dévolues au Coderpa :

- Rapport annuel sur la mise en œuvre des actions de toute nature intéressant les retraités et personnes âgées
- Mission de réflexion globale en matière gérontologique
- Diffusion de l'information au niveau départemental
- Coordination des intervenants locaux.

Le CODERPA, présidé par le Préfet comprend trois collèges (représentants des retraités et personnes âgées, représentants des professionnels, représentants des collectivités locales et des financeurs) et des personnalités qualifiées.

1997 – Mise en place de l'Instance de Coordination Gérontologique

Dans le Schéma des Etablissements et Services en direction des Personnes Agées, voté le 10 juillet 2000, le Conseil Général a confirmé la nécessité de renforcer le dispositif de coordination des actions et des intervenants en direction des personnes âgées, par la mise en œuvre d'une action concertée et complémentaire des financeurs institutionnels, des représentants des usagers et des professionnels.

Au niveau département, le support réglementaire de ce dispositif est la Convention entre le Conseil Général et les Organismes sociaux, prévue par la loi du 24 janvier 1997, créant la Prestation Spécifique Dépendance.

La gestion et l'animation de cette coordination est assurée par l'Instance Départementale de Coordination Gérontologique, composée de financeurs, des représentants des usagers et des professionnels ; présidée par le Président du Conseil Général, elle est chargée d'une fonction d'évaluation des besoins, des réponses apportées, de leur coordination

et du suivi du dispositif conventionnel. Son secrétariat est assuré par la Direction Départementale de la Solidarité.

Les cinq zones gérontologique servent de référence pour la coordination de toutes les actions de maintien à domicile et de tous les moyens d'hébergement.

2001 – Mise en place des CLIC

Les lois 2001-647 du 20 juillet 2001, créant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, et 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, renforcent les compétences départementales en matière de coordination et de planification gérontologique :

« Les départements assurent la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un schéma arrêté conjointement par le Président du Conseil Général et le représentant de l'Etat dans le département. Ce schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit les modalités d'information du public et de coordination des prestataires s'appuyant notamment sur des Centres Locaux d'Information et de Coordination. »

La convention signée dans ce cadre le 6 janvier 2003 confirme le rôle de l'Instance Départementale de Coordination Gérontologique dans sa mission globale de coordination et de concertation.

L'Instance, co-pilotée par le Président du Conseil Général et le Préfet, devient le Comité de pilotage des Centres Locaux d'Information et de Coordination ; dans ce cadre elle organise un maillage du département par un réseau de CLIC, organise les opérations de labellisation, assure l'évaluation et le suivi du dispositif départemental, régule les opérations de financement et le partenariat financier.

Un CLIC est créé par le Conseil Général sur chacune des cinq zones gérontologique : il assure une mission d'information des usagers et des professionnels et anime le réseau de tous les acteurs intervenant en direction des personnes âgées.

Pour mener à bien ses missions, le CLIC s'appuie sur une instance de coordination, le Comité Local de Coordination, composé des mêmes collègues que l'Instance Départementale et intégrant les structures et les professionnels de la zone ; ce Comité est un lieu de concertation et de réflexion ; au contact des réalités de terrain, il a aussi un rôle d'analyse et de proposition auprès des décideurs et des financeurs par l'intermédiaire de l'Instance Gérontologique Départementale.

2004 – Renforcement du rôle du Département dans la coordination gérontologique

La loi 2004-809 du 13 août 2004 renforce les compétences du département en matière de coordination gérontologique.

L'article 57 de la loi n° 2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales précise que :

- le comité départemental des retraités et personnes âgées est une instance consultative placée auprès du Président du Conseil Général.

- La composition et les modalités de fonctionnement des comités départementaux des retraités et personnes âgées qui réunissent notamment des représentants des associations et organisations représentatives, sur le plan local, des retraités et personnes âgées, sont fixées par délibération du Conseil Général. Les membres du comité sont nommés par arrêté du Président du Conseil Général.

L'article 56 de la même loi modifie les compétences du Département :

- 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.

Le département met en œuvre ces compétences en s'appuyant notamment sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination.

A titre provisoire, pour 2005, l'Assemblée Départementale a décidé, par délibération du 31 janvier 2005 :

- de reconduire la composition du CODERPA, d'assurer la présidence et le secrétariat, et de proroger le règlement intérieur.
- de reconduire le dispositif de coordination, de reconduire l'existant et notamment l'Instance Départementale et les CLIC en assurant leur présidence et leur secrétariat.

Les propositions du schéma devront préciser les missions et les prérogatives du CODERPA et de l'Instance de Coordination Gérontologique, et de leur complémentarité.

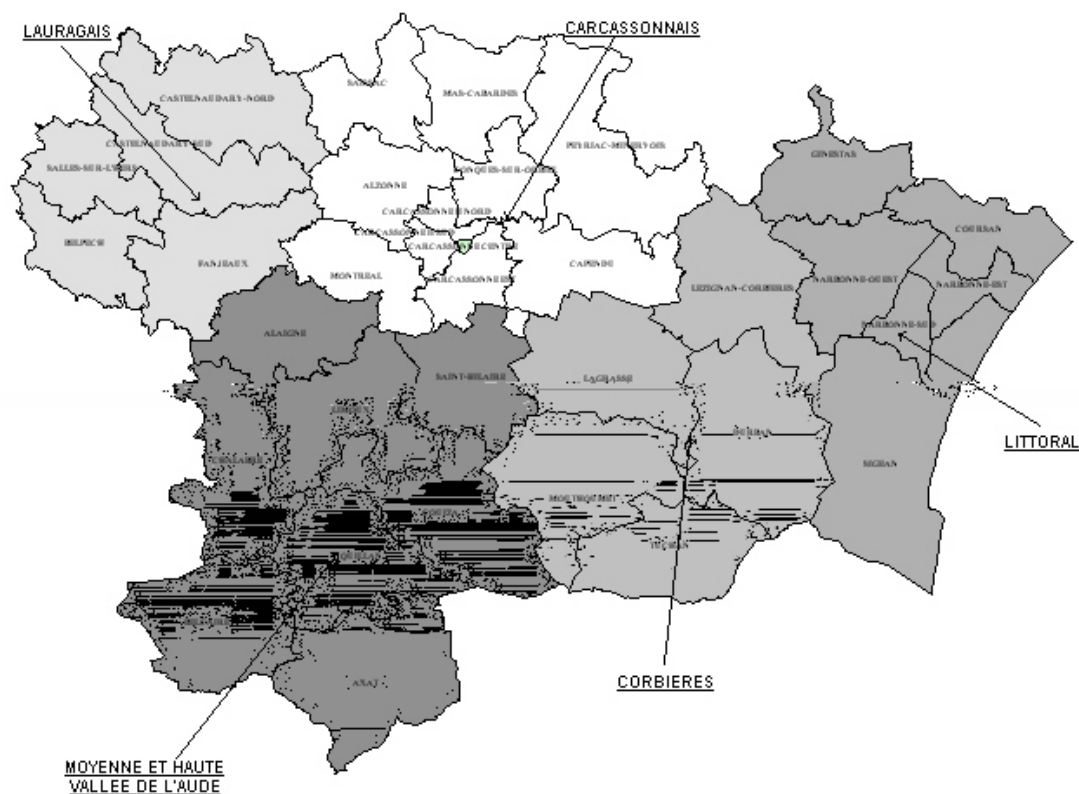
2-1-2. La coordination territoriale

- Les 5 zones gérontologiques définies en 94

La coordination des actions est organisée depuis 1994 en cinq zones gérontologiques communes à plusieurs organismes.

Ces zones doivent servir de référence pour la coordination de toutes les actions de maintien à domicile et de tous les moyens d'hébergement.

- Littoral (cantons de Coursan, Ginestas, Narbonne et Sigean)
- Corbières (cantons de Durban, Lagrasse, Lézignan , Mouthoumet et Tuchan)
- Carcassonnais (cantons d'Alzonne, Capendu, Carcassonne, Conques-sur-Orbiel, Mas- Cabardès, Montréal, Peyriac et Saissac)
- Moyenne et Haute Vallée de l'Aude (cantons d'Alaigne, Axat, Belcaire Chalabre, Couiza, Limoux , Quillan et Saint-Hilaire)
- Lauragais (cantons de Belpech, Castelnaudary, Fanjeaux et Salles sur l'Hers)



- La coordination territoriale par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Au niveau des cinq zones gérontologiques, la coordination des acteurs concerne les établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires, les services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile, les professionnels de santé, les représentants des usagers et des collectivités locales.

Elle est animée par un Centre local d'information et de coordination (CLIC) et pilotée par un comité local de coordination sur chaque zone.

Pour mener à bien ses missions, le CLIC s'appuie sur une instance de coordination, le Comité local de coordination, composé des mêmes collèges que l'Instance Départementale et intégrant les structures existantes sur la zone (associations, réseaux de soins, services sociaux...).

Ce comité consultatif regroupant sur chaque zone la majorité des acteurs de la politique en direction des personnes âgées est avant tout un lieu de concertation et de réflexion ; au contact des réalités de terrain, il a aussi un rôle d'analyse et de proposition auprès des décideurs et des financeurs par l'intermédiaire de l'instance gérontologique départementale.

Le comité définit un plan de travail et s'organise en groupes de travail thématiques qui peuvent s'ouvrir à des membres extérieurs.

Lancés à titre expérimental par la circulaire du 06 juin 2000, les CLIC disposent d'une base législative, depuis l'adoption de la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Cette dernière définit les CLIC comme des instruments d'information du public et de coordination de l'action gérontologique prévus par les schémas gérontologiques départementaux.

Les CLIC sont chargés de coordonner les réponses apportées aux personnes âgées en matière de maintien à domicile.

Confortées par la loi du 13 août 2004, ces structures dédiées à l'accueil, à l'orientation et à l'information du public sont également accessibles aux professionnels.

Selon leurs missions, les CLIC sont classés en trois niveaux. Le CLIC de niveau 1 doit disposer d'un local accessible et repérable, d'un accueil téléphonique et d'une base de données. Il peut assurer des actions de formation et d'information destinées aux professionnels et aux familles (aidants naturels). Il propose également une information sur les aides et les prestations existantes et dispose des dossiers nécessaires à leur obtention. A ces missions, le deuxième niveau ajoute un rôle d'évaluation des besoins et propose plusieurs services, comme des groupes de parole, des actions de prévention en direction du public et l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans d'aide (hors APA).

Le CLIC de niveau 3 prolonge le service précédent en prenant en charge le suivi et l'évaluation des situations les plus complexes. Il veille à la prise en charge médico-sociale de la personne âgée et coordonne l'intervention des professionnels de santé et médico-sociaux. Il assure également la constitution des dossiers de prise en charge. Il peut directement faire appel à différents services : soins infirmiers à domicile , aide à domicile , portage de repas , accueil de jour...

En pratique, le troisième niveau correspond à la mise en place d'un guichet unique pour l'ensemble des prestations et services dédiés au maintien à domicile.

La spécificité des CLIC tient essentiellement à leur ancrage territorial fort, concrétisé par un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, qui leur permet de faire converger les aspirations du public – personnes âgées et leur entourage – les interventions des professionnels au service des personnes âgées et les politiques des institutions.

Depuis leur installation en 2003 , les CLIC ont réalisé un diagnostic de l'existant sur chaque territoire, diagnostic qui a servi de base à l'établissement de propositions d'actions qui seront reprises en compte dans le présent schéma.

L'activité des CLIC dans l'Aude

La convention pour la coordination de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées dans l'Aude a matérialisé la volonté des décideurs de l'Aude, Conseil général, Etat, Organismes d'Assurance Vieillesse et d'Assurance Maladie, d'avoir une action concertée et coordonnée en direction des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissement.

Elle a défini les engagements réciproques et le dispositif départemental de coordination organisé dans 5 zones gérontologiques. Elle a créé l'Instance Départementale de Coordination Gérontologique.

L'Instance Départementale de Coordination Gérontologique, dans sa séance du 5 juillet 2002, a validé l'organisation d'un réseau de 5 CLIC, en maîtrise d'ouvrage départementale, niveau 1.

Le 15 octobre 2003 a été présentée une première synthèse de l'état des lieux de chaque zone gérontologique.

Le fonctionnement des CLIC en niveau 2 a alors été acté.

L'activité des CLIC peut être synthétisée de la façon suivante :

Pôle Accueil – Information

Mission accueil

	Littoral			Corbières			Carcassonnais			Vallée de l'Aude			Lauragais		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Nombre de personnes accueillies au bureau ou par téléphone	120	428	917	104	134	193		200	504	54	101	513	120	267	344
Signalements		7	12		3	0		3	3		1	1		1	1

Pôle Accueil – Coordination

Mission animation/coordination

	Littoral		Corbières		Carcassonnais		Vallée de l'Aude		Lauragais	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Travail partenarial	92	59	141	46	100	61	325	119	52	26
Préparation et animation de réunions par les CLIC	11	53	14	9	10	17	28	42	29	44
Réunions Conseil Général	21	13	38	18	25	15	52	14	17	12
Formation/information*	14	0	25	7	10	2	27	2	16	20

L'ensemble des acteurs potentiels des CLIC, le nombre de partenaires potentiellement concernés par les problèmes gérontologiques, témoigne de la complexité de l'organisation à mettre en œuvre.

	LISTE DES PARTENAIRES	OBSERVATION
Professionnels de santé, secteur ambulatoire	Médecins, infirmiers, pédicures, masseurs-kinésithérapeutes libéraux, pharmaciens, centres de soins infirmiers ; services de soins infirmiers à domicile ; réseaux de santé	
Professionnels de l'action sociale	Centres Communaux d'Action Sociale, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Mutualité Sociale Agricole, Conseil Général, établissements de santé (service social – Permanence d'Accès aux Soins (PASS))	Le Conseil intervient à un double niveau : avec les travailleurs polyvalents des circonscriptions et avec les équipes médico-sociales APA
Etablissements de santé (y compris les établissements de santé mentale) : cadres de direction		La participation à la coordination gérontologique fait partie du « cahier des charges » des hôpitaux locaux

Personnel soignant des établissements de santé (y compris les établissements de santé mentale)	Praticiens hospitaliers, surveillants...	
Etablissements d'hébergement et de soins	Maisons de retraite, unités de soins de longue durée, logements-foyers	
Services d'aides		Ces services ont des statuts divers : certains sont gérés par des CIAS, des CCAS, d'autres sont associatifs
Elus	Conseillers généraux, élus municipaux	
« Usagers »	Fédérations d'usagers...	
Centre ressources	Organismes spécialisés pour l'habitat, les aides techniques, l'appareillage, centrales d'information...	

Les intervenants locaux

Les structures publiques, établissements CCAS ou CIAS, les associations sont, conformément à la réglementation, les supports privilégiés de la mise en œuvre d'une coordination de terrain, autour de la personne âgée et en liaison avec les professionnels.

Les réseaux de santé, mis en place dans le cadre de l'organisation du système de santé, qui est définie dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS), doivent travailler en complémentarité avec les CLIC, pour concourir à améliorer la qualité de la prise en charge fondée sur une approche globale et personnalisée des besoins de la personne, associant prévention, accompagnement et soins.

2.2 Le maintien à domicile

2-2-1. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

L' Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a été créée par la loi 2001-647 du 21 Juillet 2001 pour financer les frais liés à la dépendance des personnes âgées, qu'elles vivent à domicile ou en établissement : l'APA peut être attribuée à toute personne âgée de plus de 60 ans résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, afin de permettre une prise en charge adaptée à ses besoins.

Cette allocation est destinée aux personnes qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière (loi 2001-647, art.1).

La décision relative à l'octroi de l'APA prend la forme d'un plan d'aide proposé à la personne dépendante, plan financé en totalité ou en partie par l'APA, le reste à financer étant à la charge de la personne âgée.

Cette prestation a connu d'emblée un très vif succès du fait de l'élargissement des critères liés :

↳ à la dépendance (sont désormais concernés les groupes 1 à 4, et non plus 3, de la grille AGGIR, qui permet d'évaluer le niveau de dépendance),

↳ et aux ressources (toutes les personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans peuvent bénéficier de l'APA, celle-ci étant versée à taux plein jusqu'à un niveau de ressources de 646 euros, puis de façon dégressive jusqu'à un pourcentage de 10% du plan d'aide).

L'APA a remplacé la prestation spécifique dépendance pour toutes les personnes qui la percevaient dans l'Aude.

La mise en œuvre de l'APA a constitué un véritable défi pour le Conseil Général depuis 2002.

En effet, alors que les décrets relatifs aux modalités concrètes de création de cette prestation ne sont parus qu'en novembre 2001, il a été possible dès le 01er janvier 2002 d'instruire les premiers dossiers de demande.

Au 31 décembre 2002, 9 179 dossiers dont 6 683 à domicile avaient déjà été traités, l'APA concernait au 31 décembre 2002, 5 185 bénéficiaires dont 3 219 à domicile et 1 966 en établissement.

L'année 2003 a vu se poursuivre la montée en charge de cette prestation : 2664 dossiers ont été reçus dans les services départementaux.

L'APA concernait, au 31 Décembre 2003, 6150 personnes âgées, dont 3962 résidant à domicile et 2188 en établissement. Au 31 Décembre 2004, ce sont 5980 personnes âgées qui en sont bénéficiaires dont 3862 à domicile et 2118 en établissement.

Au 31 Décembre 2005 on compte 6502 bénéficiaires dont 4152 à domicile et 2350 en établissement.

A – LA REPARTITION DES GIR

Au 31/12/2005

	GIR 1	GIR2	GIR3	GIR4
4 152 bénéficiaires à domicile	197	727	998	2 230
2 350 bénéficiaires en établissement	340	949	487	574
Total	537	1 676	1 485	2 804

B – EVOLUTION DEPUIS 2002 DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT DEMANDE L'APA

	Dossiers enregistrés	A domicile	En établissement
1^{er} semestre 2002	7292	5177	2115
2eme semestre 2002	1887	1506	381
1^{er} semestre 2003	1410	1092	318
2eme semestre 2003	1273	1028	245
1^{er} semestre 2004	1276	1013	263
2eme semestre 2004	1136	898	238
1^{er} semestre 2005	1333	1016	317
2eme semestre 2005	1350	957	393
Total	16957	12687	4270

Sur ces dossiers, 55 % constituent une première demande et 45 % un renouvellement ou une révision.

En moyenne, 60 % des premières demandes et 88 % des révisions ou renouvellements sont acceptés à domicile.

En établissement, c'est 90 % des premières demandes et 98 % des renouvellements

C – LES SERVICES CONVENTIONNES PAR ZONE, PUBLIC, ASSOCIATION

Service	Adresse
Zone Littoral	
CIAS du Sud Minervois	BP 1 – Route de Mirepeisset – 11120 Ginestas
SIVOM Narbonne Rural	Rue du Fond – 11110 Vinassan
ADMR La Vie continue – Narbonne	1 Quai d’Alsace – 11100 Narbonne
CCAS Narbonne	13, rue Benjamin Crémieux – 11100 Narbonne
ASSAD (Antenne)	Rue SALVET – 11100 Narbonne
CIAS Corbières en Méditerranée	41, avenue de Narbonne – 11130 Sigean
Zone Corbières	
C. de C. de la Contrée de Durban	13, rue du Moulin à Vent – 11200 Thézan-des-Corbières
C. de C. Hautes Corbières	Route de Narbonne – 11350 Tuchan

Service	Adresse
Zone Carcassonnais	
C. de C. du Haut Minervois	18, rue Léo Lagrange – 11160 Peyriac-Minervois
ADMR	75, boulevard Barbès – 11000 Carcassonne
Piémont Alaric – C. de C. Capendu	Place de la Mairie – 11700 Capendu
C. de C. Malepère	Rue Bel Air – 11290 Montréal
SIVOM du Cabardès – Saissac	Quartier Sait-Jean - 11310 Saissac
CIAS Carcassonnais	45, rue Aimé Ramond – 11890 Carcassonne Cedex 9
ADMR La Vie continue - Carcassonne	75, boulevard Barbès – 11000 Carcassonne
ASSAD Aude	45, rue de Lorraine – 11000 Carcassonne
Zone Lauragais	
C. de C. Piège et Lauragais	BP 45 – 11150 Bram
C. de C. du Ganarguès et de la Piège	Hôtel de Ville – 11420 Belpech
CCAS Castelnaudary	BP 1 – 11402 Castelnaudary Cedex
Association Familiale ADMR du Lauragais	25, chemin de la Cruzolle – 11400 Castelnaudary
Communauté de communes du Nord Ouest Audois	Mairie – 11320 Soupex
ASSAD Aude	45, rue de Lorraine – 11000 Carcassonne
C. de C. Hers et Ganguise	16, Grand' Rue – 11410 Salles-sur-l'Hers
SIVOM du Cabardès – Saissac	Quartier St Jean - 11 310 SAISSAC

D – LA VENTILATION DES BENEFICIAIRES PAR ZONE

Zone gérontologique	APA à domicile		APA en établissement		Total
Carcassonnais	1196	28,81 %	749	31,88 %	1945
Corbières	543	13,08 %	225	9,57 %	768
Lauragais	491	11,83 %	276	11,74 %	767
Littoral	1364	32,84 %	688	29,28 %	2052
Moyenne et Haute Vallée	558	13,44 %	412	17,53 %	970
Total	4152	100 %	2350	100 %	6502

E – L'ACTIVITE DES SERVICES

La part de l'activité des services d'aide à domicile dans l'APA a évolué depuis 2002.

Au 31 décembre : 2685 bénéficiaires font appel à un service prestataire (65%), 1333 (32%) rémunèrent du personnel en direct (déclaration URSAFF, chèque emploi service ou emploi mandataire), 134 (3%) mixent les deux solutions.

	2002	2003	2004	2005
Nombre de bénéficiaires faisant appel à un service prestataire	2 044	2 513	2 495	2 685
Nombre de bénéficiaires employeurs de gré à gré ou par la médiation d'un service mandataire	1 052	1 296	1 243	1 333
Nombre de bénéficiaires ayant recours à un service prestataire et au gré à gré	123	146	124	134

Le nombre d'heures de travail services par mois évolue également.

	2002	2003	2004
Nombre de bénéficiaires faisant appel à un service prestataire	87 282	113 762	113 972
Nombre de bénéficiaires faisant appel à un service mandataire	14 905	12 825	10 300

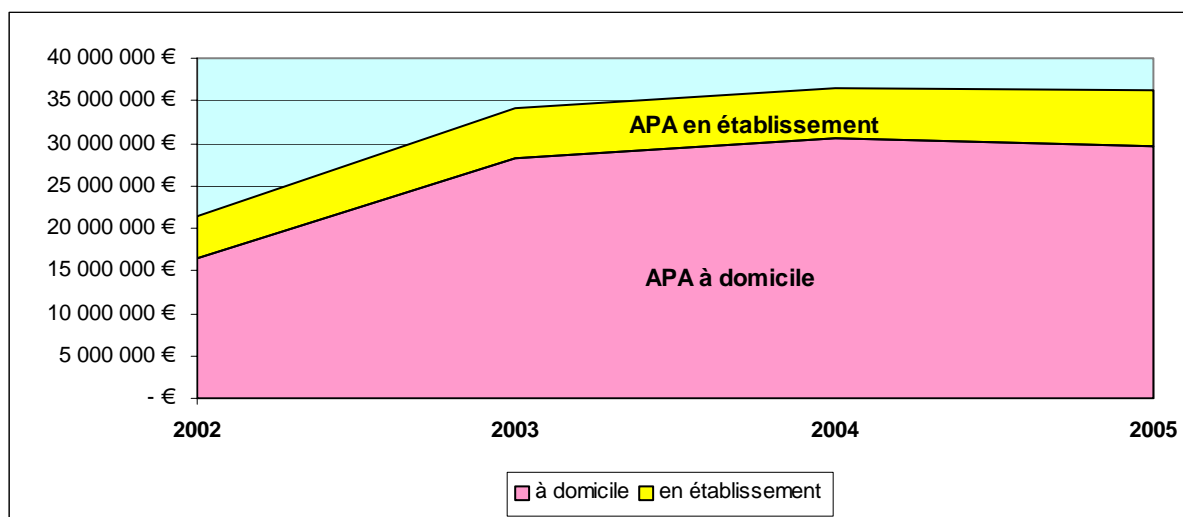
L'APA représente en calcul théorique près de 240 000 heures d'activité par mois sur le Département de l'Aude, soit environ 1 700 équivalents temps plein.

Pour les seuls services d'aide à domicile près de 2400 personnes ont été employées en 2004. L'analyse du temps de travail mensuel présente les caractéristiques suivantes.

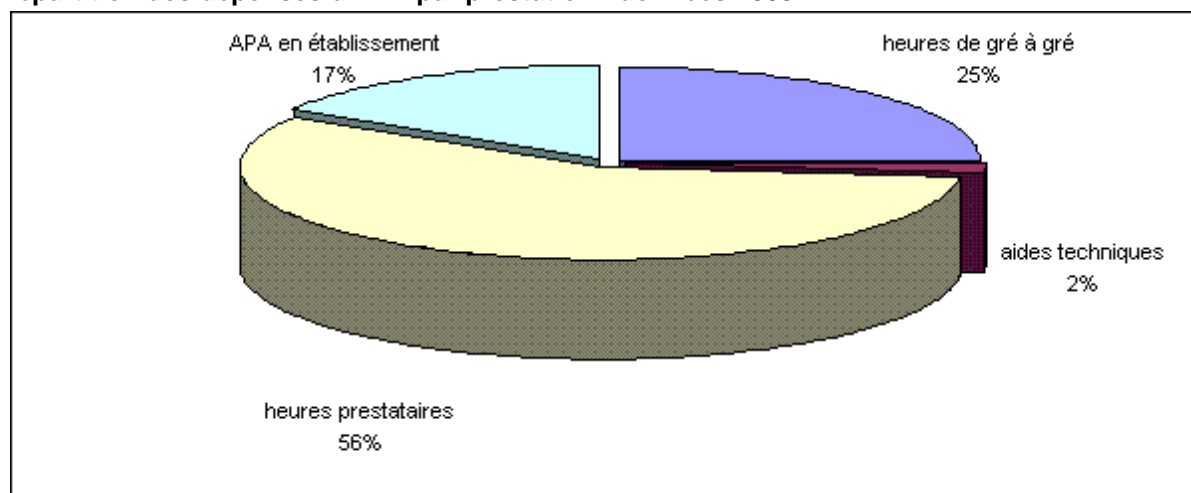
	2002		2003		2004	
	- 50% (- de 20h / sem.)	+ 50% (de 20 à 35 h / sem.)	- 50% (- de 20h / sem.)	+ 50% (de 20 à 35 h / sem.)	- 50% (- de 20h / sem.)	+ 50% (de 20 à 35 h / sem.)
TOTAL	877	720	1 201	1 404	1 154	1 224

Evolution des dépenses retracées par années d'échéance

type de prestation	dépenses 2002	dépenses 2003	dépenses 2004	dépenses 2005
	21 453 360 €	34 147 484 €	36 431 393 €	36 287 245 €
<u>à domicile</u>	16 373 615 €	28 325 881 €	30 516 623 €	29 717 407 €
heures de gré à gré	5 954 838 €	9 852 988 €	9 115 449 €	9 096 149 €
heures prestataires	9 934 312 €	17 705 408 €	20 839 436 €	20 107 942 €
aides techniques	484 465 €	767 485 €	561 738 €	513 316 €
prestation incontinence	337 701 €	506 717 €	322 306 €	266 073 €
prestation télésécurité	41 588 €	65 512 €	42 087 €	41 693 €
prestation repas	105 176 €	195 256 €	197 345 €	192 112 €
accueil de jour				13 439 €
<u>en établissement</u>	5 079 745 €	5 821 603 €	5 914 770 €	6 569 838 €
paiement aux bénéficiaires	182 791 €	829 679 €	1 303 913 €	1 633 361 €
paiement aux établissements	4 896 954 €	4 991 924 €	4 610 857 €	4 936 478 €



Répartition des dépenses d'APA par prestation - données 2005



2-2-2. Les autres aides à domicile

2-2-2-1. L'Aide ménagère

Au 31 décembre 2005, 910 personnes sont bénéficiaires de l'aide ménagère.

La répartition est la suivante :

ZONE	NOMBRE DE BENEFICIAIRES
LITTORAL	242
CORBIERES	155
MOYENNE ET HAUTE VALLEE	171
CARCASSONNAIS	243
LAURAGAIS	99
TOTAL	910

Le nombre de bénéficiaires diminue chaque année, en particulier grâce à l'APA qui permet une prise en charge de la dépendance de la personne âgée.

2-2-2-2. Les foyers restaurants et le portage des repas

Selon le territoire, les réponses apportées aux besoins des personnes âgées sont différentes.

Certaines communes ne sont pas couvertes par un service de portage de repas mais ailleurs, même si le service existe, il ne correspond pas au goût des personnes âgées.

L'existence même d'une offre de service doit être encouragée sur l'ensemble des territoires afin de permettre à tous les habitants d'en bénéficier au besoin. En revanche, une uniformisation de la prestation fournie n'est pas souhaitable. Les différentes zones n'appellent pas une réponse unique, mais une territorialisation poussée, une adéquation entre la réponse et les particularités propres à chaque zone, en fonction de ses caractéristiques humaines, économiques, géographiques.

Deux techniques existent : les repas peuvent être acheminés en liaison chaude ou en liaison froide. Chacune présente des avantages et des inconvénients, mais le durcissement

des normes sanitaires porte à la liaison chaude des coups qui risquent de se révéler fatals d'ici peu.

Un moyen de compenser le changement de type de liaison du chaud vers le froid est le repositionnement sur le service lui-même : par la qualité du repas et les contacts humains entourant cette prestation.

On constate que les attentes des personnes âgées s'orientent actuellement davantage vers le portage de repas et la préparation à domicile que vers le foyer-restaurant (la réactualisation du diagnostic faite en 2003, montre une croissance de l'activité portage des repas au détriment des foyers-restaurants).

Fin 2004, 114 bénéficiaires de l'aide sociale utilisent cette prestation ainsi que 188 bénéficiaires de l'APA.

Sont successivement analysées :

- les structures par zone gérontologique
- la tarification et les dépenses d'aide sociale correspondantes.

2-2-2-2-1. Les structures

Zone Littoral

- C.C.A.S. de Narbonne – Portage de repas
44 000 repas / an
- SIVOM de Narbonne Rural – Portage de repas
Couvre également le canton de Ginestas
91 000 repas / an
- C.I.A.S. Communauté de Communes Corbières en Méditerranée
13 600 repas / an
Livraison de 60 repas par jour
- C.C.A.S. Gruissan – Foyer restaurant
8 400 repas / an
35 repas par jour servis

Zone Moyenne et Haute Vallée de l'Aude

- C.C.A.S. Mairie d'Espéras - Portage de repas
7 430 repas / an
- C.C.A.S. Mairie de Quillan – Foyer restaurant et portage de repas
7 965 repas / an

- C.C.A.S. Mairie de Limoux – Foyer restaurant
7 123 repas / an
- Communauté de Communes du Limouxin et du Saint-Hilairois – Portage de repas
26689 repas / an
- Maison de Retraite Le Soleil Levant
5 840 repas / an

Zone Carcassonnais

- C.I.A.S. de Carcassonne – portage de repas - (9 communes : Carcassonne, Cazilhac, Fontiès d’Aude, Palaja, Pennautier, Pezens , Roullens, Trèbes et Villemoustaussou) et 3 foyers restaurants (Carcassonne – Villemoustaussou – Trèbes) : 40 100 repas
- SIVOM du Cabardès – portage de repas - (Montolieu, Moussoulens, Saissac, Cuxac-Cabardès, Brousse et Villaret, Lacombe, Les Camazes, St Denis) : 6 000 repas
- C.C.A.S. Caunes-Minervois – portage de repas
- C.C.A.S. de Rieux-Minervois – portage de repas
3 100 repas / an
- C.C.A.S. de Conques – Foyer restaurant et portage sur la ville
- Communauté de Communes de Conques – Portage pour les communes de Bagnoles, Villalier, Villegly, Villegailhenc à partir de La Vernède
- Communauté de Communes du Piémont d’Alaric – portage de repas

Zone Corbières

- Communauté de Communes Lézignan – Portage de repas
27 000 repas / an
- Commune de Montlaur
2 500 repas / an
- C.C.A.S. de Castelnaudary
38 000 repas / an
- C.C.A.S. Bram – Foyer restaurant
14 000 repas / an
- SIVOM du Cabardès – communes de Villemagne, Cennes Monestiés, Carlipa, Villespy)
2 000 repas / an

- Mairie de Fanjeaux
1 000 repas / an
- Communauté de Communes Piège et Garnagues
3 600 repas / an
- Communauté de Communes Hers et Ganguise
480 repas / an
- Commune de Villasavary
1 440 repas / an
- Commune de Lasbordes
1 860 repas / an

2-2-2-2. La tarification

Début 2005, pour les foyers restaurants, le prix des repas varie de 5,60 à 7,13 (moyenne 6,42), pour les services de portage de repas, le prix varie de 5,96 à 7,47 (moyenne 6,77).

Les repas servis en foyer restaurant ou portés à domicile peuvent faire l'objet de prise en charge individuelles par l'Aide Sociale à condition que ces foyers et services aient été habilités par Monsieur le Président du Conseil Général à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Au 1^{er} janvier 2004, la participation de l'Aide Sociale varie de 2,74€ à 4,57€ en fonction des revenus du bénéficiaire sur un tarif repas maximum de 6,70€.

Pour 2004, les dépenses d'Aide Sociale à ce titre se sont élevées à 111 445 €.

2-2-2-3. La Télésécurité

Au 1^{er} janvier 2005, 1 479 personnes âgées bénéficiaient d'un système de télésécurité installé par l'association « Présence Verte de l'Aude » ou par les C.C.A.S. de Trèbes, Narbonne, Port-la-Nouvelle.

Pour une partie de ces personnes âgées (199), l'Aide Sociale participe aux frais de fonctionnement.

La dépense nette est de 29 805 € en 2004.

ZONE	Nombre de bénéficiaires Aide Sociale	TOTAL
Littoral	51	658
Corbières	27	129
Carcassonnais	73	417
Moyenne et Haute Vallée	30	172
Lauragais	18	102
TOTAL	199	1 478

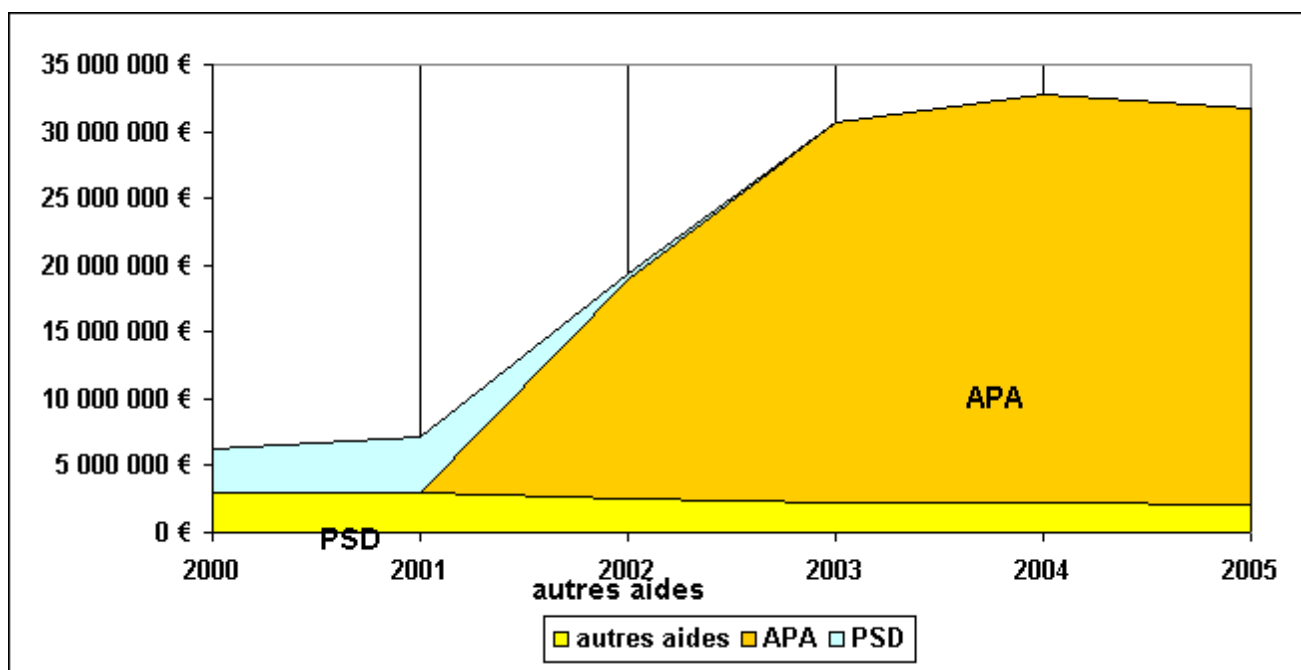
2-2-2-4 – L'évolution des budgets consacrés par le Département au maintien à domicile

Aide sociale au bénéfice de personnes âgées résidant à domicile

Evolution annuelle des dépenses retracées par années d'échéance

type de prestation	dépenses 2000	dépenses 2001	dépenses 2002	dépenses 2003	dépenses 2004	dépenses 2005
1) à domicile	6 297 844 €	7 153 601 €	19 354 300 €	30 689 707 €	32 743 143 €	31 761 991 €
PSD à domicile	3 285 605 €	4 184 547 €	511 235 €			
APA à domicile			16 373 615 €	28 385 881 €	30 516 623 €	29 717 407 €
services ménagers	2 536 516 €	2 482 340 €	2 270 938 €	2 146 609 €	2 085 270 €	1 911 142 €
foyer restaurant (*)	439 822 €	450 696 €	172 737 €	131 272 €	111 445 €	101 556 €
télésecurité	35 901 €	36 018 €	25 775 €	25 945 €	29 805 €	31 886 €

(*) les dépenses de foyer restaurant pour 2000 et 2001 tiennent compte des personnes placées en foyer logement transformés en EHPAD au 1er janvier 2002 et qui bénéficiaient de cette forme d'aide



2-2-3. L'allocation compensatrice

2-2-3-1. les bénéficiaires

En avril 1999, 1 555 personnes bénéficiaient de l'Allocation Compensatrice (personnes âgées et personnes handicapées).

La mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, a réduit considérablement le nombre de bénéficiaires, cette nouvelle allocation ayant permis une meilleure prise en charge de la dépendance et la mise en place d'aides humaines adaptées.

Au 31 décembre 2004, 981 personnes bénéficiaient de l'allocation compensatrice.

229 étaient âgées de plus de 60 ans soit 23%.

	40%	Entre 40% et 60%	Entre 60% et 80%	80%
Personnes Agées	135	28	28	38
Personnes Handicapées	466	75	147	64

ZONE	Nombre de personnes de + de 60 ans
Littoral	86
Corbières	19
Carcassonnais	60
Moyenne et Haute Vallée	37
Lauragais	27
TOTAL	229

2-2-3-2. le financement

En 2004, la dépense est de 4 770 751 €.

Dont : 3 480 432 € pour les personnes handicapées

1 290 319 € pour les personnes âgées

2-2-4 Les structures de soins à domicile

2-2-4-1 Les services de soins infirmiers à domicile

ZONE	STRUCTURE	CAPACITE AUTORISEE	PLACES BUDGETEES	PROJETS D'EXTENSION
LITTORAL	SSIAD du SIVOM de Narbonne rural – Vinassan	27	27	
	SSIAD Centre Francis Vals – Port-la-Nouvelle	43 dont 5 pour adultes handicapés	43	
	SSIAD Ville de Narbonne	18	18	
CORBIERES	SSIAD de Lézignan/St Laurent	41 + 45 + 9	41	
	SSIAD de Durban - Tuchan	30 + 10	30	
MOYENNE ET HAUTE VALLEE	SSIAD du Syndicat Mixte cantons Alaigne Fanjeaux Montréal	58	45	
	SSIAD de l'Hôpital de Chalabre	44 + 6 en CROSS	44	
	SSIAD de l'Hôpital de Limoux	84 + 30	84	
CARCASSONNAIS	SSIAD de Capendu	49	43	
	CIAS de Carcassonne	82 dont 2 pour personnes handicapées	82	20 demande déposée
	SSIAD du Cabardès	61	61	15 (demande en cours)
	SSIAD de Peyriac-Minervois	20	20	5 (demande en cours)
	<i>SSIAD du Syndicat Mixte cantons Alaigne Fanjeaux Montréal</i>	58	45	
LAURAGAIS	SSIAD Belpech	26 + 12 en CROSS	31	
	SSIAD Cabardès	61 en CROSS	61	
	<i>SSIAD du Syndicat Mixte cantons Alaigne Fanjeaux Montréal</i>	58 en cours	45	
	SSIAD Castelnaudary	64 CROSS	30	

2-2-4-2 Les professionnels libéraux

	GENERALISTES	INFIRMIERS	KINESITHERAPEUTES	PHARMACIES	POPULATION
LITTORAL	128	152	90	48	103 253
CORBIERES	31	39	16	13	27 430
LAURAGAIS	34	37	17	15	33 891
MOYENNE ET HAUTE VALLEE	49	56	28	18	41 243
CARCASSONNAIS	107	131	67	46	103 807

Aujourd'hui, l'Aude est confrontée à un manque de médecins généralistes et à un manque d'infirmières.

Plus on s'éloigne des villes et plus il est difficile de trouver un médecin. La Haute-Vallée, le plateau de Sault, les Corbières et le Haut Cabardès sont insuffisamment pourvus en généralistes. En effet, les zones rurales et de montagne connaissent une désertification accrue des médecins généralistes liée à des conditions de travail et de vie difficile.

Si la densité médicale sur les zones de patientèle de Carcassonne est de 110 médecins pour 100 000 habitants, sur la zone de Conques la densité est très faible avec un taux de 61 pour 100 000, soit seulement 6,1 médecins pour 10 000 habitants.

Il manque environ une cinquantaine de généralistes dans l'Aude. Les médecins formés dans les années 70 vont partir à la retraite. Sur les 350 généralistes audois, 80 ont plus de 55 ans. L'hyperactivité des médecins est l'arbre qui cache la forêt. L'évolution démographique montre que la population est moins nombreuse, mais elle est surtout plus âgée. Sur les pôles urbains du département, malgré une forte densité médicale, la permanence des soins reste un problème majeur.

Quant aux infirmières, en nombre insuffisant, elles ont de la difficulté à satisfaire les besoins et notamment les demandes de toilette dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées. Elles sont également confrontées aux problèmes de sorties d'hospitalisation de plus en plus précoces nécessitant à la fois une réponse rapide et un nombre accru d'actes techniques. Toutes les zones gérontologiques du département sont touchées par cette problématique, et ce, de façon récurrente.

Pour solutionner en partie ce problème, il serait urgent de pourvoir le département en nombre suffisant de places de S.S.I.A.D., si l'on veut que la personne âgée ait le libre choix entre le placement ou le maintien à domicile, et ce, dans des conditions sécurisées.

On observe pour tous les professionnels médicaux et paramédicaux, une baisse significative des ratios sur l'ensemble du département, avec une baisse significative de la démographie et des densités médicales pour les années à venir.

2-2-5. La protection des adultes en danger

Les signalements d'une maltraitance, d'un danger ou d'un risque de danger encourus par une personne vulnérable sont de plus en plus nombreux.

<u>En 2000 :</u>	60 situations
<u>En 2001 :</u>	90 situations
<u>En 2002 :</u>	57 situations
<u>En 2003 :</u>	136 situations
<u>En 2004 :</u>	145 situations
<u>Du 1/01 au 01/12/05 :</u>	137 situations

Les situations signalées sont de plus en plus lourdes et difficiles à traiter, notamment en ce qui concerne les cas relevant de la psychiatrie.

Chaque signalement donne lieu à un recueil de données auprès des différents intervenants familiaux et médico-sociaux, à une évaluation à domicile et, en dernier lieu, à une proposition d'un plan d'aide adapté (demande APA, intervention des partenaires, de la famille, saisine du Juge des Tutelles ou du Parquet...)

Actuellement, soit le CMS seul, soit le Service d'Action Sociale Personnes Agées et Adultes Handicapés seul, soit les deux services en partenariat traitent les signalements.

L'unité Action Sociale Personnes Agées et Adultes Handicapés a été positionnée comme seul service référent en matière de conseils techniques et de transmission des écrits aux Parquets et aux Juges des Tutelles.

Certaines procédures ont été proposées mais la mise en place effective d'un protocole est indispensable.

Il est à noter que les services sociaux extérieurs ne traitent plus les signalements et renvoient sur le Service d'Action sociale Personnes Agées et Adultes Handicapés.

Dans le cadre du plan de veille pour les personnes à risques institué par la Loi du 30 juin 2004, un plan départemental a été instauré.

2.3 L'hébergement

2-3-1.L'hébergement en famille d'accueil

2-3-1-1 Les familles agréées

Familles agréées pour accueillir exclusivement des PERSONNES ÂGÉES

ZONE	NOMBRE D'ACCUEILLANTS FAMILIAUX	NOMBRE DE PLACES
LITTORAL	7	9
CORBIERES	4	6
MOYENNE ET HAUTE VALLEE	8	11
CARCASSONNAIS	3	5
LAURAGAIS	3	6
TOTAL	25	37

2-3-1-2 Les personnes âgées accueillies

Familles agréées pouvant recevoir des PERSONNES ÂGÉES et/ou ADULTES HANDICAPES

ZONE	NOMBRE D'ACCUEILLANTS FAMILIAUX	NOMBRE DE PLACES
LITTORAL	1	1
CORBIERES	4	6
MOYENNE ET HAUTE VALLEE	1	2
CARCASSONNAIS	1	1
LAURAGAIS	1	1
TOTAL	8	11

L'hébergement en famille d'accueil constitue une solution intermédiaire intéressante entre le domicile et l'institutionnalisation.

L'accueil familial à titre onéreux par des particuliers, des personnes âgées ou handicapées, a été modifié par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

En application de la nouvelle législation et des décrets du 30 décembre 2004, les agréments peuvent désormais être mixtes et le département a revu les modalités de prise en charge financière dans le cadre de l'APA de cette forme d'hébergement à domicile.

Les personnes souhaitant accueillir à leur domicile, à titre onéreux des personnes âgées ou des personnes adultes handicapées doivent déposer une demande d'agrément auprès du Président du Conseil Général de leur département de résidence.

Le candidat à l'agrément doit être en mesure d'offrir toutes les conditions de sécurité matérielle et morale.

Les modalités d'instruction des demandes relèvent de la compétence du Conseil Général qui a mis en place une commission ad-hoc.

Le contrôle des accueillants familiaux porte sur les conditions d'accueil, tant matérielles que morales.

L'agrément peut être retiré ou restreint après saisine de la commission consultative de retrait d'agrément en lui indiquant le contenu de l'injonction à laquelle l'accueillant familial ne s'est pas soumis.

Au 31 mai 2005, 23 familles sont agréées pour l'accueil exclusif de personnes âgées pour une capacité de 34 places. 8 familles bénéficient d'un agrément mixte (accueil de personnes âgées ou adultes handicapés) représentant 11 places.

Les accueillants familiaux sont dispersés dans le département et on relève un manque sur les villes de Carcassonne et Narbonne.

Les demandes d'accueil concernent de plus en plus les personnes âgées en perte d'autonomie.

La formation des accueillants familiaux a commencé par des rencontres sur le thème de la nutrition et sur les modifications de la législation les concernant.

2-3-2. Les établissements médico-sociaux

Au 1er mai 2005 : 62 établissements assurent l'hébergement des personnes âgées.

⇒ 30 à gestion publique

⇒ 32 à gestion privée

37 sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Ils ont une capacité de 4229 dont 2467 habilités au titre de l'Aide Sociale.

2-3-2-1. Les établissements autorisés

8 foyers logements

44 EHPAD

9 structures de soins de longue durée (6 publiques – 3 privées)

1 structure d'accueil de jour

a) Les foyers logements

PUBLIC		PRIVE	
La Roseraie – Carcassonne	58	Al Pe Del Foc – Belcaire (habilité)	28
Pierre Estève – Castelnaudary	117	U.D.S.M. – Carcassonne	39
Le Château – Leucate	48	La Maison des Oliviers – Carcassonne	37
Le Nid Trébéen – Trèbes	100	La Providence – Lézignan	19

Au 30 avril 2005, ne sont comptabilisés que les établissements qui ne s'engageront pas dans une démarche de conventionnement EHPAD et continueront à accueillir des personnes non dépendantes.

Gestionnaires publics		
	Autorisés	Installés
La Roseraie à Carcassonne	58	8
Pierre Estève à Castelnaudary	117	135
Le Château à Leucate	48	48
Le Nid Trébéen à Trèbes	100	100

Gestionnaires privés		
	Autorisés	Installés
Al Pe Dal Foc à Belcaire	28	24
La Maison des Oliviers à Carcassonne	37	37
U.D.S.M. Carcassonne	39	34
La Providence à Lézignan	19	12
Total	446	398

b) *Les E.H.P.A.D.*

Au 30 avril 2005, sont autorisées 45 maisons de retraite :

- ⇒ 21 à gestion publique
- ⇒ 24 à gestion privée

26 sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Elles représentent une capacité de 3237 lits dont 1893 habilités plus 44 accueils de jour.

<i>Gestionnaires publics</i>		
Maisons de Retraite	Nombre de lits	Nombre de lits habilités
Belpech	85 + 6 en accueil de jour	65
Carcassonne – Iéna (annexe Centre Hospitalier Carcassonne)	90	90
Carcassonne – Centre de séjour du Pont Vieux (annexe Centre Hospitalier Carcassonne)	246 + 15 en accueil de jour	246

<i>Gestionnaires privés</i>		
Maisons de Retraite	Nombre de lits	Nombre de lits habilités
Bram – Résidence de Frontenac	70	
Capendu – Les Figuières	60	60
Carcassonne – Les Ducs de Montmorency	68	
Carcassonne – Les Marronniers (SARL « Le Marronnier »)	75	
Carcassonne – Béthanie Accueil (Association Béthanie-Accueil)	55	55
Carcassonne – Les Berges du Canal	106	
Carcassonne – Résidence Carmableu	100	
Couiza – Nostre Castel (A.S.M.)	32	32
Coursan – Le Laëtitia	62	
Cuxac-d’Aude – SA « Le Château de la Bourgade »	75	
Cuxac-Cabardès	85	
Durban – A.S.M.	64	64
Gruissan – La Bonança (Fondation Caisse d’Epargne)	48 + 2 en hébergement temporaire	50
La Redorte – Résidence Antinéa	110	
Leucate-La Franqui – Résidence Méditerranée	40	
Limoux – Le Soleil levant (SARL « Le Soleil Levant »)	55	
Montolieu – Saint Vincent de Paul (Provinciale de la Compagnie des Filles de la Charité – Saint Vincent de Paul)	75	
Narbonne – Les Mimosas	60	
Narbonne – l’Oustal	90	
Narbonne – Les Pins	82 + 3 en hébergement temporaire	
Saint-Marcel-sur-Aude – Le Portanel (SARL « Lou Portanel »)	40	
Salles-d’Aude – Jules Seguela (Fondation Caisse d’Epargne)	70 (14 personnes âgées handicapées)	70
Montredon – C.E.F.R. (non ouvert)	74 + 3 en hébergement temporaire	77
Villalier – Mutuelle de l’Aude (non ouvert)	80 + 3 en accueil de jour	
<i>TOTAL</i>	1 676 + 8 en hébergement temporaire + 3 en accueil de jour	408

E.H.P.A.D.

Conventionnés - 28	En cours de conventionnement - 7	Dossier non déposé - 9
PUBLIC		
Belpech	Chalabre – Hôpital	Carcassonne – Iéna
Carcassonne – Centre de Séjour Pont Vieux	Espéraza - Fondation Gaudissard	Castelnaudary – Hôpital
Castelnaudary – Le Lauragais	Trèbes	Fanjeaux
Caunes – Les Hauts du Roc		Lézignan (annexe Centre Hospitalier Lézignan)
Couiza – Les Estamounets		Montréal
Limoux (annexe Hôpital Limoux)		Sallèles – Le Château de la Roque
Quillan – La Coustète		
Rieux-Minervois		
Roquefeuil – La Marpa		
Saint-Hilaire – Vallée du Lauquet		
Saissac – Las Fountetos		

PRIVE		
Bram – Résidence de Frontenac	Gruissan – La Bonança (Fondation Caisse d'Epargne)	Carcassonne – Les Marronniers (SARL « Le Marronnier »)
Capendu – Les Figuières	Limoux – Le Soleil levant (SARL « Le Soleil Levant »)	Montredon – C.E.F.R. (non ouvert)
Carcassonne – Les Ducs de Montmorency	Narbonne – Les Mimosas	Villalier – Mutuelle de l'Aude (non ouvert)
Carcassonne – Béthanie Accueil	Narbonne – l'Oustal	
Carcassonne – Les Berges du Canal		
Carcassonne – Résidence Carmableu		
Couiza – Nostre Castel		
Coursan – Le Laëtitia		
Cuxac-d'Aude – « Le Château de la Bourgade »		
Cuxac-Cabardès		
Durban – A.A.S.M.		
La Redorte – Résidence Antinéa		
Leucate-La Franqui – Résidence Méditerranée		
Montolieu – Saint Vincent de Paul		
Narbonne – Les Pins		
Saint-Marcel-sur-Aude – Le Portanel		
Salles-d'Aude – Jules Seguela		

c) *Les unités de soins longue durée*

Au 30 avril 2005, sont autorisées 9 structures de soins de longue durée :

- ⇒ 6 à gestion publique
- ⇒ 3 à gestion privée

Toutes sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Elles représentent une capacité de **546** lits, dont **546** habilités.

Gestionnaires publics			
<i>Structures de Long Séjour</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>Nombre de lits habilités</i>	<i>Conventionnement</i>
<i>Hôpital de Castelnaudary</i>	66	66	<i>Non déposé</i>
<i>Hôpital de Chalabre</i>	30	30	<i>En cours</i>
<i>Hôpital de Lézignan</i>	72	72	<i>En cours</i>
<i>Hôpital de Limoux</i>	60	60	<i>Signé</i>
<i>Centre de Pech d'Alcy – Narbonne</i>	174	174	<i>Non déposé</i>
<i>Centre de Convalescence de Port-la-Nouvelle</i>	30	30	<i>Signé</i>
Gestionnaires privés			
<i>Structures de Long Séjour</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>Nombre de lits habilités</i>	<i>Conventionnement</i>
<i>Résidence Personnes Agées – Castelnaudary (Association Audoise Sociale et Médicale)</i>	22	22	<i>Signé</i>
<i>Résidence Personnes Agées – Durban (Association Audoise Sociale et Médicale)</i>	22	22	<i>Signé</i>
<i>Unité Résidence Badoc et les Myosotis– Limoux (Association Audoise Sociale et Médicale)</i>	70	70	<i>Signé</i>
<i>TOTAL</i>	546	546	

2-3-2-2. Leur répartition par zone gérontologique

Au 31 décembre 2004, la répartition par zone gérontologique des établissements et services est la suivante :

Littoral

16 établissements dont 7 habilités offrent une capacité de 982 lits autorisés + 12 places d'accueil de jour (464 places sont habilitées à l'aide sociale) :

- 1 foyers logements – 48 logements non habilités.
- 12 E.H.P.A.D.
- 2 Unités de Soins Longue Durée offrent une capacité de 234 lits
- 1 structure d'accueil de jour de 12 places

Corbières

5 établissements dont 4 habilités offrent une capacité de 324 lits autorisés et 305 habilités :

- 2 E.H.P.A.D.
- 2 Unités de Soins Longue Durée
- 1 Foyer Logement

Moyenne et Haute Vallée de l'Aude

13 établissements dont 12 habilités offrent une capacité de 686 lits dont 611 habilités + 18 accueil de jour :

- 9 E.H.P.A.D.
- 3 Unités de Soins Longue Durée
- 1 Foyer Logement

Carcassonnais

21 établissements dont 9 habilités (1 en construction) offrent une capacité de 1 667 lits autorisés dont 736 habilités + 18 places d'accueil de jour :

- 17 E.H.P.A.D. (dont 1 non ouvert)
- 4 Foyers Logement

Lauragais

8 établissements dont 6 habilités offrent une capacité de 570 lits dont 363 lits habilités + 6 places d'accueil de jour :

- 5 E.H.P.A.D.
- 2 Unités de Soins Longue Durée
- 1 Foyer Logement

Bilan établissements schéma 2000

1) LES OPERATIONS TERMINEES :

	PRIVE A BUT LUCRATIF	PRIVE NON LUCRATIF (FONDATIONS, MUTUELLES, ASSOCIATIONS)	PUBLIC
CREATION	Narbonne les pins (85)	- Auxilia AJ (12) - Gruissan – La Bonança (50) - Salles d’Aude – J. Séguéla (70) - Capendu (60)	- Quillan – La Coustète (50)
RESTRUCTURATION	Carcassonne : Berges du Canal (+46) Carmableu (+40) Bram (+15) La Redorte : Antinéa (+50) Cuxac d’Aude (+15) Limoux Le Soleil Levant (+10) Coursan : Laëtitia (+12) La Franqui (+6)	Foyer Logement Mouthoumet (-6) Carcassonne Maison des Oliviers (+13) Carcassonne Béthanie Accueil (+12) Montolieu (-60)	Saissac (+17) Narbonne Pech d’Alcy (+55) Foyer Logement Pierre Esteve (+40) Hôpital Limoux (+15 accueil de jour)

2) LES OPERATIONS EN COURS

Il s’agit là soit des opérations en cours de travaux, soit des opérations autorisées au CROSS en phase préparatoire.

	PRIVE A BUT LUCRATIF	PRIVE NON LUCRATIF (FONDATIONS, MUTUELLES, ASSOCIATIONS)	PUBLIC
Création		- Montredon (77) - Villalier (80 + 3 accueils de jour)	
Restructuration	- Narbonne l’Oustal / l’eau vive (- 95)		- Belpech (+20 lits + 6 accueils de jour) - Caunes Minervois (+15) - Hôpital de Chalabre (+20) - Port la Nouvelle – F-Vals (+30) - Montréal (+15) - CSPV (+15 accueils de jour)

3) LES OPERATIONS A REALISER

qui étaient au schéma 2000 mais décaleront sur le schéma 2006.

	PRIVE A BUT LUCRATIF	PRIVE NON LUCRATIF (FONDATIONS, MUTUELLES, ASSOCIATIONS)	PUBLIC
Création		- Tuchan (22)	- Salles sur l'Hers (60) - Fleury d'Aude - Pennautier (72)
Restructuration	- La Franqui (+16) - Les Mimosas à Narbonne (+24 lits + 4 accueils de jour)		- Fanjeaux (+ 28 lits + 1 accueil de jour) - Hôpital de Lézignan - Castelnaudary - Hôpital de Carcassonne - Pech d'Alcy à Narbonne - Sallèles d'Aude (15)

4) LES CAPACITES A REGULARISER

Il s'agit des opérations prévues au schéma 2000 mais qui ne se réaliseront pas, des fermetures d'établissements, ou de régularisation de capacités à prendre en compte du titre du schéma 2006.

	PRIVE A BUT LUCRATIF	PRIVE NON LUCRATIF (FONDATIONS, MUTUELLES, ASSOCIATIONS)	PUBLIC
Fermeture		- Carcassonne UDSM (39) - Lézignan l'Oustalet (10)	- Carcassonne la Roseraie (58)
Capacités inférieures à la prévision		- Gruissan la Bonança (10) Capacité autorisée 50 - Belcaire Alpe Dal Foc (10) Capacité à autoriser(24)	

Par rapport à la capacité autorisée de 4 229 lits + 56 places d'accueil de jour, certains lits ne sont pas installés ou occupés.

En 1999 : - 205 personnes étaient en surnombre
 - 527 places autorisées étaient vacantes

En 2005 : 450 places autorisées ne sont pas installées ou occupées.

Les raisons sont diverses :

-Pour les USLD, toutes les places ne sont pas installées car certaines chambres à 3 lits ne contiennent en fait que 2 lits médicalisés.

- Pour les EHPAD, 3 établissements sont autorisés, leurs lits comptabilisés mais viennent d'ouvrir (mars 2005) ou en construction.

Il y a peu de places vides, sauf dans les établissements ayant un projet de rénovation et offrant des chambres doubles. Les foyers logements ne semblent plus adaptés à la demande, les personnes âgées préfèrent rester à domicile tant que leur niveau de dépendance le leur permet. Certains établissements seront transformés en EHPAD, d'autres diminuent leurs capacités et transforment les logements.

2-3-2-3. Le financement

Commune	Libellé de l'établissement	Nb de places	Nb de bénéficiaires de l'aide sociale
EHPAD AUDOIS, PUBLICS ET PRIVÉS, HABILITÉS A L'AIDE SOCIALE			
BELCAIRE	CENTRE D'HEBERGEMENT AL PE DAL FOC	28	8
BELPECH	RESIDENCE DU GARNAGUES - MAISON DE RETRAITE	65	14
CAPENDU	MUTUELLE DU BIEN VIEILLIR 'RES. LES FIGUERES'	60	10
CARCASSONNE	MAISON DE RETRAITE 'IENA'	90	14
CARCASSONNE	MAISON DE RETRAITE 'BETHANIE ACCUEIL'	55	10
CARCASSONNE	CENTRE DE SEJOUR DU PONT VIEUX	246	119
CASTELNAUDARY	RESIDENCE POUR PERSONNES AGEES DE CASTELNAUDARY	22	12
CASTELNAUDARY	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER	66	16
CASTELNAUDARY	MAISON DE RETRAITE DE L'HÔPITAL	102	21
CASTELNAUDARY	E.H.P.A.D. 'LE LAURAGAIS'	63	3
CAUNES MINERVOIS	EHPAD 'LES HAUTS DU ROC'	51	10
CHALABRE	CENTRE DE LONG SEJOUR- HÔPITAL LOCAL POUR PERSONNES AGEES	30	10
CHALABRE	MAISON DE RETRAITE DE L'HÔPITAL LOCAL	34	12
COUIZA	MAISON DE RETRAITE 'NOSTRE CASTEL'	32	16
COUIZA	EHPAD 'LES ESTAMOUNETS'	50	12
DURBAN-CORBIERES	EHPAD 'JOSEPH COSTE	64	28
DURBAN-CORBIERES	RESIDENCE POUR PERSONNES AGEES DE DURBAN-CORBIERES	22	11
ESPERAZA	MAISON DE RETRAITE 'FONDATION GAUDISSARD'	85	23
FANJEAUX	MAISON DE RETRAITE 'JEAN LOUBES'	45	13
GRUISSAN	EHPAD RESIDENCE 'LA BONANCA'	50	4
LEZIGNAN-CORBIERES	MAISON DE RETRAITE LEZIGNAN DU CENTRE HOSPITALIER	147	46
LEZIGNAN-CORBIERES	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER	72	27
LIMOUX	ROBERT BADOE - LES MYOSOTIS - ASM	70	24
LIMOUX	MAISON DE RETRAITE DU CENTRE HOSPITALIER	103	29
LIMOUX	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER	60	12
MONTREAL	MAISON DE RETRAITE	68	13
MONTREDON	CEFR (non ouvert)	77	0
NARBONNE	CENTRE DE LONG SEJOUR PECH D'ALCY	174	47
PORT-LA-NOUVELLE	CENTRE DE CONVALESCENCE ET DE READAPTATION DU CENTRE HOSPITALIER 'FRANCIS VALS'	30	5
QUILLAN	MAISON DE RETRAITE 'LA COUSTETE'	50	13
RIEUX-MINERVOIS	MAISON DE RETRAITE 'SAINT VINCENT DE PAUL'	45	15
ROQUEFEUIL	EHPAD MARPA	17	5
SAINT HILAIRE	EHPAD LA VALLEE DU LAUQUET	52	4
SAISSAC	EHPAD 'LAS FOUNTETOS'	73	14
SALLELES D'AUDE	FOYER LOGEMENT 'LA ROQUE'	51	23
SALLES D'AUDE	EHPAD JULES SEQUELA unités PA et PH	70	12
TREBES	MAISON DE RETRAITE 'MADELEINE DES GARETS'	48	21
Total		2467	676 soit 27,40% des places autorisées

En 2004, la tarification moyenne en hébergement et dépendance par catégorie d'établissement est la suivante :

Maisons de retraite publiques autonomes et associatives : 38,26€

GIR 1-2 : 13,63

GIR 3-4 : 8,67

GIR 5- 6 : 3,68

Etablissements hospitaliers publics (MR / USLD) : 33,34€

GIR 1-2 : 14,09

GIR 3-4 : 8,93

GIR 5- 6 : 3,78

Foyers-logements : 35,75€

GIR 1-2 : 12,33

GIR 3-4 : 7,92

GIR 5- 6 : 3,32

Etablissements privés lucratifs :

GIR 1-2 : 9,59

GIR 3-4 : 6,10

GIR 5- 6 : 2,58

En moyenne pour le total des établissements pour personnes âgées la journée hébergement est de : 35,86€

GIR 1-2 : 13,42

GIR 3-4 : 8,55

GIR 5- 6 : 3,61 (*Ces moyennes sont calculées hors privés lucratifs*)

Evolution annuelle des dépenses retracées par années d'échéance

type de prestation	dépenses 2000	dépenses 2001	dépenses 2002	dépenses 2003	dépenses 2004	dépenses 2005
	12 516 766 €	13 136 123 €	10 217 010 €	10 065 230 €	10 324 386 €	11 200 000 €
foyers logement	388 947 €	359 532 €	94 228 €	73 450 €	72 113 €	68 000 €
EHPAD	12 088 388 €	12 731 368 €	10 084 248 €	9 959 948 €	10 222 242 €	11 079 263 €
placement familial	39 431 €	45 223 €	38 534 €	31 832 €	30 031 €	52 737 €

Résidents pris en charge par l'aide sociale au 31 décembre 2005

Foyer logement	EHPAD	Placement familial
	779 bénéficiaires de l'aide sociale	
14	755 dont 676 en EHPAD audois habilités	10

3EME PARTIE :

LES PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR 2006/2010

Les résultats des travaux préparatoires au schéma permettent de dégager les grands axes d'orientation et les principes d'action à développer dans ce schéma.

Ceux-ci seront bien entendu en continuité avec les actions menées par le Département à l'occasion du précédent schéma : renforcement du dispositif de coordination des actions et des intervenants en direction des personnes âgées, priorité donnée au maintien à domicile et au développement des actions qui le facilitent, coordination entre le maintien à domicile et l'hébergement, souci d'une solution d'hébergement de qualité pour toutes les personnes âgées quels que soient leur origine démographique, leur niveau de dépendance ou leur niveau de ressources.

Les ambitions de la collectivité départementale s'attacheront à continuer le passage d'une logique de dispositifs vers une logique de territoires, pour le maintien à domicile et l'hébergement et à renforcer le dispositif de coordination médico-sociale au service des personnes âgées.

Les orientations stratégiques retenues pour le schéma 2006-2010 sont donc au nombre de trois :

3.1 Développer la coordination

Au niveau de chaque territoire, un important travail de diagnostic de l'existant, d'analyse des besoins et de propositions d'actions a été élaboré par les membres des CLIC.

Conformément aux nouvelles compétences transférées par la loi du 02 Août 2004, les propositions d'actions s'attacheront à développer la coordination au niveau départemental, local, institutionnel et au plus près de la personne âgée.

Cet axe stratégique est par conséquent structuré autour de :

- * L'évolution des instances gérontologiques départementales
- * Le confortement des CLIC comme pôles de ressources et de coordination
- * La coordination au niveau de la prise en charge individuelle
- * La coordination avec le schéma régional de l'organisation des soins
- * La coordination institutionnelle

3.2 Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social

Les personnes âgées souhaitent rester à leur domicile.

Les conditions d'un maintien à domicile de qualité sont liées à l'environnement social et familial de la personne âgée, à son degré de dépendance et à son état de santé ainsi qu'à l'adaptation de son domicile.

Les services intervenant à domicile (soins, aide...) jouent un rôle prépondérant dans l'accompagnement des personnes âgées, en complémentarité avec les aidants naturels.

La priorité du schéma 2006-2010 continuera en faveur du maintien à domicile avec quatre axes de travail :

- * Le renforcement et la professionnalisation des services d'aide à domicile
- * Le suivi de l'efficacité des aides (APA, aide sociale,...)
- * L'adaptation de l'habitat
- * Le maintien du lien social

3.3 Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement

L'accueil en établissement pâtit d'une image encore péjorative, la peur du traumatisme de l'entrée en établissement culpabilisant trop souvent les familles.

La dimension financière est une réalité dans les choix, le coût des hébergements et l'absence d'équipements adaptés sur certaines zones pouvant retarder l'entrée en établissement.

Les propositions d'action pour 2006-2010 s'articuleront autour :

- * de la coordination entre le maintien à domicile et l'hébergement
- * de l'amélioration de l'hébergement en établissement tant en matière d'offre (restructuration du parc existant, créations) que d'expérimentation de solutions innovantes et de prise en compte des accueils spécifiques liés aux pathologies du grand âge.

3.1 Développer la coordination

Fiche : 3-1-1 Evolution des instances gérontologiques départementales

Il s'agit de préciser les missions du CODERPA et sa déclinaison territoriale par les comités locaux de coordination.

Fiche 3-1-2 Les CLIC : Confortement des CLIC comme pôles de ressources et de coordination

Il s'agit de mettre fin à la séparation du sanitaire, du médico-social et du social en renforçant les complémentarités de tous les acteurs engagés dans des actions auprès des personnes âgées.

Fiche 3-1-3 La coordination au niveau de la prise en charge individuelle

La croissance et la variété des formes de dépendance, la diversité de l'offre de services (aides à domicile, soins, portage de repas...) font de la coordination un outil nécessaire de pilotage de l'évolution du secteur gérontologique.

Fiche 3-1-4 La coordination avec le SROS III

Le renforcement de l'accès à des soins de proximité, le développement des équipes mobiles de gériatrie et la mise en place d'un dispositif de transition entre l'hôpital et le domicile, en aval de l'hospitalisation de courte durée contribuent au développement des filières de soins en faveur des patients âgés.

Fiche 3-1-5 La coordination institutionnelle

L'optimisation des services de soins à domicile, l'amélioration de l'accueil en établissement, la mise en place des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) nécessitent un partenariat constructif entre les Départements et les services de l'Etat, aux niveaux départemental et régional.

3.1 – Développer la Coordination	3.1.1 – Evolution des instances gérontologiques départementales

◆ *Constat*

Conformément aux nouvelles compétences transférées par la loi du 13 Août 2004, les propositions du schéma 2005-2010 devront préciser les missions et les prérogatives du CODERPA et de l'instance de coordination gérontologique ainsi que leur complémentarité ainsi que l'articulation avec les cinq Comités Locaux de Coordination (CLIC).

◆ *Orientations*

➤ *Proposer le regroupement du CODERPA et de l'Instance Gérontologique Départementale*

Les missions obligatoires du CODERPA et les missions facultatives de l'Instance sont identiques (participation, information, coordination) ou complémentaires (évaluation réflexion).

L'intégration des missions de l'Instance dans celles du CODERPA, plus larges, est proposée

Le CODERPA dont l'organisation et le fonctionnement seront adaptés en conséquence remplira quatre missions, dans le cadre de la mise en place des orientations définies par le Schéma des établissements et services en direction des personnes âgées :

- Evaluation de la mise en œuvre des actions de toute nature intéressant les personnes âgées et les retraités et élaboration d'un rapport annuel
- Réflexion globale en matière gérontologique
- Diffusion de l'information au niveau départemental
- Organisation et mise en œuvre de la coordination territoriale des intervenants

➤ *Désigner les membres du CODERPA et en assurer la présidence*

Les membres du comité sont nommés par arrêté du Président du Conseil Général.

Le bureau assure la gestion courante des dossiers, coordonne l'action des commissions de travail, fixe l'ordre du jour de l'assemblée plénière et veille au respect du règlement intérieur.

Les membres, trois par collège, sont élus par les membres du comité.

➤ *Assurer le secrétariat du CODERPA et conforter la conférence annuelle réunissant les acteurs du domaine gérontologique.*

Des commissions de travail sont organisées en fonction des thèmes de réflexion retenus par le Comité. Le secrétariat est assuré par les services de la Direction de la Solidarité.

➤ *Conforter l'évolution des CLIC et des Comités Locaux de Coordination*

Le dispositif mis en place à titre expérimental doit être pérennisé dans le cadre des nouvelles obligations réglementaires.

Des comités locaux de coordination exerceront au niveau des territoires les missions du CODERPA

Présidés par des élus du Conseil Général ils comprendront également des collèges de représentants.

Les Centres Locaux d'information et de Coordination (CLIC) assureront le secrétariat des Comités Locaux des retraités et personnes âgées.

Ils continueront à assurer l'information et l'animation des acteurs sur leur territoire ; ils auront également pour mission de développer la coordination de proximité, en appui sur les services territoriaux d'aide à la personne.

◆ *Critères d'évaluation :*

- Nombre de réunions
- Rapport annuel
- Compte rendus des groupes de travail.

3.1 – Développer la Coordination	3.1.2 – Les CLIC : Conforter les CLIC comme pôles de ressources et de coordination

◆ *Constat*

Chaque CLIC a su trouver sa place sur son territoire et assure un service d'accueil – d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs familles ainsi que des missions d'animation et de coordination.

Depuis leur installation, les CLIC ont effectué un important travail de mise en relation des partenaires autour d'objectifs communs ; ils totalisent plus de 100 réunions et rencontres / an avec les professionnels, les élus et les membres d'associations.

Les CLIC, avec leur double mission, correspondaient donc à une attente des professionnels et à un besoin du public vieillissant.

Les réunions de travail furent l'occasion de définir des actions prioritaires à mener sur chaque zone gérontologique.

Des permanences physiques, téléphoniques, divers supports de communication (affichettes, plaquettes d'information) ont été largement mis à la disposition du public, des services et des professionnels.

Les 5 CLIC sont de niveau II – guichet d'accueil et de proximité, le CLIC rassemble toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne.

Le CLIC propose une information sur les aides et prestations disponibles et propose une palette de service partielle. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide APA est assuré par les services centraux du Conseil Général et les services d'aide à domicile. Par contre, le CLIC assure territorialement le relais avec les personnes âgées qui le sollicitent et l'élaboration des plans d'aide hors APA.

La diversité des partenaires concernés par les problèmes gérontologiques :

- Professionnels de santé
- Professionnels de l'action sociale
- Etablissements de santé, d'hébergement et de soins
- Personnel des établissements
- Services d'aide à domicile
- Centre ressources
- Elus, usagers...

témoigne de la complexité de l'organisation à mettre en œuvre.

Les difficultés de mise en place de la coordination gérontologique sont liées à cette diversité des missions et au nombre important de partenaires.

◆ *Orientations*

- En restant au niveau II, élaborer des protocoles d' action entre l' équipe médico-sociale du Conseil Général et les CLIC pour définir les missions des différents intervenants et les modalités d' échange des informations.
- Développer la coordination de proximité au niveau des services d' aide à domicile.
- Renforcer les outils de liaison entre les différents intervenants : S.A.D, SSIAD, hôpitaux, CLIC, réseaux et définir avec les réseaux de santé un protocole d' action.
- Renforcer la communication et l' information, notamment par le biais d' internet.
- Revoir les territoires d' intervention des CLIC et répondre favorablement à la demande du canton de Ginestas de rejoindre le territoire couvert par le CLIC Corbières pour coller territorialement à la zone couverte par le pays Corbières-Minervois.

◆ *Critères d' évaluation*

- Nombre de personnes reçues
- Nombre d' appels téléphoniques
- Nombre de réunions partenariales
- Nombre de journées de formation / information

3.1 – Développer la Coordination	3.1.3 La coordination au niveau de la prise en charge individuelle

◆ **Constat : Hospitalisation et suivi médico-social**

Dans un souci de coordination des interventions autour de la personne âgée, il est indispensable de mettre en place un outil de liaison destiné au personnel, à la famille et aux libéraux. La mise en place d'un cahier de liaison, sur lequel les intervenantes des services d'aide à domicile, présentes quasi quotidiennement, peuvent transcrire leurs observations favorise cette approche pluridisciplinaire de relais entre les acteurs du médical et du social.

Le repérage des personnes isolées dès le début de leur hospitalisation et en prévision de leur sortie est également de nature à favoriser les transitions entre hospitalisation et retour à domicile, toujours traumatisantes pour la personne âgée qui vit seule.

Une fiche de liaison hôpital-domicile facilite éventuellement les allers-retours qui peuvent être nécessaires.

Les entrées et les sorties d'hospitalisation demandent une coordination entre les établissements, les services pour personnes âgées, les centres hospitaliers et les libéraux afin que la prise en charge de la personne se fasse dans les meilleures conditions possibles.

Les groupes de travail ont également mis en exergue les difficultés existant dans le cadre du suivi médico-social des personnes âgées. En effet, des difficultés de relais entre les intervenants du secteur social et ceux du secteur médical sont constatées. Ces réticences des personnels du secteur social pourraient être dues au flou des frontières entre les différentes interventions, qui peuvent parfois se chevaucher, ainsi qu'à la crainte de ne pas pouvoir intervenir chez la personne.

◆ **Orientations**

- Généraliser les cahiers de liaison à domicile dans le cadre des partenariats générés par les CLIC.
- Repérer les personnes isolées en prévision de leur sortie d'hospitalisation, mettre en place une fiche de liaison afin de favoriser le suivi des personnes lors des transferts de l'hôpital à domicile ainsi que du domicile à l'hôpital.
- Poursuivre la recherche de cohérence territoriale initiée par les CLIC entre les différents acteurs sur les micro-territoires.

- Améliorer le relais entre les acteurs du social et du médico-social autour de la personne âgée : généraliser les fiches de liaison, articuler les offres avec les besoins des territoires.
- Renforcer la prise en charge individuelle et la coordination de proximité par les services d'aide à domicile et les responsables de secteur.

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre de réunions
- Nombre de situations suivies
- Nombre de cahiers de liaison mis en place

3.1 – Développer la Coordination	3.1.4 – La coordination avec le schéma régional de l'organisation des soins : SROS III

◆ *Constat : Une articulation nécessaire avec les schémas gérontologiques départementaux*

Dans le cadre de la préparation du SROS III, 2 conférences sanitaires de secteur ont été organisées début mai 2005. Du fait de la suppression de la carte sanitaire, par l'ordonnance du 4 septembre 2003, le nouveau SROS devra être suffisamment quantifié, explicite et consensuel car il devient le seul outil juridique de planification sanitaire.

Son élaboration sera faite en concertation avec les professionnels mais aussi la population représentée par ses élus et les associations d'usagers.

Dans le domaine des personnes âgées, l'objectif principal du SROS est de développer une prise en charge sanitaire globale, continue, coordonnée, graduelle et préventive en articulation avec le secteur ambulatoire, social et médico-social en vue de prévenir les risques de perte d'autonomie et privilégier le maintien de ces personnes dans leur cadre de vie.

Le rôle du groupe « personnes âgées » est donc essentiellement orienté vers une proposition de prise en charge sanitaire des personnes âgées « en filière » à l'hôpital, articulée avec l'amont et l'aval.

Il est nécessaire pour cela de veiller à la cohérence et la coordination avec l'ensemble des politiques menées dans le secteur social et médico-social et déclinées dans les schémas gérontologiques départementaux relevant de la compétence et de l'autorité du Président du Conseil Général de l'Aude.

◆ *Orientations*

Le schéma gérontologique du Département de l'Aude intègre cette nécessaire articulation entre les acteurs du sanitaire et du social à partir d'orientations telles que :

- la promotion du travail en réseau en s'appuyant sur les CLIC.
- l'adaptation et la diversification de l'offre d'accueil en établissement en fonction des évolutions démographiques et des besoins des personnes âgées.
- Le développement d'une culture professionnelle commune en favorisant la mise en place d'actions de formations à destination des professionnels du secteur sanitaire et social autour de thèmes bien identifiés (maladie d'Alzheimer, maltraitance, accompagnement de fin de vie...).
- La qualité de l'organisation de la prise en charge à domicile des personnes âgées qui est un élément fondamental de la filière gériatrique complète : hospitalisation à domicile, réseaux de santé et CLIC, articulation hôpital, soins de suite, domicile...
- L'amélioration de la prise en charge de proximité des personnes âgées : consultations gériatriques avancées, hôpitaux locaux, consultations mémoire...

◆ *Critères d'évaluation*

Nombre de réunions d'information sur l'élaboration et le suivi du SROS III

3.1 – Développer la Coordination	3.1.5 – La coordination institutionnelle

◆ **Constat**

Le champ des personnes âgées est naturellement un champ partagé entre les compétences de l'Etat et celles du Département.

Le SROS en tant que compétence sanitaire ressort naturellement du champ de l'Etat.

La loi du 13 Août 2004 confère au Département le rôle d'élaboration des schémas sociaux et en particulier le schéma personnes âgées.

La loi du 14 Février 2005 instaure les PRIAC (Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie) afin de permettre aux DRASS et DASS de prioriser l'attribution des crédits sous la responsabilité de l'Etat (CNSA) dans les champs du handicap et des personnes âgées.

◆ **Orientations**

* Organiser l'interface de terrain entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale en renforçant les moyens des CLIC.

* Articuler les volets soins infirmiers et aide à domicile afin d'assurer une couverture suffisamment dense et qualitative de l'ensemble du territoire.

* Développer des filières de soins en faveur des patients gériatriques : mettre en place des dispositifs d'évaluation, développer les soins hospitaliers de proximité (hôpital local), assurer une prise en charge globale de la personne âgée au sein des établissements de santé (collaboration psychiatrie - gériatrie), organiser l'aval de l'hospitalisation de courte durée (soins de suite et réadaptation, hospitalisation à domicile).

* Garder un niveau de rencontre avec les services de l'Etat à l'échelon départemental et notamment la DASS

* Organiser la participation des départements d.

3.2 Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social

Fiche 3-2-1 Les services d'aide à domicile

Il s'agit d'accompagner la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile, d'harmoniser la qualité des services et d'en contrôler l'efficacité.

Fiche 3-2-1-1 Renforcement des services d'aide à domicile

Fiche 3-2-1-2 Modernisation des services d'aide à domicile

Fiche 3-2-2 Contrôle et suivi de l'efficacité des aides

L'efficacité des aides apportées aux personnes âgées doit être évaluée régulièrement afin de favoriser le maintien à domicile dans des conditions optimales.

Fiche 3-2-2-1 Efficience des plans d'aide

Fiche 3-2-2-2 Contrôle de l'utilisation des aides

Fiche 3-2-3 L'adaptation de l'habitat

Une réflexion sur la politique d'habitat doit être menée afin de conforter le maintien à domicile.

Fiche 3-2-4 Maintien du lien social

Les périodes de crise mettent en évidence la précarité d'un maintien à domicile dans un secteur ou la vie locale disparaît. On constate encore l'existence d'une solidarité rurale plus forte que celle des secteurs plus urbanisés.

Il s'agit de mettre en place un maillage au plus près des personnes âgées, en particulier des plus isolées.

Fiche 3-2-4-1 Solidarité locale

Fiche 3-2-4-2 Portage de repas

Fiche 3-2-4-3 Transports

Fiche 3-2-4-4 Aidants naturels

Fiche 3-2-4-5 Protection des adultes en danger

3-2 Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-1 – Les services d'aide à domicile
3-2-1-1 – Confortement des services d'aide à domicile	

◆ Constat

Le maintien à domicile constitue depuis plus de 20 ans la priorité des politiques menées en direction des personnes âgées.

Il consiste à apporter à domicile un ensemble de services, qualifiés de « soutien à domicile » qui concernent principalement :

- L'aide à domicile : APA, aide ménagère
- Le portage des repas, les foyers restaurants
- La télésécurité
- Les services d'information, les services sociaux, les équipes médico-sociales de l'APA.

Sur le Département de l'Aude, 32 services conventionnés, publics ou associatifs, couvrent l'ensemble du territoire.

Cependant, ce constat ne s'applique pas pour les services de soins infirmiers à domicile, le portage de repas ou des actions diverses.

Seule une politique offensive de maintien à domicile peut devenir un choix alternatif à l'entrée en établissement.

◆ Orientations

- Accompagner la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile
- Harmoniser la qualité entre les différents services.

Les normes « qualité » s'imposent aujourd'hui au secteur social et les services d'aide à domicile sont amenés à se conformer à divers types de normes définies par la réglementation (décret du 26 Novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de transformation des services médico-sociaux, décret du 22 Octobre 2003 relatif aux dispositions de tarification pour les services d'aide à domicile).

- Mettre en place le contrôle des autorisations et de la tarification des services d'aide à domicile dans le cadre de la mise en œuvre des décrets précités (création d'une unité spécialisée au sein du service des établissements).

◆ Critères d'évaluation

- Statistiques détaillées relatives aux bénéficiaires de l'APA.
- Suivi de la tarification
- analyse de l'activité des services

3-2 Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-1 – Les services d'aide à domicile
3-2-1-2 –Modernisation des services d'aide à domicile	

◆ *Constat*

La présence d'un responsable de secteur, pivot du dispositif APA dans l'articulation entre le plan d'aide et les souhaits de la personne âgée doit être généralisée.

Chargé de la coordination des intervenants sur le terrain et de la mise en œuvre du plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale du Conseil Général, ces agents sont indispensables au bon fonctionnement des services d'aide à domicile.

◆ *Orientations*

- poursuivre le programme de formation continue pour les responsables de secteur
- généraliser ce type de poste à l'ensemble des services d'aide à domicile

Globalement, notamment en raison du manque de places en SSIAD, on constate un glissement de tâches de la part des intervenantes à domicile.

Le référentiel emploi des assistantes de vie ou des auxiliaires de vie sociale stipule qu'elles peuvent aider à la toilette si celle-ci est assimilée à un acte de la vie quotidienne ou en complément de l'infirmière ou de l'aide soignante selon évaluation par l'infirmière.

Les services d'aide à domicile sont donc amenés à offrir dans leurs services un panel d'intervenantes formées à des tâches diverses.

- poursuivre le programme de formation mis en place avec le FMAD (Fonds de Modernisation pour l'Aide à Domicile) et le CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale – Délégation Languedoc-Roussillon) tant dans le domaine de la formation continue que professionnelle.
- encourager les formations diplômantes, notamment par le biais de la VAE (valorisation des acquis de l'expérience).
- titulariser une partie des personnels exerçant dans les structures à statut Fonction Publique Territoriale.
- Anticiper l'information sur la notification des plans d'aide en collaboration entre les équipes du Conseil Général et les services d'aide à domicile.

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre de jours de formation
- Nombre de salariés concernés
- Diplômes obtenus
- Nombre de titularisations

3-2 – Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-2 – Contrôle et suivi de l'efficacité des aides
3-2-2-1 – Efficience des plans d'aide	

◆ *Constat*

L'évaluation des plans d'aide est réalisée par les équipes médico-sociales du Conseil Général, en liaison pour la partie mise en œuvre avec les services d'aide à domicile. L'efficience des aides apportées à la personne âgée doit être évaluée régulièrement afin de favoriser le maintien à domicile dans des conditions optimales.

Au delà des contrôles administratifs et comptables (des services à domicile comme des interventions directes), les priorités suivantes peuvent être dégagées :

- évolution des plans d'aide et adaptation aux besoins de la personne âgée.
- suivi de la qualité de la prise en charge des personnes âgées à domicile.

◆ *Orientations*

- mettre en place un contrôle d'effectivité par les équipes médico-sociales : adéquation des aides aux besoins listés dans le plan d'aide et de la qualité de la réponse des services ou des salariés en direct.
- organisation de « réunions de situations » par les CLIC rassemblant l'ensemble des intervenants afin de suivre l'effectivité de la réalisation des plans d'aide et de leur adéquation aux besoins.
- exigence de diplômes ou d'expérience qualifiante pour les salariés en direct intervenant auprès des personnes âgées classées en GIR 1 ou 2.
- réorientation des plans d'aide vers un prestataire ou limitation du plan d'aide lorsque l'aide en direct n'est pas satisfaisante.
- adaptation quantitative et qualitative du plan d'aide aux besoins de la personne âgée et à son mode de vie (seule ou en famille, autre bénéficiaire dans le couple).
- renforcement des équipes chargées du contrôle de l'APA.

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre de visites
- Nombre de plans d'aide revus
- Statistique comptable

3-2 – Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-2 – Contrôle et suivi de l'efficacité des aides
3-2-2-2 – Contrôle de l'utilisation des aides	

◆ *Constat*

Depuis son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie, dispositif phare de la politique du département en direction des personnes âgées, a été fortement sollicitée.

Elle a permis aux personnes âgées dépendantes résidant à domicile de bénéficier de prestations tout à fait importantes et très concrètes et de nature,

- ⇒ à répondre à leurs difficultés au quotidien,
- ⇒ à compléter les aides apportées par leurs familles et à soutenir celles-ci,
- ⇒ à solvabiliser l'emploi durable d'aides à domicile,
- ⇒ à favoriser le maintien à domicile de nombre de personnes âgées dépendantes, conformément à leurs souhaits, et ainsi d'éviter ou de retarder leur entrée en établissement.

L'expérience a montré également que la perte d'autonomie n'était pas nécessairement un processus irréversible et qu'il pouvait être corrigé, atténué ou ralenti par des aides efficaces et des interventions stimulantes.

La démarche très volontariste et forte mise en œuvre par le département de l'Aude doit naturellement être poursuivie et prolongée :

- ❑ en matière de formation des aides à domicile avec tous les partenaires impliqués par le dispositif,
- ❑ dans l'accompagnement des services prestataires pour la mise en œuvre des plans d'aide et de leur démarche qualité.

Il conviendra également de s'orienter vers l'élaboration de plans d'aide plus modulés et ciblés, au plus près des besoins de chaque personne âgée dépendante et prenant mieux en compte les conditions de vie de la personne âgée tant au niveau de son entourage que de son habitat.

Enfin, le suivi individuel des personnes âgées dépendantes, et en particulier de celles qui ne sont pas pris en charge par les services prestataires, devra être renforcé et constituer un enjeu et une priorité.

◆ *Orientations*

Les actions mises en œuvre en direction de ce public viseront notamment à adapter et à ajuster les plans d'aide au plus près des besoins de chaque bénéficiaire et s'appuieront à cet effet :

⇒ sur le contrôle de l'utilisation appropriée de l'APA,
⇒ sur une démarche d'évaluation notamment au plan qualitatif des prestations apportées aux personnes âgées dépendantes.

1) Le contrôle de l'utilisation appropriée de l'APA

Ce contrôle s'inscrit dans le cadre de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 instituant l'APA et en particulier dans ses articles suivants L 232-3, L 232-7, L 232-16. Il repose sur le principe que l'APA est une aide en nature qui doit être affectée à des prestations d'aide à la personne et ne peut en aucun cas être assimilée à un complément de revenus.

Ce contrôle généralisé à tous les bénéficiaires percevant l'allocation en direct pour la rémunération et la déclaration à l'URSSAF des aides à domicile employées a pour finalités :

⇒ de vérifier que les plans d'aide accordés aux bénéficiaires ont été mis en œuvre ,
⇒ de rappeler aux bénéficiaires leurs obligations,
⇒ de repérer les situations demandant une attention particulière et de procéder aux régularisations et ajustements des plans d'aide qui s'imposent dans une approche à la fois exhaustive, et adaptée à chaque situation.

Il s'exerce :

⇒ à l'occasion du réexamen d'une situation et des droits d'une personne âgée à l'APA,
⇒ lors de la survenance d'événements ayant un impact sur les droits ouverts : (décès, changement de département, entrée dans un établissement de retraite),
⇒ mais aussi régulièrement, par l'exploitation exhaustive des états trimestriels des déclarations des personnes bénéficiaires de l'APA édités et transmis au Conseil Général par l'URSSAF (URSSAF de l'Aude et Chèques Emploi service).

Tout bénéficiaire de l'APA résidant à domicile est par ailleurs tenu de transmettre chaque année au Conseil Général, pour information et exploitation éventuelle, copie de son attestation annuelle de déclaration délivrée par l'URSSAF.

2) l'évaluation notamment sur plan qualitatif des prestations apportées aux personnes âgées dépendantes

Cette démarche d'évaluation a vocation à s'appliquer à toutes les personnes âgées dépendantes employant des aides à domicile et percevant à titre l'APA en direct.

Il s'appuie sur un contrôle d'effectivité dont la responsabilité relève au premier chef de l'équipe médico-sociale qui l'assure à son initiative ou sur la base de signalements et dans les conditions adaptées à chaque situation.

Sa finalité est de vérifier, par des visites programmées ou inopinées, au domicile des personnes âgées dépendantes et bénéficiaires de l'APA :

⇒ la réalité de l'intervention d'une ou de plusieurs aides à domicile, et de l'aide apportée à la personne dépendante,
⇒ la nature des tâches assurées par ces aides,

⇒ l'adéquation entre ces tâches, le niveau de formation ou de qualification des intervenants et les besoins d'aide de l'intéressé(e) au regard de son degré de perte d'autonomie.

Ce contrôle peut donner l'occasion à l'équipe médico-sociale de formuler des préconisations et d'inciter la personne âgée dépendante, lorsque sa situation ou son niveau de dépendance le requiert, à s'orienter vers des services prestataires plus à même de répondre de façon ciblée.

Les conditions et les moyens devront être créés au niveau des équipes médico-sociales pour la mise en oeuvre de ce contrôle d'effectivité et de ce suivi personnalisé des situations.

◆ ***Critères d'évaluation***

- ⇒ Nombre de visites
- ⇒ Nombre de plans d'aide revus
- ⇒ Statistiques comptables

3-2 Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-3 – L'adaptation de l'habitat

◆ *Constat*

Les comités locaux n'ont pas toujours retenu cette thématique comme prioritaire. Les dossiers ANAH ou les OPAH sont examinés par les structures chargées du développement local.

Les responsables de coordination des CLIC reçoivent cependant des demandes d'informations ou d'éclaircissement provenant des personnes âgées ou des familles perdues dans les méandres des nombreuses administrations concernées.

◆ *Orientations*

Mettre en place une réflexion sur la politique d'habitat en direction des personnes âgées :

- Conventionnement avec des organismes pour évaluer le besoin et la faisabilité des travaux d'adaptation de l'habitat et proposer un plan de financement
- Intégration de cette problématique dans les OPAH
- Prendre en compte certains frais d'adaptation du logement, en complément des fonds dédiés à l'aménagement de l'habitat dans les plans d'aide APA.

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre de conventions
- Nombre de demandes
- Nombre de prises en charge dans le cadre de l'APA

3-2 – Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-4 – Favoriser le maintien du lien social
3-2-4-1 – Confortement des solidarités locales	

◆ *Constat*

La personne âgée pouvait être insérée dans une vie locale, avec un ensemble de points de repères.

Le départ de certains services de proximité rend la vie plus difficile et plus triste.

Les périodes de crise mettent en évidence

3-2 – Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-4 – Favoriser le maintien du lien social
3-2-4-2 – Portage de repas	

◆ *Constat*

Les personnes âgées insistent sur trois points qui valent particulièrement pour le portage des repas :

- la souplesse : les services doivent s'adapter aux situations particulières et éviter la normalisation excessive. Ils doivent intervenir de façon harmonieuse dans le temps (horaires, en journée, vacances, fin de semaine),
- la convivialité : les bénéficiaires recherchent un accompagnement, les intervenants ne doivent pas se retrancher derrière de simples tâches techniques,
- la garantie de confiance et de compétences : les personnes âgées veulent se sentir sécurisées.

Le portage des repas n'est pas qu'une réponse aux problèmes alimentaires des personnes âgées, il comprend une dimension relationnelle fondamentale, qui est quasi inexistante, quand les livraisons s'effectuent deux à trois fois par semaine, avec un souci de rentabilité pour les services.

Le livreur doit apporter simultanément nourriture et présence humaine. Son passage à heures fixes redonne des repères temporels aux personnes âgées et les incite à manger à des heures raisonnables. Le lien social concourt grandement à la réussite du maintien à domicile.

◆ *Orientations*

- Engager une dynamique de réflexion au niveau des territoires afin de privilégier la qualité du service et l'adaptation au goût des personnes âgées.
- Tendre à une couverture complète du département

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre de repas
- Nombre de réunions de partenariat
- Prise en charge des repas dans le cadre de l'APA et de l'aide sociale

3-2 – Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-4 – Maintien du lien social
3-2-4-3 - Transports	

◆ *Constat*

L'offre en transport collectif est très inégale sur le département.

Sur certaines zones la personne âgée utilise très peu les transports collectifs. Il est donc nécessaire de renforcer l'accessibilité des transports aux personnes âgées, handicapées et à mobilité réduite.

L'organisation actuelle du transport routier de personnes s'articule de lignes régulières empruntant selon des horaires fixées, les grands axes de circulation.

En milieu rural, ce mode d'organisation en lignes régulières ne permet pas de répondre de la manière la plus adaptée aux besoins de déplacement du public, qu'ils relèvent d'un intérêt administratif, économique ou social.

Il paraît nécessaire de développer dans les années à venir une organisation mixte, recourant au transport à la demande dans les zones où ce mode de transport constitue la réponse la plus adaptée aux besoins, avec l'implication directe dans les projets des établissements publics de coopération intercommunale concernés.

Au delà du transport, les besoins des personnes sont dans l'aide à l'accompagnement que les services commerciaux n'assurent pas (déplacements, démarches administratives ou médicales, lien social).

◆ *Orientations*

- Réaliser une étude relative au développement du transport à la demande dans le Département de l'Aude, dresser l'état des besoins en matière de transports collectifs par pays et par communauté de communes.
- Engager une réflexion et des expérimentations possibles sur l'accompagnement au déplacement des personnes âgées, en liaison avec celles qui seront menées dans le cadre du schéma pour les personnes handicapées.
- Organiser cette réflexion en partenariat avec les territoires, les communautés de communes, les associations dans le cadre d'une aide globale à la personne.
- Etudier les possibilités de prise en charge financière dans le cadre de l'APA.

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre d'actions réalisées
- Conventions de mutualisation de moyens signées

3-2 – Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-4 – Maintien du lien social
3-2-4-4 – Aidants naturels	

◆ *Constat*

Soixante pour-cent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent à domicile, accompagnées le plus souvent d'un membre de leur famille.

Mais cette aide se traduit fréquemment par l'épuisement psychique et physique des aidants familiaux. Les aidants sont trois fois plus dépressifs que la population du même âge (rapport gouvernemental du Professeur Jean-François GIRARD en 2000), avec pour conséquences une augmentation des maladies cardio-vasculaires et une diminution de l'immunité.

Ainsi une étude récente montre que 70 % des aidants sont dépressifs si le malade l'est. De même lorsque les aidants sont mieux aidés et mieux soutenus par un système cohérent d'aides, les troubles du comportement sont moins fréquents.

La prise en charge des malades Alzheimer devrait donc intégrer la prise en charge de la famille, car il s'agit d'un couple aidant-aidé et l'aggravation de santé de l'un peut retentir sur l'état de santé de l'autre. Actuellement les positions évoluent vers une considération plus familiale de la situation, où le malade et son ou ses aidants informels seraient inclus dans la même problématique de prise en charge.

Le principal moteur des proches pour prendre en charge la personne malade au quotidien reste le lien affectif ancien. C'est cette charge et cette souffrance qu'il faudrait soulager en agissant simultanément à plusieurs niveaux par des interventions multiples en se guidant sur la qualité de vie des malades et sur celle des aidants informels.

C'est cette notion de qualité de vie du couple aidant-aidé qui doit être prise en compte pour faire évoluer les prises en charge et non les indicateurs de capacité cognitive du malade uniquement.

Cela suppose une organisation plus importante prévoyant l'aide aux aidants informels comme une composante indispensable des programmes de prise en charge.

Pour que la famille «tolère» les symptômes de la maladie d'Alzheimer, il lui faut de l'information par le biais de séances d'information animées par un médecin et du soutien par le biais de groupes de parole.

Pour cela, les soignants doivent être eux-mêmes formés pour pouvoir répondre de façon adaptée à toute situation. Ceci est une des missions dévolue aux consultations mémoire, mais par manque de moyens, cette formation ne se fait pas toujours. A la demande des CLIC, certains médecins forment les personnels des structures d'aide à domicile.

En effet, le fait d'être écouté et conseillé diminue l'angoisse de la famille et lui permet de dédramatiser les problèmes, de comprendre et de tolérer le comportement de son proche. L'importance de la contribution familiale est souvent peu reconnue et reçoit peu de gratification.

Comme lors d'un deuil, la famille, à l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer, passe par plusieurs phases : tout d'abord une phase de dénie de la maladie, puis une phase de colère, et enfin une phase de découragement car elle voudrait faire mieux et culpabilise de ne pouvoir prendre soin de son proche comme elle le souhaiterait. Un accompagnement psychologique pour ces personnes s'impose.

◆ *Orientations*

- Développer les actions d' « aide aux aidants »
- Développer les groupes de parole pour les aidants naturels
- Favoriser les actions de prévention destinées aux personnes âgées et à leur famille.

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre de réunions
- Nombre de projets
- Nombre de personnels formés ou sensibilisés

3-2 – Mettre en œuvre un contrat de progrès en faveur de l'aide à domicile et maintenir le lien social	3-2-4 – Maintien du lien social
3-2-4-5 – Protection des adultes en danger	

◆ *Constat*

Les signalements d'une maltraitance, d'un danger ou d'un risque de danger encourus par une personne vulnérable sont de plus en plus nombreux.

Les situations signalées sont de plus en plus lourdes et difficiles à traiter, notamment en ce qui concerne les cas relevant de la psychiatrie.

Dans le cadre du plan de veille pour les personnes à risques institué par la Loi du 30 juin 2004, un plan départemental a été instauré.

Avoir un plan d'alerte et une mobilisation des professionnels ne saurait suffire. Il faut aussi travailler en amont sur la prévention de l'isolement, notamment des personnes âgées et des adultes handicapés.

◆ *Orientations*

➤ Mettre en place des actions de prévention et de repérage pour sortir de leur isolement les personnes âgées et affiner le repérage des personnes à risques grâce au travail de proximité sur les territoires et aux liaisons avec les services intervenant à domicile.

➤ Etudier la faisabilité de la constitution de plate-formes territorialisées regroupant autour des CLIC des équipes pouvant intervenir auprès des personnes âgées et des personnes handicapées dans le cadre de la mise en place progressive des antennes délocalisées de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

➤ Spécialiser la prise en charge des signalements :

Le service central interviendrait sur toutes les situations. Cela implique de préciser les limites d'intervention pour les évaluations et la coordination avec les CMS quant au suivi. L'équipe centralisée devra être renforcée pour assurer la prise en charge des signalements sur tout le Territoire Départemental.

Ce dispositif permettrait une clarification des missions. Le service PA-AH serait engagé dans le traitement du signalement et les C.M.S. n'interviendraient qu'en aval dans le cadre du soutien et de l'accompagnement de la personne.

La mise en place d'un numéro unique pour les signalements permettrait de réaliser un premier tri dans les appels (mise en place d'aide à domicile, réel danger, ...) et une bonne orientation pour les suites à donner. En outre, cette procédure simplifierait la démarche de l'utilisateur, en vue d'un signalement.

Un tel dispositif permettrait d'anticiper le travail qui pourrait être entrepris par le Comité Départemental de vigilance contre la maltraitance envers les personnes vulnérables dont la création est préconisée par la circulaire n° 2002-280 du 3 mai 2002 et la généralisation au niveau national de l'expérimentation faite sur 5 départements sur une plate-forme d'accueil téléphonique et de prise en charge des signalements concernant les personnes âgées.

◆ *Critères d'évaluation*

- recensement statistique des signalements
- recensement des suivis

3.3 Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement

Fiche 3-3-1 L'hébergement en famille d'accueil

Le développement de cette formule, encadrée juridiquement, peut apporter une réponse diversifiée.

Fiche 3-3-2 L'hébergement en établissement

La réalisation des objectifs prioritaires est à rechercher dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification, dans l'étude de l'évolution des établissements et dans l'examen des projets de création de nouvelles structures.

Fiche 3-3-2-1 Poursuivre l'instruction et la négociation des conventions tripartites

Fiche 3-3-2-2 Logements adaptés aux personnes âgées

Fiche 3-3-2-3 Accueils spécifiques : malades atteints de la maladie d'alzheimer, de troubles neuro comportementaux ou malades psychiatriques vieilliss

Fiche 3-3-2-4 Accueils spécifiques : personnes handicapées vieillissantes

Fiche 3-3-2-5 Accueil de jour – accueil temporaire

Fiche 3-3-2-6 Restructuration du parc existant

Fiche 3-3-2-7 Réalisation des créations prévues au schéma précédent

Fiche 3-3-2-8 Création de nouvelles structures

3-3 - Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	3-3-1 - L'hébergement en famille d'accueil

◆ Constat

Les assistantes sociales du Département assurent des permanences physiques et téléphoniques et sillonnent le département afin d'assumer les missions d'évaluation, de contrôle et de suivi qui leur sont confiées. La préparation des placements est une nécessité afin d'assurer une adéquation maximale entre le profil des accueillants familiaux et des personnes accueillies.

Au 31 mai 2005, 47 familles sont agréées pour un accueil de 67 personnes âgées et handicapées.

44 personnes âgées ont été concernées par le placement familial en 2004.

Pour les agréments l'évaluation est faite par les assistantes sociales du service chargé de l'accueil familial et l'avis médical d'un médecin de l'Unité médicale est demandé. A l'heure actuelle, environ la moitié des demandes aboutissent à un agrément.

Le contrôle des accueillants familiaux est effectué régulièrement ainsi que le suivi des personnes accueillies.

Dans le cadre du suivi, l'évolution de la personne et de son état de santé induisent un gros travail de soutien auprès des accueillants familiaux. Le travail avec les partenaires est aussi très important, notamment avec les organismes tutélaires. Le service sert souvent de médiateur avec les intervenants et les familles ou l'entourage des personnes accueillies.

◆ Orientations

- Améliorer la qualité de l'accueil familial
- Conforter le suivi par le service départemental chargé de l'accueil familial :
 - mise en place d'un règlement intérieur
 - élaboration d'une charte de l'accueillant
 - suivi permanent des accueillants et des accueillis
- Favoriser la professionnalisation des familles des familles d'accueil par la formation initiale et continue
- Rechercher une répartition des familles sur l'ensemble du territoire

◆ ***Critères d'évaluation***

- Evolution des prises en charge dans le cadre de l'APA et de l'Aide Sociale
- Evolution du nombre de familles d'accueil
- Evolution du nombre par zone géographique
- Evolution du nombre de personnes hébergées

3-3 - Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	3-3-2 - L'hébergement en établissement
3-3-2-1 - Poursuivre l'instruction et la négociation des conventions tripartites	

◆ Constat

On dénombre dans l'Aude, 45 E.H.P.A.D., 9 unités de soins longue durée, 8 logements foyers et 1 structure d'accueil de jour.

Au 31 décembre 2005, 40 conventions tripartites ont été signées. Elles font toutes référence au projet de vie en établissement.

Elles ont permis de créer des postes au sein des établissements.

Types de postes :

- administratif
 - agent de service hospitalier (ASH)
 - aide soignant
 - aide médico-psychologique (AMP)
 - animateur
 - diététicien – kinésithérapeute
 - infirmier diplômé d'Etat (IDE)
 - psychologue
-
- emplois aides transformés en postes permanents
-
- formations qualifiantes (AMP, AS...)

◆ *Orientations*

Poursuivre l'instruction et la négociation des conventions d'objectifs en partenariat avec les services d'Etat afin que l'ensemble des établissements accueillants des personnes dépendantes et ayant un GIR supérieur à 300 s'engagent dans une démarche qualité.

◆ *Critères d'évaluation*

- Evolution du nombre de postes
- Evolution du nombre de conventions signées
- Répartition des résidents par GIR et par Etablissement

3-3 - Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	3-3-2 - L'hébergement en établissement
3-3-2-2 – Logements adaptés aux personnes âgées	

◆ *Constat*

La transformation des foyers logements en structures pouvant accueillir des personnes âgées dépendantes est engagée par de nombreux établissements.

Certains établissements n'ont pas vocation à entrer dans le champ de la réforme de la tarification, n'ayant pas un GIR moyen pondéré supérieur à 300.

Les foyers logements répondent donc encore dans certains cas et notamment en zone urbaine, aujourd'hui, aux besoins d'accueil des personnes âgées autonomes, souvent seules et à la recherche d'un lieu d'hébergement confortable, sécurisé et offrant éventuellement des services annexes (restauration, entretien, blanchissage du linge, services de santé...).

◆ *Orientations*

➤ Favoriser le maintien dans le panel des solutions proposées aux personnes âgées de ce type d'hébergement sous forme de logements locatifs à vocation sociale.

➤ Encourager l'expérimentation de nouveaux lieux de vie associant le service au logement : résidences services, appartements adossés à des structures déjà existantes sur les zones, habitat intergénérationnel.

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre de places en foyers logement
- Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale (globalement / par prestation / par structure)
- Taux d'occupation

3-3 - Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	3-3-2 - L'hébergement en établissement
3-3-2-3 – Accueils spécifiques : malades atteints de la maladie d'Alzheimer, de troubles neuro comportementaux ou malades psychiatriques vieilliss	

◆ *Constat*

Les différents chiffreages varient selon les sources (SROS 111, guide Alzheimer, DRSM) mais la tendance pour les années à venir est à la priorité à la prise en charge de ces pathologies.

La transformation des établissements pour personnes âgées, maisons de retraite, foyer logement en EHPAD s'est faite dans un souci de conserver des petites unités de proximité tout en assurant la même prise en charge de qualité.

Dans la pratique, ce choix social s'accompagne du fait que les EHPAD rattachés aux centres hospitaliers, et notamment celui de Carcassonne, accueillent les cas les plus lourds ou les plus difficiles :

- Les malades d'alzheimer dont le comportement devient trop difficile à gérer
- Les déments vieillissants qui présentent des troubles neuro comportementaux
- L'ensemble des cas psychiatriques vieilliss
- Les handicapés vieillissants
- Les « morts lentes » concernant des personnes dont l'agonie se prolonge plusieurs semaines.

Un sondage effectué auprès de quelques établissements montre la diversité des recrutements des EHPAD :

Selon leur statut commercial ou pas, accolés à une structure hospitalière ou pas, les EHPAD ont des « recrutements » très différents et les charges de dépendance neuro-comportementale et psychiatrique varient.

Le rapport parlementaire de juillet 2005 parle de 80 à 90% de patients souffrant de pathologies psychiatriques et neurologiques.

La prévalence de ces pathologies est de 95% dans les établissements portant les cas les plus lourds :

- Atteintes du système nerveux central (pathologie alzheimer et apparentés) : 55%
- Pathologies psychiatriques : 40%.

Ces cas montrent une évolution des besoins tout au long de la vieillesse et la nécessité d'une réponse graduée.

◆ *Orientations*

- Réserver les autorisations de création d'établissements aux projets prenant en compte la problématique de la démence et envisageant la création d'unités fermées pour malades déambulants.

- Poursuivre la réalisation d'unités pour personnes âgées désorientées, sous réserve de la faisabilité technique et patrimoniale et des enveloppes Etat (financement de la médicalisation des établissements).
- Généraliser les évaluations cognitives en EHPAD et les consultations mémoire à prévoir dans le SROS III et organiser les trajectoires de soins.
- Développer l'accueil de jour, l'accueil temporaire ainsi que l'accueil de nuit.
- Formation du personnel.
- Etudier la place d'une équipe mobile gériatrique interstructures spécialisée Alzheimer
- EHPAD de référence et spécialisés : Ces établissements, adossés à un établissement de santé, pourraient être chargés de conseiller les autres établissements et d'assurer le relais lorsque les prises en charge se révèlent trop lourdes.
Le financement de ces structures devra se faire en étroite collaboration entre l'Etat, l'Assurance Maladie et le Conseil Général.

◆ *Critères d'évaluation*

- Nombre de places créées
- Evolution du nombre de personnes prises en charge en accueil de jour et en accueil temporaire

3-3 - Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	3-3-2 - L'hébergement en établissement
3-3-2-4 – Accueils spécifiques : personnes handicapées vieillissantes	

◆ *Constat*

L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance donne des indications sur la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ; elles sont aujourd'hui minoritaires (3% des résidents) dans les structures pour personnes âgées. Ce constat national se retrouve dans l'Aude.

Actuellement le Département prend en charge des personnes handicapées hébergées en EHPAD. Une unité spécialisée a ouvert en 2004 à Salles d'Aude (14 places) et une autre est en cours de travaux à Pennautier (24 places).

La mixité des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes est parfois délicate : les personnes handicapées sont plus jeunes que les autres résidents et les incapacités ne sont pas les mêmes, ni les besoins de prise en charge.

Les déficiences intellectuelles ou mentales touchent, dans ces établissements, légèrement plus les personnes handicapées vieillissantes ; en revanche, elles sont moins touchées par les déficiences motrices.

Les parcours de vie des personnes sont également différents, avant leur admission, seulement 35% des personnes handicapées vieillissantes vivaient dans un domicile personnel ou familial. Or, les personnes vivant en établissement spécialisé, sont habituées à une prise en charge basée sur la stimulation.

Les attentes des personnes handicapées et des autres résidents peuvent être différentes, mais pour autant il est impossible de généraliser les besoins de prise en charge, chaque personne a des besoins et des attentes différentes. Aussi il est nécessaire de leur laisser le choix de leur lieu de vie et de leur laisser la possibilité de vivre en structure pour personnes âgées, si elles le souhaitent.

A l'exemple de l'EHPAD de Salles d'Aude, une des réponses possibles est la création de section spécialisée au sein d'établissements pour personnes âgées.

◆ *Orientations*

➤ Proposer aux personnes handicapées vieillissantes des réponses diversifiées, personnalisées, de proximité en référence au Schéma Départemental des Personnes Handicapées.

➤ Prendre en compte le besoin d'accueil des personnes handicapées dans des unités des structures pour personnes âgées en continuité du schéma 2000.

3-3 - L'hébergement	3-3-2 - L'hébergement en établissement
3-3-2-5 – Accueil de jour – accueil temporaire	

◆ **Constat**

Les établissements audois disposent de 11 places autorisées en accueil temporaire et 56 places autorisées en accueil de jour.

Du fait de la discontinuité de l'activité, il est difficile de prévoir le taux d'occupation des lits, ce qui peut poser un problème de gestion, voire de rentabilité et augmenter les risques pour le gestionnaire.

◆ **Orientations**

- Favoriser le développement de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire en prenant en charge financièrement l'accueil de jour dans le cadre de l'APA.
- Autoriser la création de places d'accueil de jour tant dans le cadre de la création que de la restructuration de l'existant.

◆ **Critères d'évaluation**

- Nombre de places créées
- Evolution du nombre de personnes accueillies
- Nombre de journées financées dans le cadre de l'APA

3-3 - Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	3-3-2 - L'hébergement en établissement
3-3-2-6 – Restructuration du parc existant	

◆ *Restructuration du parc existant*

Certaines structures se sont engagées dans une démarche qualité et doivent pour cela envisager des restructurations importantes.

Plusieurs projets concernent des structures publiques, notamment des foyers logements transformés en EHPAD, d'autres des structures privées.

Les projets de restructuration d'établissement sont nombreux et variés. Ils concernent le secteur public et le secteur privé.

Sous réserve d'obtenir l'accord du CROSS après instruction conjointe Etat – Conseil Général. Certains projets de restructuration, conformes à nos objectifs prioritaires, peuvent recueillir un avis favorable de principe, pour une capacité supplémentaire de 276 places.

Lieu	Restructuration	Capacité autorisée	A prévoir schéma 2006
Littoral			
La Franqui	Unité Alzheimer	40	16 places reprises du schéma 2000
Leucate	Transformation en EHPAD avec la création d'une unité Alzheimer	48	idem
Narbonne	Transfert Pech d'Alcy	174	idem
Port la Nouvelle	Accueil de jour Centre F-Vals	60	5 places accueil de jour
Narbonne	Extension de la Maison de retraite Les Mimosas	60	24 lits - prévu schéma 2000 + 4 accueil de jour
Coursan	Laétitia	62	3 accueil de jour
Narbonne	Auxilia	12	3 accueil de jour
Saint Marcel	Lo Portanel	40	6 accueil de jour – 15 places reprises au schéma 2000
Sallèles	Transformation du foyer logement en EHPAD	51	15 places reprises au schéma 2000
Total		574	70 places + 21 accueil de jour

Corbières			
Durban – Tuchan	Restructuration établissement sur 2 sites avec accueil alzheimer	64 + 22	reprise sur capacité existante
Lézignan	Unité Alzheimer à la Maison de retraite	147	10 accueil de jour sur capacité existante
Total		233	10 accueil de jour sur capacité existante

Moyenne et Haute Vallée			
Couiza	Extension de l'EHPAD Les Estamounets avec création d'une unité alzheimer de 20 lits	50	28
Couiza	Projet reconstruction extension - Nostre Castel – A.S.M.	32	
Quillan	USLD – projet SROS III		15
Quillan	La Coustète	50 + 3 AJ	2 accueil de Jour
Limoux	Le Soleil Levant	55	10 lits pour secteur alzheimer
Saint-Hilaire	Réhabilitation de l'EHPAD	52	28 dont 15 alzheimer + 1 accueil de jour
Limoux	Restructuration Hôpital – Maison de Retraite	163 + 15 AJ	
Total		367	81 places + 3 accueil de jour

Carcassonnais			
Carcassonne	Les Ducs de Montmorency	68	13 places dont 11 Alzheimer
Carcassonne	Centre de Séjour du Pont Vieux – Iéna Projet de transfert - Restructuration	336 + 15 accueil de jour	
Carcassonne	Béthanie Accueil	55	6 lits dont 2 accueils temporaires)
Caunes-Minervois	Extension de l'unité Alzheimer (15)	51	19 (dont 9 alzheimer)
Saissac	Transformation 2 accueil de jour en 2 lits hébergement permanent	73	2
Carcassonne	Les Berges du Canal	106	3 accueil de jour sur capacité autorisée
Trèbes	Madeleine des Garets	48	2 lits temporaires, 4 accueil de jour
Rieux-Minervois	Saint-Vincent-de-Paul	45	3 accueil de jour
Total		797	38 places + 7 accueil de jour +4 Accueil Temporaire +3 Accueil de jour sur capacité autorisée

Lauragais			
Castelnaudary	EHPAD Le Lauragais	63	4 lits + 1 accueil de jour
Castelnaudary	Foyer logement Pierre Estève	117	18 lits régularisation
Fanjeaux	Reconstruction avec extension	45	+ 28 lits + 1 accueil de jour
Total		225	50 places + 2 accueil de jour

276 places dont 33 accueils de jour et 4 accueils temporaires à autoriser en places nouvelles, 13 places étant par ailleurs créées sur la capacité autorisée mais non installée.

◆ **Critères d'évaluation**

- Nombre de places créées
- Nombre de places en unité alzheimer créées
- Nombre de projets et délai de réalisation
- Statistiques bénéficiaires aide sociale / résidents

3-3 - Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	3-3-2 - L'hébergement en établissement
3-3-2-7 –Réalisation des créations prévues au schéma précédent	

◆ **Constat**

Des opérations de création d'établissement avaient été prévues au schéma 2000 mais ne sont pas autorisées à ce jour, bien que le passage en CROSS soit imminent pour certaines.

◆ **Propositions**

Les projets à reprendre sont les suivants :

Zone	Lieu d'implantation	Capacité
Littoral	Fleury d'Aude	80
Lauragais	Salles sur l'Hers	60
Carcassonnais	Pennautier – EHPAD avec unité 24 personnes handicapées	72

◆ **Critères d'évaluation**

- Nombre de places créées
- Evolution des capacités autorisées.

3-3 - Diversifier et améliorer les conditions d'hébergement	3-3-2 - L'hébergement en établissement
3-3-2-8 – Créer de nouvelles structures	

Le schéma des établissements et services 2000 prévoyait, par zone gérontologique, une évolution des établissements d'hébergement, pour porter la capacité totale à 4 755 lits.

Le schéma 2005 devra prendre en compte l'évolution des besoins pour adapter l'offre aux problématiques observées.

Avec 4 229 lits autorisés pour 37 902 personnes de plus de 75 ans (estimation), le ratio d'équipement audois est de 111 ‰ contre 130 ‰ au niveau national.

Cependant, les tendances INSEE indiquent un nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en augmentation dans l'Aude de :

Indicateurs démographiques (source : DREES éléments préparatoires SROS III)

Secteur	Année	Personnes âgées de plus de 75 ans
Ouest	2010	23 752 (+ 16 %)
Ouest	2005	22 119
Ouest	2000	20 342
Est	2010	17 719 (+ 24 %)
Est	2005	15 783
Est	2000	14 238

Ainsi les personnes âgées de plus de 75 ans devraient représenter en 2010 plus de 10% de la population (41 471). Le besoin théorique serait de 5 350 lits pour l'Aude (hypothèse haute).

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge avec l'augmentation du nombre de démences.

La prise en charge des démences en établissements devra être étudiée dans le schéma.

Le rééquilibrage territorial reste également une priorité, comme il l'était dans le précédent schéma, avec un sous-équipement de l'Est du département (Narbonnais-Corbières) par rapport à l'Ouest (Carcassonnais – Haute Vallée de l'Aude – Lauragais).

De nombreuses demandes ont été déposées au titre du schéma 2006-2010 (40).

Elles concernent :

- la création d'établissements par un secteur privé très actif et un secteur associatif intéressé en liaison avec les Collectivités Territoriales concernées

- le positionnement de communes ou d'intercommunalités dont les projets sont plus ou moins développés
- la restructuration d'établissements existants (publics ou privés) avec augmentation de capacité.

Aujourd'hui, l'entrée en établissement est de plus en plus tardive, sauf pathologie Alzheimer ou démence. Certains établissements présentent des places vides.

Afin de ne pas risquer une concurrence stérile entre établissements, il convient d'adapter les projets de créations aux besoins territoriaux et aux pathologies.

Le rééquilibrage des zones est ainsi à poursuivre avec une vision territoriale large qui évite la concentration sur certains territoires au détriment d'autres.

D'autre part, la prise en charge des pathologies lourdes (Alzheimer – démences) sera l'enjeu des années à venir.

Sous réserve d'obtenir un accord du CROSS après instruction conjointe Etat – Conseil Général ainsi qu'un accord sur les postes relatifs au secteur soins, certains projets peuvent recevoir un avis favorable de principe pour une capacité globale de 632 lits.

◆ Propositions :

✓ *sur l'Ouest du Département :*

Zone	Opération		Capacité
HAUTE VALLEE	Canton d'Aigagne	Communauté de Commune du Razès Malepère	72
CARCASSONNAIS	Canton d'Alzonne	Communauté de Commune du Cabardès au Canal du Midi	72
			144

Le nombre de lits prévus au schéma 2000 sur cette zone resterait d'actualité en 2010 (3 150).

- reprendre les autorisations du schéma 2000 non réalisées tant en réhabilitation qu'en création
- compenser les fermetures
- en poursuivant les réhabilitations d'établissements publics
- en limitant les autorisations nouvelles aux établissements prenant en compte la prise en charge des démences

✓ sur l'Est du Département :

Le nombre de lits à créer est potentiellement important : 1 605 prévus au schéma 2000. Besoin 2010 : 2 300 lits.

- reprendre les autorisations du schéma 2000 tant en restructuration qu'en création
- limiter les autorisations nouvelles aux projets :
 - prenant en compte la problématique Alzheimer
 - présentant des tarifs compatibles avec les ressources des aulois.
- être vigilant sur la répartition territoriale des structures

Zone	Opération		Capacité
LITTORAL	SIGEAN	EHPAD	80
	NARBONNE	EHPAD	80
	NARBONNE	EHPAD	80
	BIZANET	EHPAD - ADEF	84
24 Alzheimer			
		4 Accueil Temporaire	
CORBIERES	OUVEILLAN	EHPAD - ADEF	84
		28 Alzheimer+ 4 Accueil Temporaire	
		14 Handicapés Vieillissants	
		10 Accueil de Jour	
	TALAIRAN	EHPAD	80
		40 Alzheimer	
			488 Lits

◆ **Critères d'évaluation**

- Nombre de places créées
- Nombre de places en unité Alzheimer créées
- Nombre de projets et délai de réalisation
- Statistiques bénéficiaires aide sociale / résidents

GLOSSAIRE

AGGIR	Autonomie Gérontologique – Groupes ISO-Ressources
AMP	Aide Médico – Psychologique
ANAH	Agence Nationale pour l’Amélioration de l’Habitat
APA	Allocation Personnalisée d’Autonomie
AS	Aide soignant
ASH	Agent de Service Hospitalier
ASA	Aide Sociale aux Adultes
CASF	Code de l’Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d’Action Sociale
CIAS	Centre Intercommunal d’Action Sociale
CCH	Code de la Construction et de l’Habitation
C de C	Communauté de Commune
CLIC	Centre Local d’Information et de Coordination
CMS	Centre Médico sociaux du Conseil Général
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées
CROS	Comité Régional de l’Organisation Sanitaire
CROSMS	Comité Régional de l’Organisation Sanitaire et Médico Sociale
DGAS	Direction Générale de l’Action Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMS	Equipe Médico-Sociale
Etbs	Etablissement
FMAD	Fonds de Modernisation de l’Aide à Domicile
GIR	Groupe ISO-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation à Domicile
HID	Handicap-Incapacité-Dépendance
IDE	Infirmière Diplômée d’Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MdR	Maison de Retraite

OPAH	Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PA	Personnes Agées
PLH	Programme Local d'Habitation
PH	Personnes Handicapées
PRIAC	Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
SAD	Service d'Aide à Domicile
SIVOM	Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SROS III	Schéma Régional de l'Organisation des Soins
USLD	Unité de Soins Longue Durée