



RHÔNE  
LE DÉPARTEMENT



**vivre ensemble**  
PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES  
**schéma départemental 2009-2013**

› AIDANT › DOMICILE › INNOVATION › AUTONOMIE › ÉTABLISSEMENT  
› RESSOURCES › SOLIDARITÉ › ACCESSIBILITÉ › PROXIMITÉ › INFORMA-

› **ÉTAT DES LIEUX** ›

› MAISONS DU RHONE › SERVICES › AIDES › ACCOMPAGNEMENT  
› AUTONOMIE › PROXIMITÉ › ÉTABLISSEMENT › INNOVATION › AI-

[www.rhone.fr](http://www.rhone.fr)

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>I - UN NOUVEAU PROJET INSCRIT DANS UN CADRE REGLEMENTAIRE.....</b>	<b>4</b>
1 LE CADRE REGLEMENTAIRE .....	4
2 UN PROJET POUR L'AVENIR .....	5
3 UNE 3 <sup>EME</sup> GENERATION DE SCHEMA PA-PH.....	5
<b>II - UNE POLITIQUE S'OUVRANT SUR DE NOUVELLES SOLIDARITES.....</b>	<b>7</b>
1 DES REFORMES ET UN ENVIRONNEMENT EN MUTATION.....	7
2 DES OPPORTUNITES A SAISIR, UN DEFI A RELEVER .....	7
<b>III - UNE DEMARCHE INTERACTIVE EN PRISE AVEC LES ASPIRATIONS DES RHODANIENS.....</b>	<b>8</b>
1 UNE NOUVELLE GOUVERNANCE .....	8
2 UN SCHEMA FONDÉ SUR DES PRINCIPES ET DES VALEURS.....	8
3 LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU SCHEMA .....	9
<b>ETAT DES LIEUX.....</b>	<b>10</b>
<b>I - CONTEXTE SOCIAL DU RHONE ET IMPACT SUR LES PERSONNES EN DIFFICULTE D'AUTONOMIE .</b>	<b>11</b>
1 APPROCHE DEMOGRAPHIQUE.....	11
1.1 Démographie et projections.....	11
1.2 Les personnes âgées .....	15
1.3 Les personnes handicapées .....	20
2 MODE DE VIE .....	27
2.1 Situation familiale .....	27
2.2 Emploi.....	30
2.3 Niveau de vie et revenus.....	34
2.4 Logement .....	37
2.5 Transports .....	38

2.6 Urbanisation et services de proximité .....	40
<b>3 INEGALITES ET DISPARITES .....</b>	<b>41</b>
3.1 Inégalités sociales et inégalités sociales de santé .....	41
3.2 Inégalités territoriales.....	44
<b>4 SANTE .....</b>	<b>46</b>
4.1 Espérance de vie.....	46
4.2 Morbidité et mortalité .....	48
4.3 Accès aux soins .....	54
<b>II - DES BESOINS ET DES OFFRES SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES VERS PLUS D'AUTONOMIE .....</b>	<b>56</b>
<b>1 PERSONNES AGEES.....</b>	<b>58</b>
1.1 Bien vieillir : une chance, un défi.....	58
1.2 L'information : une question centrale .....	68
1.3 Des prestations et services dès la survenue d'une difficulté d'autonomie .....	72
1.4 Vers une prise en charge de qualité en établissement.....	79
1.5 Un accompagnement renforcé pour les personnes atteintes de MASA.....	91
<b>2 PERSONNES HANDICAPEES .....</b>	<b>100</b>
2.1 L'accueil, l'information et l'accès aux droits .....	103
2.2 L'accès à une vie sociale et culturelle .....	108
2.3 L'accès à un environnement adapté .....	112
2.4 L'accès aux soins : droit commun et spécificités.....	113
2.5 L'emploi.....	119
2.6 Des structures et des services pour plus d'autonomie .....	132
2.7 Les prestations .....	140
2.8 L'avancée en âge .....	146
<b>3 PERSONNES AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES : DES AXES DE CONVERGENCE .....</b>	<b>150</b>
3.1 Une plus grande prise en compte des aidants .....	151
3.2 Un besoin d'information et d'adaptation des logements.....	158
3.3 L'accessibilité au transport.....	166

3.4 Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC): un potentiel considérable de réponses nouvelles .....	172
3.5 Une vie à domicile possible grâce à une offre de services .....	179
3.6 Un nouveau dispositif au service des personnes vulnérables .....	191
<b>PILOTAGE ET ANIMATION DE LA MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>194</b>
I - LES INSTANCES DE SUIVI.....	194
II - UNE DEMARCHE D'EVALUATION .....	194
<b>ANNEXES .....</b>	<b>195</b>
I - LES INSTANCES D'ANIMATION DU SCHEMA .....	195
1 COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE .....	195
2 COMPOSITION DU COMITE DE SUIVI .....	196
3 ANIMATEURS DES GROUPES DE TRAVAIL.....	198
II - LISTE DES SIGLES.....	199
III - LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	202
1 TABLEAUX .....	202
2 FIGURES.....	203
IV - CARTES COMPLEMENTAIRES.....	205

# 1

## **INTRODUCTION**

- I. UN NOUVEAU PROJET INSCRIT DANS UN CADRE RÉGLEMENTAIRE**
- II. UNE POLITIQUE S'OUVRANT SUR DE NOUVELLES SOLIDARITÉS**
- III. UNE DÉMARCHE INTERACTIVE EN PRISE AVEC LES INSPIRATIONS DES RHODANIENS**

# INTRODUCTION

## I - UN NOUVEAU PROJET INSCRIT DANS UN CADRE REGLEMENTAIRE

---

### 1 LE CADRE REGLEMENTAIRE

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale s'inscrit dans un cadre légal :

**La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** (alinéas 4 et 5 de l'article L312 de la section 3 du Code de l'action sociale et des familles), qui indique la finalité, le contenu et la durée d'application des schémas :

Etablis pour une durée maximale de 5 ans en cohérence avec les schémas régionaux de l'organisation sanitaire et avec les dispositifs de coordination, (CODERPA pour le secteur Personnes âgées), les schémas d'organisation sociale et médico-sociale :

- Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services,
- Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services, à l'exception des structures expérimentales,
- Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Un document annexé peut préciser la programmation pluriannuelle des établissements et services médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis au point 3.

L'article 19 indique également que : « Les schémas sont arrêtés après avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale et d'une commission départementale consultative comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales, des professions sanitaires et sociales, des institutions sociales et médico-sociales et des personnes accueillies par ces institutions ou susceptibles de l'être ».

**La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales** (article 50), qui au regard du rôle de chef de file de la politique gérontologique départementale confiée aux Départements, insère dans le Code de l'Action sociale et des familles (articles L 113-2 et L 312-5) les dispositions suivantes. Le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Dans le cadre du schéma départemental d'action sociale et médico-sociale, il coordonne les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public.

Le schéma départemental est adopté par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

Il n'est plus stipulé que le schéma est établi en cohérence avec les dispositifs de coordination. Le schéma est désormais adopté par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département (et non plus conjointement comme auparavant).



Le schéma doit être mis en cohérence avec les autres schémas existants au plan national (Plan solidarité Grand Âge, Plan Alzheimer) et au plan régional (Schéma régional de l'organisation sanitaire et sociale) ou local.

Processus d'aide à la décision, offrant un cadre pour la réflexion et un guide pour l'action, le schéma est un outil au service des politiques départementales : il exprime une intention, des objectifs prioritaires et propose une stratégie adaptée par la programmation d'activités et de moyens nécessaires à la réalisation des objectifs, dans un esprit de répartition équitable des moyens disponibles.

**La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées notamment en matière de

- Droit à compensation du handicap en fonction du projet de vie formulé.
- Scolarité. Elle reconnaît à tout enfant porteur de handicap le droit d'être inscrit en milieu ordinaire.
- Emploi. La loi affirme l'obligation d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés et crée des incitations financières et les étend aux employeurs publics.
- Accessibilité. Elle définit les moyens de la participation à la vie de la cité et crée l'obligation de mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai maximum de 10 ans.
- Maisons Départementales des Personnes Handicapées. La loi crée les MDPH qui exercent dans chaque département une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil et d'attribution des droits.

## 2 UN PROJET POUR L'AVENIR

Le schéma est un projet qui permet d'identifier avec les partenaires les priorités pour les 5 années à venir mais aussi à plus long terme.

Il permet de donner du sens à l'action médico-sociale dans son ensemble :

- En établissant des outils de diagnostic partagé à partir d'analyses fines mesurant les besoins à l'horizon 2010 et 2015,
- En organisant la concertation avec les acteurs, tant au plan diagnostic que pour les axes d'amélioration, dans une perspective de cohérence d'ensemble, vers une meilleure réponse à des besoins.

Le schéma Personnes âgées-personnes handicapées n'est pas une compilation de schémas sectoriels mais bien une articulation et une mise en œuvre des différentes politiques conduites sur le Département.

L'esprit général du schéma se décline sous forme d'approche à la fois pragmatique et réaliste prenant en compte les changements des attentes de la population et attentes en évolution.

Le schéma est enfin un document de communication et de sensibilisation sur la politique personnes âgées et personnes handicapées au sens large, thématique sensible pour l'ensemble de la population et des familles.

## 3 UNE 3<sup>EME</sup> GENERATION DE SCHEMA PA-PH

**Un tout premier schéma gérontologique 1997-2003** avait été élaboré au moment de l'élaboration de la prestation spécifique dépendance. Celui-ci proposait notamment la prise en compte des potentialités des personnes âgées, la coordination des acteurs dans des soucis de complémentarité, la mise en valeur optimale des moyens existants et l'adoption d'une démarche pragmatique, proche des réalités concrètes de la vie quotidienne respectant la dimension humaine.

**Le Département du Rhône a conduit en 2004-2008**, deux schémas d'organisation sociale et médico-sociale, l'un en direction des personnes âgées, l'autre en direction des adultes handicapés. Le schéma gérontologique s'est décliné autour de trois axes majeurs :

- l'organisation avec la personne âgée d'une prise en charge coordonnée,
- le développement d'une prise en charge de qualité,
- l'animation de la politique gérontologique départementale.

Le schéma personnes adultes handicapées s'est lui attaché à favoriser l'insertion sociale et l'intégration dans la cité des personnes adultes handicapées, à faire face aux besoins d'accueil en établissement et en services au cours des 5 prochaines années, à mieux répondre au droit d'accès au soin des personnes handicapées et à promouvoir une démarche qualité dans les prestations offertes.

**Le schéma actuel est donc un schéma de 3<sup>ème</sup> génération :**

Il présente la particularité de développer une **approche commune aux deux populations** : personnes âgées et personnes handicapées dans un esprit de convergence. Il s'agit en effet de sortir des barrières d'âge afin d'aborder d'une manière similaire un certain nombre de problématiques qui sont communes aux deux populations. Cette approche convergente n'implique pas la confusion, bien au contraire elle permet d'identifier les aspects spécifiques à chaque population et de développer des réponses qui leur sont propres en cas de besoin.

La volonté forte des personnes âgées comme des personnes handicapées de rester le plus longtemps à domicile a incité les différents acteurs à tenter d'analyser les besoins actuels et à venir, non pas en fonction de l'offre existante mais plutôt en partant de la personne et de son environnement plutôt que de l'offre existante et des dispositifs. C'est ainsi que le schéma met la personne au centre de l'action, ce qui se traduit par la prise en compte de son environnement dans son ensemble passant par un logement adapté, l'accès aux transports pour favoriser le lien social et l'intégration dans la cité tout comme l'utilisation des nouvelles technologies de l'information, mais aussi le soutien des aidants notamment familiaux ou de voisinage.

La notion de dépendance ou de perte d'autonomie est envisagée sous un angle positif dans lequel on ne parle plus de pertes mais plutôt d'autonomie préservée grâce à la valorisation des ressources individuelles.

Le maintien du lien social est un des facteurs essentiels au maintien des capacités d'autonomie des personnes. Il contribue largement à développer une bonne image de soi et à développer une capacité d'ouverture à l'autre, permettant de réels échanges avec des pairs ou d'autres générations. Cette démarche contribue ainsi à développer une solidarité inter-générationnelle et à maintenir une certaine cohésion sociale. Les orientations du schéma ont repris clairement ces aspirations exprimées par l'ensemble des acteurs des groupes de travail. En conséquence, l'isolement social a fait l'objet d'une réflexion particulière.

Enfin, le schéma entre dans un concept de développement durable, qui entend valoriser la personne et ses ressources personnelles dans une démarche de promotion de la santé, mais aussi en s'appuyant sur la complémentarité des solidarités intra familiale et institutionnelle, tout en mobilisant les liens sociaux facteur de développement humain.

Au côté des personnes, des professionnels au quotidien se mobilisent pour s'adapter au mieux aux nouveaux besoins. Les orientations du schéma laissent une place importante à la notion de valorisation des métiers et à l'importance de la formation initiale ou continue.

Le développement des services contribue par ailleurs par leurs possibilités d'emploi au développement du territoire au plan économique et social.



Concernant les structures médico-sociales, celles-ci sont également mobilisées pour répondre aux nouvelles aspirations des personnes lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. L'évolution vers des établissements rénovés dont l'architecture tient compte de la haute qualité environnementale est une préoccupation de la collectivité dans son ensemble avant la construction de nouveaux établissements.

## **II - UNE POLITIQUE S'OUVRANT SUR DE NOUVELLES SOLIDARITES**

---

### **1 DES REFORMES ET UN ENVIRONNEMENT EN MUTATION**

Au plan national, une réflexion est engagée sur la création d'un 5<sup>ème</sup> risque. Il s'agit de construire un nouveau champ de protection sociale dédié au risque dépendance pour faire face à l'augmentation des dépenses liées à la perte d'autonomie.

Au plan régional, les Agences Régionales de Santé (ARS) prévues pour 2010, auront pour rôle de rassembler dans chaque région l'ensemble des acteurs du système de santé pour un pilotage plus "cohérent". Leur champ de compétence dépassera largement celui des actuelles Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), et s'étendra au secteur médico-social (personnes âgées et handicapées). Ces agences auront également des prérogatives en matière de santé publique et pourront adapter les politiques de santé et de prévention au contexte régional.

Enfin, la multitude des acteurs et des dispositifs participent à cet environnement complexe.

### **2 DES OPPORTUNITES A SAISIR, UN DEFI A RELEVER**

Les attentes des personnes âgées et handicapées nécessitent des réponses de plus en plus individualisées, souples et évolutives et dans le même temps, leur nombre va grandissant avec des moyens contraints. Les transferts de compétences de l'Etat sont de moins en moins compensés financièrement. Il s'agit donc de trouver des réponses prenant en compte ces diverses tensions.

L'ouverture vers de nouveaux champs tels que l'accessibilité au logement, au transport ou encore aux technologies et de l'information et de la communication favorisent l'intégration dans la cité des personnes relèvent d'une action tout à fait nouvelle.

Des évolutions sociétales comme :

- un isolement de plus de plus fort des plus de 75 ans dont certains sont vulnérables,
- l'exercice d'un choix éclairé,
- un reste à charge important en lien avec une baisse des ressources à l'horizon 2015,
- une diminution du nombre d'aidants familiaux potentiels et un recours accru aux services,
- la volonté des personnes handicapées d'être reconnues comme citoyens à part entière...

conduisent le Département à mener une réflexion sur de nouvelles formes de solidarité.

# III - UNE DEMARCHE INTERACTIVE EN PRISE AVEC LES ASPIRATIONS DES RHODANIENS

---

## 1 UNE NOUVELLE GOUVERNANCE

Si le schéma est l'expression de la stratégie de la collectivité qui en est réglementairement le promoteur, il est aussi le fruit d'une concertation avec l'ensemble des acteurs des champs handicap et gérontologie : institutions, professionnels, associations, structures qui ont accompagné la démarche de schéma ainsi que des acteurs spécialisés dans le transport, le logement social et les technologies d'assistance. La réussite de cette concertation a permis d'établir un large consensus sur les orientations prioritaires et l'implication de tous dans la mise en œuvre des objectifs.

**La participation des usagers** a pris la forme d'une participation directe aux groupes de travail thématiques ainsi qu'une enquête de besoins auprès des aidants : « Attentes des aidants de personnes handicapées vivant à domicile ». Le CODERPA et le CDCPH ont été étroitement associés à la démarche par leur participation aux instances de pilotage et de suivi du schéma en tant que représentant des usagers.

**Les représentants de la DDASS**, de par la co-animation des groupes de travail, la participation aux instances de suivi et de pilotage et la définition d'orientations prioritaires que le Département doit prendre en compte d'un point de vue légal, se sont fortement impliqués tout au long des travaux.

Enfin, un espace collaboratif Internet dédié au schéma PA-PH 2009-2013 a été ouvert dès la phase de démarrage. Ce site a offert la possibilité d'échanges en ligne mais surtout de suivre des travaux en temps réel. Il a rencontré un vif succès avec plus de 8000 visites et quelque vingt contributions. Il traduit la volonté de transparence de l'action départementale et de construction collaborative de la politique pour les années à venir.

## 2 UN SCHEMA FONDÉ SUR DES PRINCIPES ET DES VALEURS

Le Schéma développe le concept de personne « citoyen acteur de sa vie », en capacité de formuler un choix éclairé à partir d'une information la plus complète possible sur l'ensemble des ressources existantes. Il prend en compte, bien au-delà des besoins médico-sociaux des personnes, les besoins en termes d'attentes et d'aspirations des personnes, actrices de leur devenir dans des champs diversifiés de la vie, touchant :

- d'abord à l'environnement : logement, transports, vie sociale, ressources personnelles (réseau social, santé, présence d'aidants),
- et dans un second temps, la possible perte d'autonomie, période de fragilité, où la personne peut encore exprimer des demandes et des souhaits à prendre en compte jusqu'au bout de la vie.

Il entend valoriser :

- L'autonomie de la personne quels que soit son âge, son lieu de vie et son handicap, au travers d'une approche capacitaire. La personne conserve à tout moment une capacité à penser des choix, dont certains peuvent induire une prise de risque,

- Les ressources individuelles conservées en mettant en avant l'autonomie comme capital à préserver et à mobiliser.

Il accorde une large place au développement de la solidarité inter-génération, au sein de la famille élargie et au-delà, à travers le lien social au sens large. Ce positionnement des personnes âgées ou handicapées comme personnes restant « actives » et actrices de solidarité contribue à l'équilibre des échanges entre les âges et permet un nouveau regard sur le vieillissement et le handicap.

Parmi les principes devant guider l'action, figurent la proximité territoriale, l'individualisation de la réponse, l'équité de traitement, la souplesse et la cohérence du suivi des réponses par la reconnaissance du caractère évolutif du parcours de vie, la formalisation des pratiques professionnelles pour un service rendu de qualité, l'articulation entre les secteurs médico-social et sanitaire, l'évaluation des actions engagées.

### 3 LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU SCHEMA

L'élaboration du schéma s'est déroulée en plusieurs temps :

- **Une première étape** de concertation sur la méthode de travail : DDASS, CODERPA, acteurs du champ « Handicap »,
- **La seconde étape** de mise en place des instances d'animation du Schéma et des groupes de travail, en parallèle un site internet collaboratif a permis de rendre compte en temps réel des travaux des différents groupes de travail et des instances d'animation. Des études publiées récemment sur les thématiques traitées dans les groupes de travail ont permis d'enrichir la réflexion. Par ailleurs, les acteurs et usagers ont été invités à s'exprimer directement sur l'organisation générale du schéma et les problématiques diverses.
- **La troisième étape** a permis d'approuver les bilans des précédents Schémas 2004-2008,
- **Dans une quatrième étape**, 15 groupes de travail ont élaboré des programmes d'actions,
- **La cinquième étape** a consisté à définir et valider des axes prioritaires. Ce travail s'est effectué dans le cadre des instances de pilotage et de suivi mais aussi au travers de groupes de concertation élargie rassemblant les SAAD, les établissements et structures d'accueil et d'hébergement et les membres du CODERPA,
- Enfin, le nouveau Schéma 2009-2013 sera soumis à l'avis du CROSMS puis à l'approbation de l'Assemblée Départementale.

La méthodologie choisie qui reste relativement classique dans son déroulé a néanmoins innové de part une démarche de concertation élargie et l'utilisation de nouvelles de communication. Les usagers aux côtés des professionnels ont trouvé leur place au sein des débats et des instances de pilotage et de suivi.

Plus de 50 réunions ont rassemblé près de 500 personnes particulièrement assidues et engagées dans la réflexion durant 3 mois.

Par ailleurs, le site internet collaboratif dédié au schéma (<http://schemas.erasme.org>) et les trois lettres d'information ont associé étroitement les participants à l'évolution des travaux. Près de 9 000 visites et 20 contributions attestent de l'engagement et de l'intérêt des acteurs pour la démarche. L'ensemble des propositions de chaque groupe de concertation a été présenté aux instances de pilotage et de suivi qui ont pris en compte les différentes observations. Celles-ci ont contribué aux fondements de la nouvelle politique des aînés et des personnes handicapées.

# 2

## ÉTAT DES LIEUX

### **I. CONTEXTE SOCIAL DU RHÔNE ET IMPACT SUR LES PERSONNES EN DIFFICULTÉ D'AUTONOMIE**

1. Approche démographique
2. Mode de vie
3. Inégalités et disparités
4. Santé

### **II. DES BESOINS ET DES OFFRES SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES VERS PLUS D'AUTONOMIE**

1. Personnes âgées
2. Personnes handicapées
3. Personnes âgées et personnes handicapées : des axes de convergence

# ETAT DES LIEUX

- **Un état des lieux précis et actualisé**

Le schéma personnes âgées-personnes handicapées porte sur l'organisation sociale et médico-sociale et doit s'appuyer sur un état des lieux précis et actualisé de :

- la démographie,
- des aspects socio économiques,
- de la santé des personnes,
- des demandes, attentes et besoins des personnes et des professionnels
- de l'offre dans tous les domaines ayant une influence sur la vie sociale et l'approche médico-sociale des personnes âgées et handicapées.

- **Un état des lieux centré sur la personne et son environnement**

Par ailleurs la présentation de l'état des lieux qui va suivre est empreinte d'une démarche similaire de celle mise en oeuvre dans le cadre de l'élaboration du schéma. En effet, l'état des lieux est centré sur la personne, ses aspirations et besoins et son environnement au sens large (revenus, aidants, habitat, vie sociale). Cette approche fondée sur le concept de personne en développement quel que soit son âge et son handicap est tout à fait novatrice en matière d'élaboration de schéma.

- **Un état des lieux tourné vers l'avenir**

Au delà du recensement de l'existant en 2009 et de sa « photographie » à l'instant « T », l'état des lieux vise à dégager les problématiques futures, bien au-delà de la période légale de vie du schéma.

# I - CONTEXTE SOCIAL DU RHONE ET IMPACT SUR LES PERSONNES EN DIFFICULTE D'AUTONOMIE

---

Ce chapitre présente les caractéristiques démographiques de la population générale du Rhône et spécifiquement de la population âgée et handicapée. Le mode de vie de ces groupes de population est analysé tout en prenant compte des inégalités sociales ou de territoire. Enfin des aspects relatifs à la santé de la population rhodanienne et celle des personnes âgées et handicapées donnent un aperçu de la santé de ces populations.

Il est construit sur la base de nombreuses études, notamment du document de l'Observatoire Départemental du Rhône intitulé *Projections de population du Rhône à l'horizon 2020*. Il vise à donner une photographie de l'existant en 2009, mais aussi à conférer une vision prospective de l'ensemble de ces thématiques à l'horizon 2020, 2040 selon les thématiques.

Une des limites de l'état des lieux est la disponibilité des données, sur des périodes similaires sur des territoires comparables, ou sur des thématiques peu renseignées ( mode de vie des personnes handicapées). Chaque fois que cela est possible, les données concernent le territoire départemental. Le cas échéant, elles concernent le niveau national, voire européen, des constats et tendances au niveau national pouvant également concerner le niveau départemental.

## 1 APPROCHE DEMOGRAPHIQUE

### 1.1 Démographie et projections

- **Un nouveau mode de recensement et de projection**

Une projection de population fournit un aperçu de ce que pourrait être la population, à partir de la connaissance du passé et s'appuie, pour le futur, sur des hypothèses d'évolution de trois composantes : la fécondité, la mortalité et les migrations. Les projections de population ne sont donc pas des prévisions<sup>1</sup>. Elles sont réalisées grâce à l'outil OMPHALE (Outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et de jeunes scolarisés).

- **Une population totale en augmentation**

Le département compte 1 669 600 habitants en 2006<sup>1</sup>. Depuis 1999, date du dernier recensement, la population rhodanienne a une croissance de 5,6%. A l'horizon 2020, la population du Rhône devrait atteindre 1 846 514 personnes soit une évolution de 10,6% comparée à 2006<sup>1</sup>. On notera durant cette période une forte augmentation dans la partie centrale de l'agglomération lyonnaise et une poursuite de la périurbanisation dans les territoires ruraux qui profiterait au Nord ( Belleville et Thizy) et à tout l'ouest du département, aux zones Rhône Centre, Rhône Ouest et Vaugneray Tassin. Les zones de Villefranche, de Vaulx en Velin, Lyon Caluire et Villefranche Gleizé connaîtraient également une hausse supérieure à la moyenne départementale.

---

<sup>1</sup> OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DU RHONE. *Projections de population du Rhône à l'horizon 2020*.



**Tableau 1 : Population totale du Rhône à l'horizon 2020<sup>1</sup>**

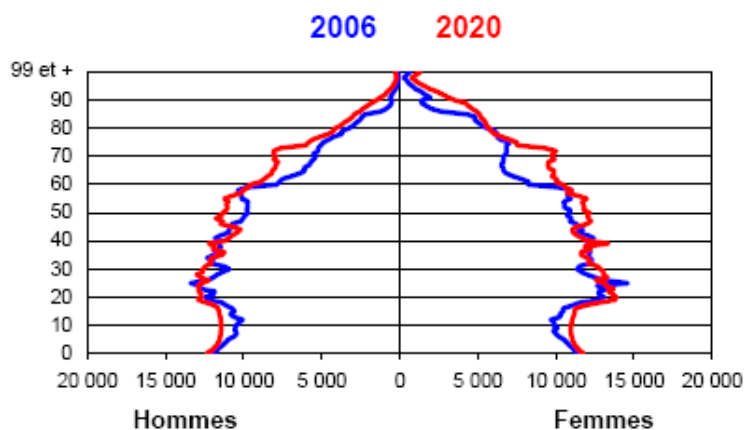
Classe d'âge	2006			2015			2020			% évolution entre 2006 et 2020		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 - 19 ans	219 052	212 462	<b>431 514</b>	228 692	222 120	<b>450 812</b>	234 585	228 379	<b>462 964</b>	7,1%	7,5%	<b>7,3%</b>
20 - 59 ans	446 790	470 438	<b>917 228</b>	456 543	480 805	<b>937 348</b>	464 595	487 754	<b>952 349</b>	4,0%	3,7%	<b>3,8%</b>
60 ans et +	135 199	185 659	<b>320 858</b>	168 534	228 493	<b>397 027</b>	182 641	248 560	<b>431 201</b>	35,1%	33,9%	<b>34,4%</b>
<b>Total</b>	<b>801 041</b>	<b>868 559</b>	<b>1 669 600</b>	<b>853 769</b>	<b>931 418</b>	<b>1 785 187</b>	<b>881 821</b>	<b>964 693</b>	<b>1 846 514</b>	<b>10,1%</b>	<b>11,1%</b>	<b>10,6%</b>

Source : OD CG 69

- **Un vieillissement de la population**

Le vieillissement de la population modifie la structure de la pyramide des âges. Entre 2006 et 2020, la tranche des 60-75 ans va augmenter de 110 000 personnes (soit d'un tiers), dont 41 000 âgées de plus de 75 ans<sup>2</sup>.

**Figure 1 : Pyramide des âges du Rhône à l'horizon 2020<sup>3</sup>**



Source : OD CG 69

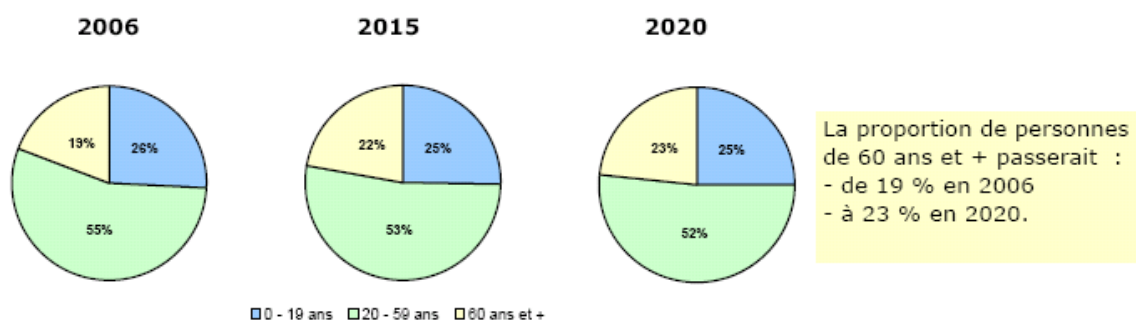
- **Une augmentation de la part des 60 ans et plus dans la population totale**

La proportion des personnes de 60 ans et plus devrait passer de 19% de la population totale en 2006 à 23% en 2020.

<sup>2</sup> INSEE, *La population du Rhône en 2020 : croissance et vieillissement*, 2009. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/rhone-alpes/themes/syntheses/lettre\\_analyses/02113/02113\\_population\\_rhone2020.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/rhone-alpes/themes/syntheses/lettre_analyses/02113/02113_population_rhone2020.pdf)

<sup>3</sup> OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DU RHONE. *Projections de population du Rhône à l'horizon 2020*, 2009.

Figure 2 : Répartition selon les grandes classes d'âges<sup>3</sup>

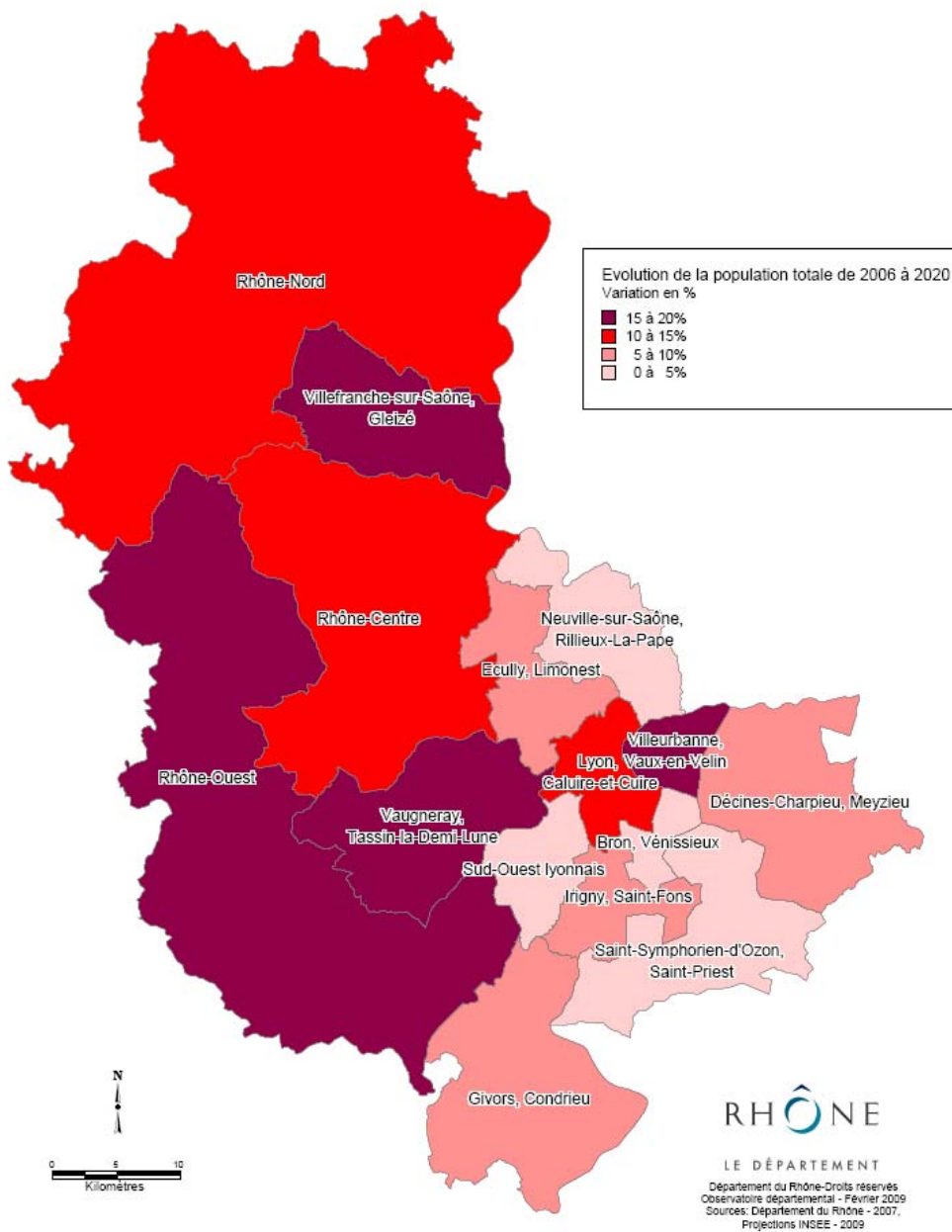


Source : OD CG 69

- **Des disparités territoriales en matière de projections d'évolution de population générale**

La population ne devrait pas augmenter de manière homogène sur tous les territoires du Rhône et des différences d'évolution importantes devraient être observées. Le nord et l'ouest du département devraient connaître des évolutions positives de population plus importantes que le Sud et l'Est, hormis pour les territoires de Lyon et Villeurbanne.

Figure 3 : Projection de population du Rhône à l'horizon 2020 : Evolution de la population totale de 2006 à 2020<sup>4</sup>



Source : OD CG 69

<sup>4</sup> OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DU RHONE. *Projections de population du Rhône à l'horizon 2020*. 2009.

## 1.2 Les personnes âgées

### 1.2.1 Une hétérogénéité selon les classes d'âge et une évolution variable dans les années à venir

Les personnes âgées ne représentent pas une population uniforme et homogène.

Sur la période 1999-2006, la population des plus de 60 ans a suivi une évolution similaire à la population totale du Rhône (5,8%). En revanche, concernant la population des plus de 60 ans, trois évolutions marquantes sont à noter. La part que représentent les 75-84 ans a augmenté d'une manière considérable (+27,3%) alors que les 85-94 ans ont connu une baisse de 15,3 %. Les plus de 95 ans ont également connu une forte croissance (+19,1%). Cette donnée doit cependant être relativisée étant donné le faible nombre de personnes concernées. A noter que la population totale des plus de 60 ans est restée stable à environ 18,9% sur cette période.

- **Entre 2006 et 2020**, l'évolution des plus de 60 ans va connaître une très forte augmentation, plus forte que l'évolution de la population générale : 34,4% pour les plus de 60 ans contre 10,6 % pour la population totale du Rhône.

Tableau 2 : Population des plus de 60 ans par classe d'âge dans le Rhône<sup>5</sup>

Classe d'âge	2006			2015			2020			% évolution entre 2006 et 2020		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
60 - 74 ans	91 908	105 518	197 426	113 732	132 264	245 996	121 413	145 002	266 415	32,1%	37,4%	34,9%
75 - 84 ans	35 054	57 717	92 771	39 957	59 492	99 449	43 063	60 456	103 519	22,8%	4,7%	11,6%
85 ans et +	8 237	22 424	30 661	14 845	36 737	51 582	18 165	43 102	61 267	120,5%	92,2%	99,8%
<b>Total</b>	<b>135 199</b>	<b>185 659</b>	<b>320 858</b>	<b>168 534</b>	<b>228 493</b>	<b>397 027</b>	<b>182 641</b>	<b>248 560</b>	<b>431 201</b>	<b>35,1%</b>	<b>33,9%</b>	<b>34,4%</b>
Dont 99 ans et +	123	653	776	175	1 026	1 201	269	1 329	1 598	118,7%	103,5%	105,9%

Source : OD CG 69

- **A l'horizon 2020**, l'augmentation des personnes âgées ne touche pas les classes d'âge de manière égale. Une évolution de 99,8 % pour la classe d'âge des 85 ans et plus devrait être observée contre 11,6% pour la classe d'âge des 75-84 ans.

Tableau 3 : Répartition selon les classes d'âge des plus de 60 ans dans le Rhône<sup>6</sup>

	2006	2015	2020	Evolution
60-74	61	62	62	=
75-84	29	25	24	-
85 et +	10	13	14	+

Source : OD CG 69

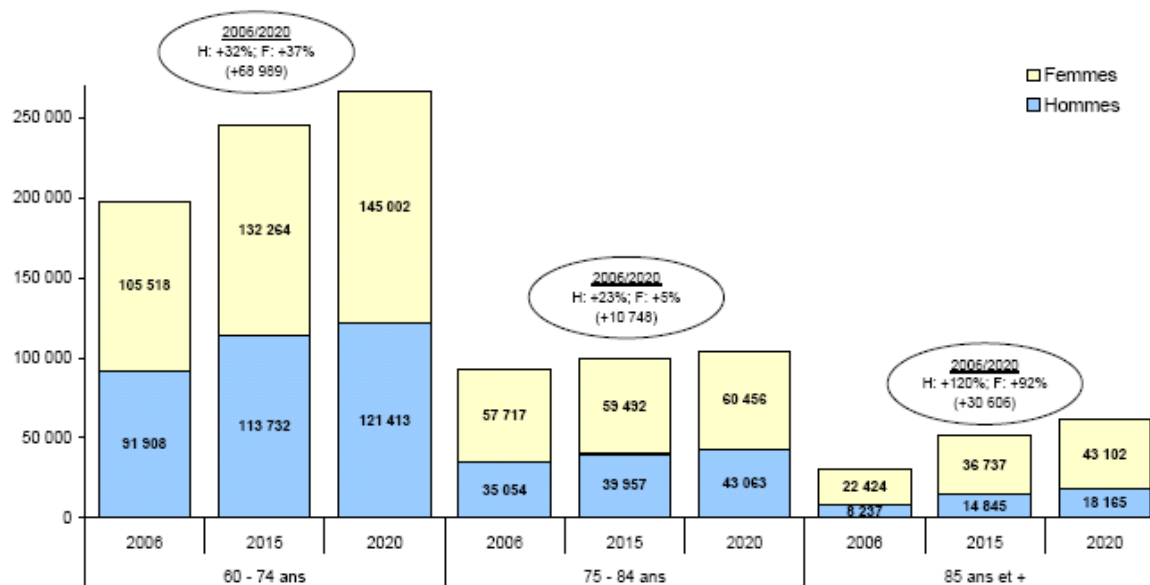
- **Une population âgée féminisée**

Quelle que soit la classe d'âge des 60 ans et plus, la population âgée est une population féminisée. La féminisation est plus importante avec l'avancée en âge.

<sup>5</sup> OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DU RHONE. Projections de population du Rhône à l'horizon 2020.

<sup>6</sup> OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DU RHONE. Projections de population du Rhône à l'horizon 2020. 2009.

Figure 4 : Répartition selon le sexe et l'âge des plus de 60 ans dans le Rhône<sup>6</sup>

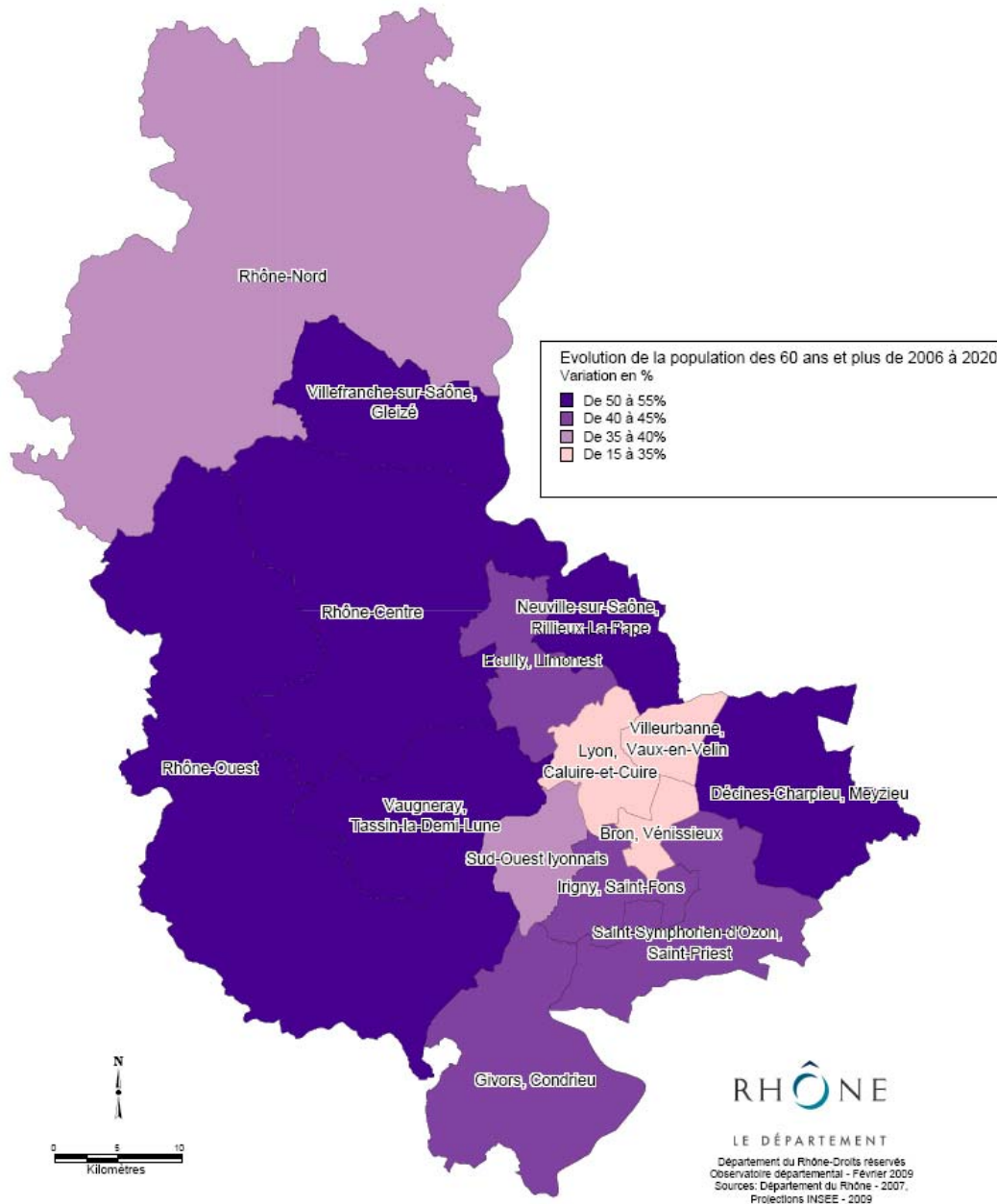


Source : OD CG 69

- **Une évolution des plus de 60 ans contrastée en fonction des territoires**

Lyon et le Grand Lyon devraient connaître une évolution positive des 60 ans mais moins élevée que dans les autres territoires du Département.

**Figure 5 : Projection de population du Rhône à l'horizon 2020 : Evolution de la population des 60 ans et plus de 2006 à 2020<sup>7</sup>**



<sup>7</sup> OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DU RHÔNE. *Projections de population du Rhône à l'horizon 2020*. 2009.



## 1.2.2 La population âgée en perte d'autonomie

Les personnes âgées en perte d'autonomie constituent **une part plutôt faible** des personnes âgées (7,6 % en 2000<sup>8</sup>) et présentent des caractéristiques spécifiques. Plusieurs études, nationales et régionales, renseignent les perspectives d'évolution de la dépendance (cf. chapitre Handicap).

- **Dans le Rhône en 2008, 23 585 personnes âgées en perte d'autonomie**

On peut estimer approximativement le nombre et niveau de dépendance des personnes, notamment à partir des statistiques Groupes Iso Ressources (GIR).

La grille AGGIR mesure l'autonomie à travers l'observation des activités qu'effectue la personne âgée sans l'apport d'aide humaine. A chaque personne est attribué un Groupe Iso Ressources parmi six possibles. Chaque groupe regroupe des personnes de profils d'incapacité différents mais qui ont besoin d'une même quantité d'heures d'aide ou de soins. Le premier groupe correspond aux personnes les moins autonomes, le dernier aux personnes autonomes.

Ces données fournissent un aperçu partiel de la population des personnes âgées dépendantes. Le GIR n'est enregistré qu'à partir du moment où une personne âgée fait une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie et qu'une évaluation est réalisée. La mesure du GIR ne permet donc pas à elle seule de donner le nombre exhaustif de personnes dépendantes dans le Département.

**Tableau 4 : Répartition par GIR du nombre de personnes âgées dépendantes dans le Rhône au 31/12/2008**

GIR	Domicile	Etablissement	Total
1	375	2 104	2 479
2	2 252	4 540	6 792
3	2 878	1 882	4 760
4	7 008	2 546	9 554
<b>Total</b>	<b>12 513</b>	<b>11 072</b>	<b>23 585</b>

Source : CG 69

L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) est une autre source d'information permettant de renseigner sur le niveau de dépendance des personnes âgées. En 2000, on estime à environ 16 937 le nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans dans le Rhône. Cela représente 7,6 % des personnes âgées de plus de 65 ans<sup>9</sup>.

- **En Rhône-Alpes, à l'horizon 2020**, plusieurs scénarios possibles d'évolution de la dépendance sont envisagés. Selon le scénario central, en région Rhône-Alpes, la progression du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans serait de + 29, 4% contre 22, 1 % en France.

La classe d'âge des 75-84 ans, importante en nombre aujourd'hui, évoluera probablement vers un état de dépendance vers 2020 et représentera un nombre important de personnes âgées dépendantes. Cela correspond au remplacement des classes creuses par des classes d'âge plus nombreuses. En Rhône-Alpes, les femmes de plus de 85 ans dépendantes représenteraient 40% du nombre total des personnes âgées dépendantes<sup>10</sup>.

- **Au niveau national, à l'horizon 2050**

« Le doublement, d'ici 2050, de la proportion des personnes âgées de plus de soixante-quinze ans au sein de la population française ne manquera pas d'avoir une incidence majeure sur la

<sup>8</sup> INSEE. Enquête Handicap-incapacité-Dépendance 2000

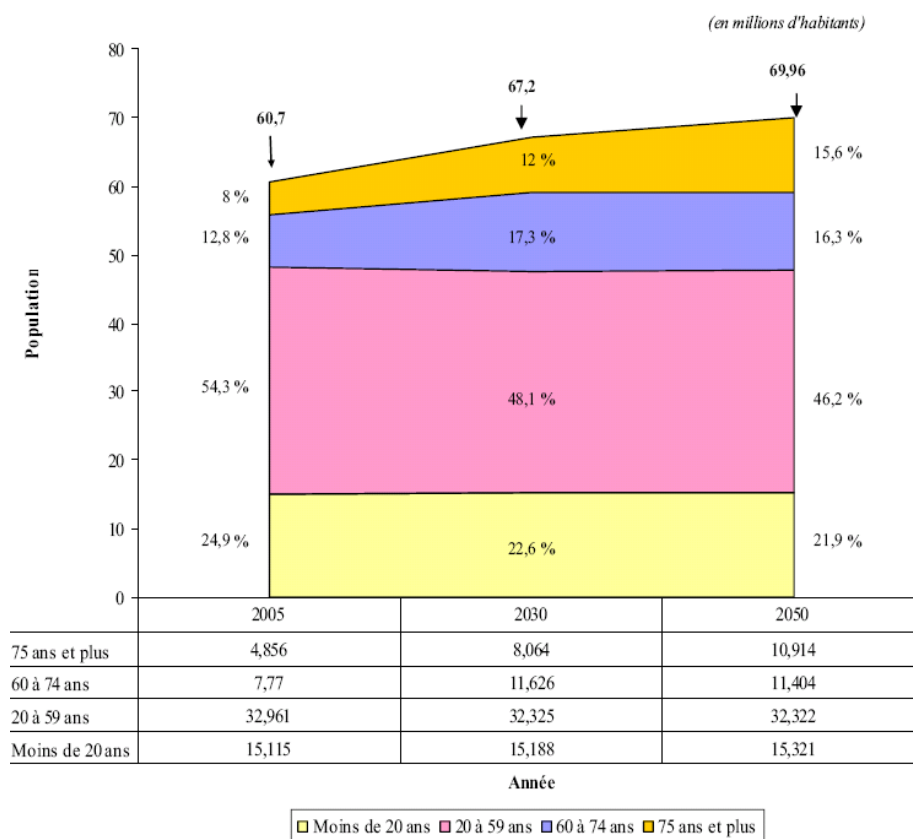
<sup>9</sup> OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE ALPES. *Les personnes âgées en Rhône Alpes : Evaluation des besoins de prise en charge de la dépendance à l'horizon 2020.* Lyon, 2005, p 75.

<sup>10</sup> OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE ALPES. *Les personnes âgées en Rhône Alpes : Evaluation des besoins de prise en charge de la dépendance à l'horizon 2020.* Lyon, 2005, p 75p.

problématique du dossier de la dépendance. En effet, même si la perte d'autonomie peut survenir à tout moment, la probabilité d'entrer en état de dépendance s'élève fortement avec l'âge, en particulier entre quatre-vingts ans et quatre-vingt-dix ans. La croissance du nombre de personnes âgées dépendantes ne devrait toutefois pas être strictement proportionnelle, dans la mesure où l'espérance de vie en bonne santé s'accroît aussi. S'il existe un lien réel entre le vieillissement de la population et la prévalence de la dépendance, il est, en pratique, difficile à quantifier.

Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité a évoqué, à titre indicatif, une croissance du nombre de personnes dépendantes d'environ 1 % à 1,5 % par an jusqu'en 2040. Cette augmentation ne devrait pas être linéaire, en raison de la succession de classes nombreuses, nées dans les années vingt, et de classes creuses, nées entre le milieu des années trente et le début des années quarante, avant que n'intervienne le « baby-boom » de l'après-guerre. On devrait ainsi observer deux fortes accélérations, l'une - qui est en fait en cours - entre 2007 et 2016, et l'autre entre 2030 et 2040. Les effets du premier de ces deux « pics » seront particulièrement perceptibles d'ici à 2012, avec entre 160 000 et 300 000 bénéficiaires supplémentaires de l'Apa. Cette tendance, qui n'avait sans doute pas été suffisamment anticipée lors des travaux préparatoires du plan Solidarité-Grand Age, devrait se traduire par un surcoût de 500 millions d'euros à cette échéance. »<sup>11</sup>

**Figure 6 : Evolution de la structure de la population française entre 2005 et 2050<sup>10</sup>**



Source : Insee première n°1092 – juillet 2006

<sup>11</sup> VASSELLE Alain, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information (1) sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Par M. Alain VASSELLE, Sénateur. Tome I : Rapport, N° 447 SÉNAT SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2007-2008. 2008.

## 1.3 Les personnes handicapées

L'évaluation de la population concernée par un handicap est complexe et peut se faire sous diverses approches.

### 1.3.1 Le handicap, une notion complexe

- **Le Handicap défini par la loi du 11 février 2005**

« Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »<sup>12</sup>.

- **La difficulté à mesurer le handicap**

La Classification Internationale du Handicap distingue la déficience et l'incapacité du handicap<sup>13</sup>.

- Une déficience est une perte ou un dysfonctionnement des diverses parties du corps ou du cerveau résultant d'une maladie ou d'un traumatisme.
- Une incapacité est une difficulté ou impossibilité de réaliser les actes élémentaires comme se tenir debout, s'habiller, mémoriser, parler... Elle résulte d'une ou plusieurs déficiences.
- Un handicap ou un désavantage est une difficulté ou une impossibilité que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux que la société attend d'elle (suivre les cours scolaires, accomplir un travail...)

Pour chaque notion, l'intensité peut être différente. La question de l'évaluation du nombre de personnes handicapées implique la fixation d'un seuil à partir duquel une personne est considérée comme handicapée. De nombreux indicateurs existent et sont utilisés.

- **Une diversité de sources de données sur le handicap non coordonnées**

Les informations existantes sont cloisonnées, éparpillées et manquent d'un cadre d'analyse global. Elles proviennent notamment des organisations en charge du handicap (MDPH anciennement COTOREP), d'administrations sanitaires sociales dont la DRASS, des systèmes de protection sociale, d'organismes de recherche et d'études dont la DREES et d'autres organismes de ressources (CTNERHI).

- **Plusieurs types de handicap**

Il existe plusieurs types de handicap dont le handicap moteur, psychique, sensoriel, cognitif... La prévalence de chacun d'entre eux est difficile à connaître.

Le manuel d'accompagnement GEVA distingue quant à lui, huit catégories de déficiences : les déficiences intellectuelles, les déficiences du psychisme, les déficiences du langage et de la parole, les déficiences auditives, les déficiences visuelles, les déficiences viscérales, les déficiences motrices et les autres déficiences.

### 1.3.2 La population handicapée au sens large

- **L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance : un outil de référence**

---

<sup>12</sup> HANDICAP. Loi "Handicap" du 11 février 2005 [en ligne]. [ref du 25 mai 2009]. Disponible sur : <http://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>

<sup>13</sup> DRASS Rhône-Alpes. *Le handicap en Rhône Alpes, Estimations sur la dépendance et les déficiences des personnes vivant à domicile*. La lettre de la DRASS. 2005.

Aujourd'hui, les données les plus exhaustives en matière de handicap proviennent principalement de cette enquête. Elle a été réalisée par l'INSEE, en 1998 et 2000 pour la population résidant en institutions médico-sociales, et en 1999 et 2001 pour la population résidant à domicile<sup>14</sup>. Elle vise notamment à permettre une meilleure connaissance des caractéristiques de la population de France métropolitaine en terme de déficiences, de limitations d'activités, de conditions de vie mais aussi d'environnement et d'aides. Fondée sur des données déclaratives, elle a l'avantage de présenter une vision large du handicap.

Cependant, cette enquête a la caractéristique d'être nationale et de refléter une réalité à un temps T. C'est pourquoi elle ne saurait constituer un outil de pilotage des politiques publiques territoriales en direction des personnes handicapées.

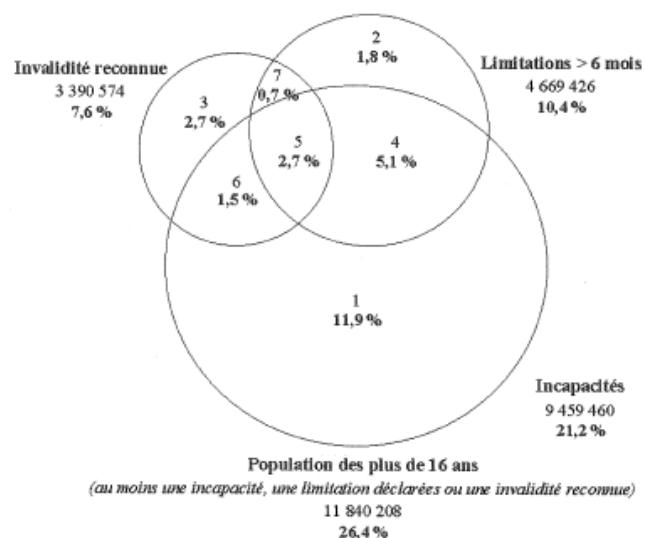
Une nouvelle enquête HANDICAP-santé a lieu en 2008-2009 comprenant une extension pour le département du Rhône. Les résultats de cette enquête seront disponibles début 2010.

### • Les différentes populations de personnes handicapées

On distingue plusieurs populations de personnes handicapées selon les approches. Alain Letourmy et coll différencient les populations les unes des autres par le repérage, ou non, d'incapacités, de limitations d'activité et/ou d'une reconnaissance sociale d'une invalidité<sup>15</sup>. Mise à part, la reconnaissance administrative d'une invalidité qui nécessite d'être reconnue par des spécialistes, les déclarations d'incapacité ou de limitations d'activité semblent davantage subjectives.

Les notions d'incapacités et de délimitations peuvent être relativement proches<sup>14</sup>.

**Figure 7 : Les différentes populations de personnes handicapées<sup>16</sup>**



Population de plus de 16 ans vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine

Source : LETOURMY Alain et coll. Les désignations du handicap, des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative, Revue française des affaires sociales n°1-2 Janvier Juin 2003.

<sup>14</sup> BROUARD Cécile, ROUSSEL Pascale. *Handicap en chiffres 2005*. Paris : Editions du CTNERHI, 2005.

<sup>15</sup> CNSA. *Les programmes de qualité et d'efficacité 2009 Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA* [en ligne]. [réf du 15 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2009/2009\\_pifss\\_pqe/2009\\_pifss\\_pqe\\_cnsa\\_1.pdf](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2009/2009_pifss_pqe/2009_pifss_pqe_cnsa_1.pdf)

<sup>16</sup> LETOURMY Alain, RAVAUD Jean-François, VILLE Isabelle. Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative. In : *Revue française des Affaires sociales*, 2003. n°1-2, 57ème année, p.31-53.

**Figure 8 : Caractérisation des sept populations handicapées<sup>17</sup>**

Populations	Effectif (en milliers)	Caractérisation	Groupes d'âge sur ou sous-représentés
<b>Population 1</b> : des incapacités isolées et mineures	5 300	personnes qui ne déclarent qu'une (ou plusieurs) incapacité, sans restriction d'activité ni reconnaissance administrative	
<b>Population 2</b> : des incapacités diffuses non repérées	800	personnes qui ne déclarent qu'une limitation d'activité, sans incapacité ni reconnaissance administrative	moins de 30 ans sur-représentés
<b>Population 3</b> : des modes de reconnaissance aux critères disparates	1 200	personnes qui déclarent une reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité, sans incapacité ni limitation	moins de 40 ans sur-représentés
<b>Population 4</b> : les personnes âgées dépendantes	2 300	personnes qui déclarent une (ou plusieurs) incapacité et une restriction de leurs activités, sans reconnaissance administrative	croît avec l'âge
<b>Population 5</b> : le noyau dur du handicap	1 200	personnes qui déclarent à la fois une ou plusieurs incapacités, une limitation des activités et une reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité	30-59 ans sur-représentés
<b>Population 6</b> : les personnes présentant des déficiences intellectuelles ou mentales	650	personnes qui déclarent avoir une (ou plusieurs) incapacités avec reconnaissance d'un taux d'invalidité mais sans limitation	moins de 70 ans sur-représentés
<b>Population 7</b> : des maladies limitantes	325	personnes qui déclarent une limitation avec reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité, sans incapacité	30-59 ans sur-représentés

Champ : population de plus de 16 ans vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine.

Source : LETOURMY Alain et coll. Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative. In : *Revue française des Affaires sociales*, 2003, n°1-2, 57ème année, p.31-53.

En conclusion, il n'existe pas une population handicapée homogène mais différentes populations handicapées, dont le croisement permet l'approche la plus globale et complète possible.

- **Une faible part des personnes handicapées reconnue administrativement parmi les personnes se déclarant handicapées**

La population de personnes handicapées a longtemps été considérée comme la population ayant une reconnaissance administrative. Le handicap peut être reconnu par différents organismes : la MDPH (anciennement COTOREP), la Caisse d'Assurance Maladie ou l'Office National des Anciens Combattants. Cette population ne représente qu'une partie de la population totale en situation de handicap.

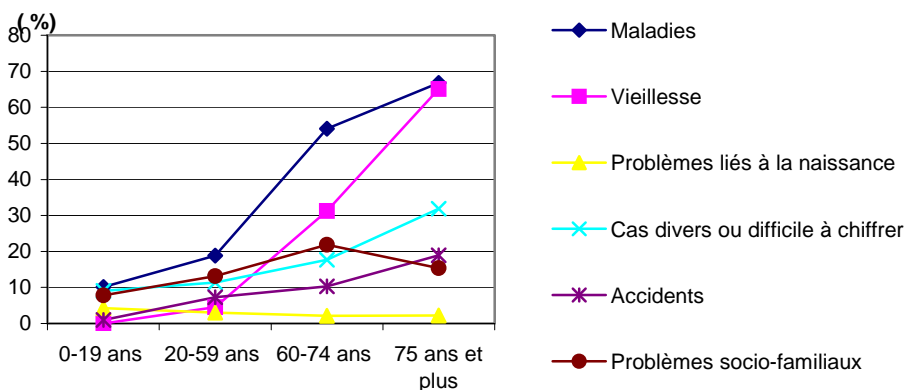
- **Des déficiences d'abord dues à la maladie pour les personnes vivant à domicile**

L'enquête DRASS Rhône-Alpes<sup>18</sup> montre que la maladie est à l'origine du plus grand nombre de déficiences en Rhône-Alpes, comme au niveau national. En deuxième position, viennent les problèmes sociaux ou familiaux, qui sont particulièrement importants dans la tranche d'âge des 20-59 ans. La vieillesse elle-même est plus souvent citée après 60 ans. On n'observe pas de différences très marquées entre les départements de la région Rhône-Alpes, à sexe et tranche d'âge équivalents, sur l'origine des déficiences.

<sup>17</sup> LETOURMY Alain, RAVAUD Jean-François, VILLE Isabelle. Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative. In : *Revue française des Affaires sociales*, 2003, n°1-2, 57ème année, p.31-53.

<sup>18</sup> DRASS Rhône-Alpes. *Le handicap en Rhône Alpes, Estimations sur la dépendance et les déficiences des personnes vivant à domicile*. La lettre de la DRASS. 2005.

Figure 9 : Prévalence des déficiences selon leur origine et par tranche d'âge<sup>19</sup>

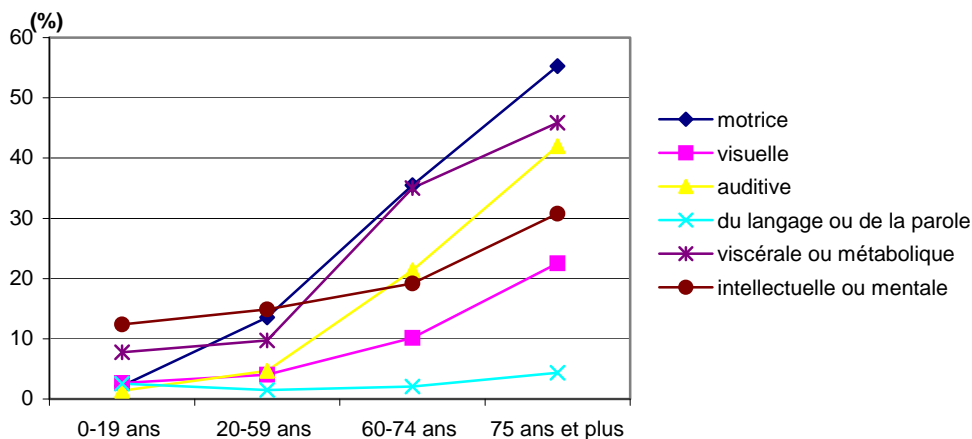


Source : HANDICAP-INCAPACITÉ-DÉPENDANCE - Exploitation ORS DRASS

- Une forte prévalence des déficiences intellectuelles et mentales de 0 à 59 ans et des déficiences motrices à partir de 60 ans pour les personnes vivant à domicile

En matière de déficience, l'enquête DRASS Rhône-Alpes renseigne sur les déficiences des personnes handicapées. De façon générale, les déficiences physiques sont plus fréquentes que les déficiences intellectuelles ou mentales<sup>20</sup>.

Figure 10 : Prévalence des principaux types de déficience selon les tranches d'âge en Rhône Alpes<sup>18</sup>



Source : HANDICAP-INCAPACITÉ-DÉPENDANCE - Exploitation ORS DRASS

- Une difficulté pour les déplacements extérieurs

En matière d'incapacité, les activités qui posent le plus souvent problème à domicile d'après l'enquête, sont celles liées aux déplacements extérieurs, à la souplesse, à la vue et à l'ouïe. En institution, il s'agit des mêmes activités avec en plus, l'habillage et la toilette<sup>19</sup>. A domicile comme en institution, ce sont les personnes souffrant de plusieurs déficiences qui présentent les incapacités les plus sévères<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> DRASS Rhône-Alpes. *Le handicap en Rhône Alpes, Estimations sur la dépendance et les déficiences des personnes vivant à domicile*. La lettre de la DRASS. 2005.  
<sup>20</sup> BROUARD Cécile, ROUSSEL Pascale. *Handicap en chiffres 2005*. Paris : Editions du CTNERHI, 2005.



- **Des problèmes fonctionnels qui augmentent avec l'âge**

Les problèmes fonctionnels augmentent avec l'âge et ce quelle que soit la question posée. Les prévalences doublent lorsque sont considérées les personnes de plus de 65 ans, sauf pour les personnes ayant une reconnaissance administrative.

**Tableau 5 : Prévalence de l'incapacité à partir de quatre questions générales de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003<sup>21</sup>**

Question:	Hommes		Femmes	
	20 ans ou plus	65 ans ou plus	20 ans ou plus	65 ans ou plus
1: Être gêné ou handicapé dans la vie quotidienne	7,2	15,5	8	16,5
2: Être limité depuis plus de 6 mois dans les activités	13,8	28,5	16,5	32,8
3: Considéré avoir un handicap	14,7	29,9	15,4	32,7
4: Avoir une reconnaissance administrative d'un handicap	6,8	10,7	5,7	6,8

Source : CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie, *L'incapacité et le handicap dans l'enquête santé 2002 – 2003 : diversité des approches et usages des indicateurs*, Dossier Solidarité et santé n° 2, Documentation française, Paris, 2006, p23.

### **1.3.3 La population sous l'angle de la reconnaissance administrative du handicap ou en tant que bénéficiaire d'aide**

La population concernée par un handicap peut aussi s'évaluer par le nombre de personnes ayant obtenu une reconnaissance administrative du handicap ou bénéficiant d'une prestation liée au handicap. La reconnaissance administrative du handicap peut être civile ou militaire.

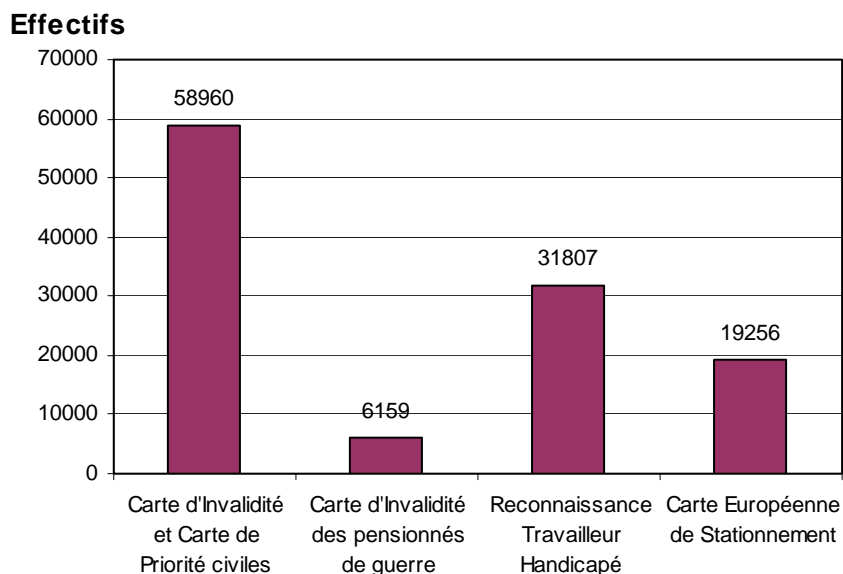
La reconnaissance administrative du handicap inclut l'attribution d'une carte d'invalidité, de priorité, d'une carte européenne de stationnement, et d'une reconnaissance travailleur handicapé. Les différentes aides incluent l'AAH, l'AEEH, l'ACTP, la PCH et les pensions d'invalidité.

L'évaluation de la population handicapée ne consiste pas à faire la somme de tous les effectifs de personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap, ni même de toutes les personnes bénéficiant de prestations car certaines ne sont pas exclusives et des personnes peuvent bénéficier de plusieurs reconnaissances ou de plusieurs prestations.

Les différentes reconnaissances du handicap ont trait à la reconnaissance générale du handicap, à une reconnaissance liée au travail ou une reconnaissance liée à la mobilité.

<sup>21</sup> CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie. *L'incapacité et le handicap dans l'enquête santé 2002 – 2003 : diversité des approches et usages des indicateurs*. Paris : La Documentation française, 2006.

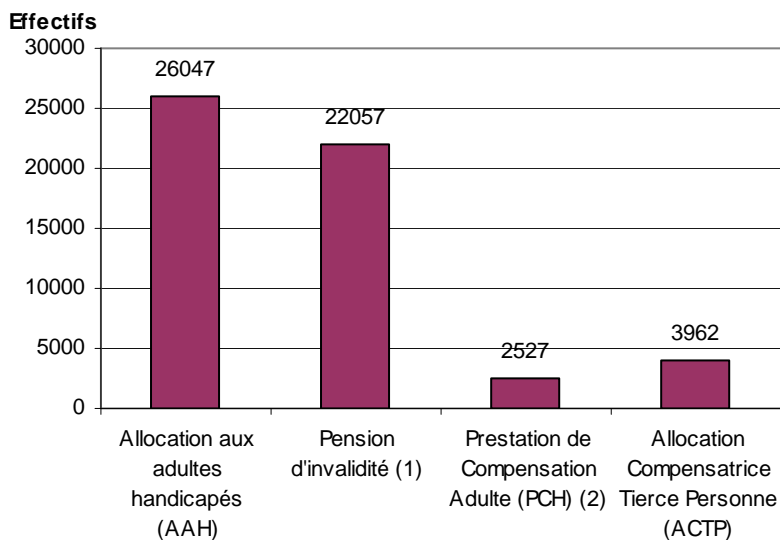
**Figure 11 : Bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap dans le Rhône en cours de validité au 1/01/09**



Source : MDPH (Les chiffres correspondent à la file active et les personnes décédées ne sont pas enregistrées systématiquement. Il est possible que ces données intègrent des personnes décédées) et ONAC (L'obtention d'une carte d'une pension militaire d'invalidité entraîne l'obtention d'une carte d'invalidité de pensionné de guerre : en date du 31/12/08).

Les prestations destinées aux personnes handicapées se distinguent par l'objectif qu'elles visent, la manière dont elles sont servies et par la population qu'elles ciblent.

**Tableau 6 : Bénéficiaires des différents types d'aides financières dans le Rhône en cours de validité au 1/01/09**



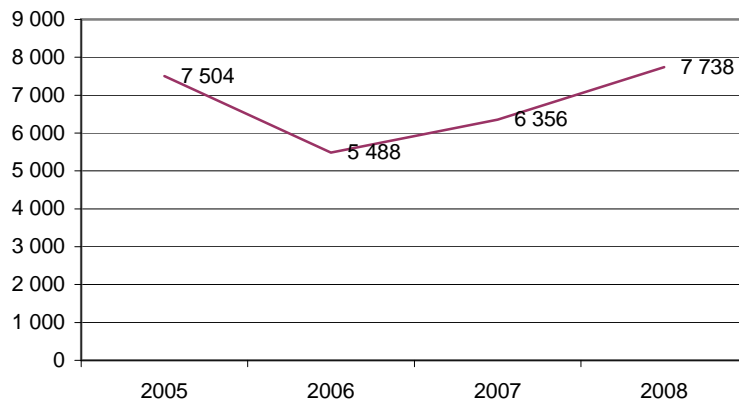
Source : MDPH, ONAC, CPAM Lyon et CPAM Villefranche sur Saône

(1) Regroupe 6159 bénéficiaires d'une pension d'invalidité militaire et 15898 bénéficiaires d'une pension d'invalidité (CPAM Lyon et Villefranche)

58 960 personnes ont une carte d'invalidité civile ou de priorité et 26 047 personnes sont bénéficiaires de l'AAH dans le Rhône au 1/01/2009.

Environ 7 000 personnes sont primo demandeurs à la MDPH chaque année. Sur l'année 2008, 7 738 personnes ont obtenu une reconnaissance administrative de leur handicap ou ont bénéficié d'une aide par la MDPH.

**Figure 12 : Nombre de primo demandeurs MDPH dans le Rhône de 2005 à 2008**



Le nombre de primo demandeurs correspond au nombre de dossiers créés par la MDPH.

Source : MDPH 69, OD

La baisse de primo demandeurs observée en 2006 est liée à la mise en place de la MDPH.

### **1.3.4 Un schéma pour toutes les personnes handicapées**

Dans le respect de l'esprit de la loi de 2005, le nouveau schéma a vocation à prendre en compte les personnes ayant une invalidité reconnue administrativement mais aussi plus largement toutes les autres personnes en situation de handicap.

## 2 MODE DE VIE

### 2.1 Situation familiale

Dans les vingt dernières années, le mode de vie des Français ainsi que la structuration de la cellule familiale s'est modifiée. La recomposition des familles comme le nombre de familles monoparentales ont progressivement gagné du terrain avec une incidence sur le mode de vie personnes âgées.

#### 2.1.1 Une situation familiale en évolution pour les personnes âgées

Le contexte rend particulièrement difficile la connaissance de la configuration familiale des plus de 60 ans et notamment la possibilité de connaître le potentiel des aidants des personnes âgées dépendantes. Deux études renseignent sur ces évolutions : l'article<sup>22</sup> de Joelle Gaymu et Christianne et le programme de recherche européen étude FELICIE<sup>23</sup> font état de résultats pouvant apparaître comme contradictoires. Les données ci dessous sont validées par les deux études.

- **Une durée de vie en couple qui se prolonge**

L'espérance de vie des hommes augmente et tend à converger vers celle des femmes. Qu'elles soient en couple officiel marié ou non, les personnes bénéficient d'une vie commune plus longue.

Passé 75 ans, les hommes comme les femmes franchissent plus souvent à deux les étapes de la fin de vie, en lien avec le recul du veuvage. De plus l'entrée en veuvage est de plus en plus tardive. Le risque de veuvage n'a cessé de diminuer depuis plusieurs décennies.

En 2000, 78% des hommes et 51% des femmes étaient mariés contre respectivement 77% et 42% en 1980.

De plus, de nouvelles formes de conjugalité sont adoptées avec maintien de 2 domiciles, permettant une dimension « Accompagnement ». Cette nouvelle tendance ne compense pas cependant la diminution de la part des personnes mariées.

Après un veuvage ou un divorce, les sexagénaires se sont moins remis en couple dans la dernière décennie.

---

<sup>22</sup> GAYMU Joelle, DELBES Christianne. *Passé 60 ans, le plus souvent en couple ?* in *Population et Sociétés*, n° 389 Avril 2003 INED

<sup>23</sup> GAYMU Joëlle et l'équipe FELICIE. Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes. *Population et société*, 2008, n°444.

Figure 13 : Évolution du mode de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus<sup>24</sup>

en %

	1990				1999			
	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans ou plus	Total 65 ans ou plus	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans ou plus	Total 65 ans ou plus
<b>Hommes</b>								
Vit seul	12,0	18,7	26,6	15,5	13,7	17,6	27,1	16,2
Vit en couple sans enfant	68,7	65,1	43,6	65,4	68,0	68,0	47,3	65,9
Vit en couple avec enfant(s)	12,8	5,7	3,1	9,6	11,5	5,9	3,1	8,9
Vit seul avec au moins un enfant	1,2	1,5	3,0	1,4	1,1	1,2	1,9	1,2
Autre (en ménage de plusieurs personnes)	3,4	4,8	11,6	4,5	3,7	3,9	7,2	4,1
<b>Sous-total</b>	<b>98,1</b>	<b>95,8</b>	<b>87,9</b>	<b>96,4</b>	<b>98,0</b>	<b>96,6</b>	<b>86,7</b>	<b>96,4</b>
Vit hors ménage*	1,9	4,2	12,1	3,6	2,0	3,4	13,3	3,6
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Femmes</b>								
Vit seule	32,0	49,2	44,7	40,3	31,0	48,4	48,5	39,7
Vit en couple sans enfant	49,7	26,5	7,3	34,6	51,9	32,1	8,9	37,9
Vit en couple avec enfant(s)	5,8	1,7	0,4	3,4	6,0	2,0	0,5	3,7
Vit seule avec au moins un enfant	4,5	4,7	5,3	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5
Autre (en ménage de plusieurs personnes)	6,2	11,1	20,3	10,2	5,2	7,5	13,3	7,3
<b>Sous-total</b>	<b>98,1</b>	<b>93,2</b>	<b>78,0</b>	<b>93,3</b>	<b>98,4</b>	<b>94,6</b>	<b>75,7</b>	<b>93,2</b>
Vit hors ménage*	1,9	6,8	22,0	6,7	1,6	5,4	24,3	6,8
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Vit en institution pour personnes âgées, à l'hôpital, en communauté (y compris en habitation mobile ou sans domicile fixe).

Source : Insee, Recensements de la population.

- **Une solidarité familiale qui reste prégnante et un portage familial important**

Selon le programme de recherche européen « FELICIE »<sup>25</sup>, la progression de la population dépendante de plus de 75 ans devrait augmenter de plus de 40%, malgré une amélioration nette de l'état de santé.

Mais dans la majorité des cas, elles disposeront potentiellement d'aidants familiaux. Les résultats européens montrent que durant les 25 prochaines années et quelle que soit l'évolution de l'état de santé, le vivier des aidants familiaux potentiels, composé des partenaires et enfants, va s'élargir. La plupart des personnes âgées dépendantes disposeront de l'aide d'un conjoint ou d'un enfant.

La famille est le principal aidant de la personne âgée devenue dépendante, bien avant les aidants professionnels. Sont concernés avant tout le conjoint, les enfants et éventuellement les petits-enfants dans des familles où 4 à 5 générations sont représentées et s'entraident.

- **Des questions en suspens**

On ignore toutefois si ces aidants familiaux seront désireux ou aptes à faire face à la dépendance de leur conjoint notamment, du fait de l'éloignement des enfants et du souhait différent d'aide entre homme et femme.

### 2.1.2 La situation familiale des personnes handicapées : peu de données disponibles

Contrairement aux personnes âgées, il existe peu de données relatives à la situation familiale des personnes handicapées. Il est par exemple difficile de connaître les structures familiales, le nombre d'enfants moyen des personnes handicapées.

<sup>24</sup> INSEE. *Les personnes âgées* [en ligne]. [réf du 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/persag05.pdf?bcsi\\_scan\\_B1F6D937FFBA0F46=0&bcsi\\_scan\\_filename=persag05.pdf](http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/persag05.pdf?bcsi_scan_B1F6D937FFBA0F46=0&bcsi_scan_filename=persag05.pdf)

<sup>25</sup> GAYMU Joëlle et l'équipe FELICIE. Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes. *Population et société*, 2008, n°444.

- **Un faible accès à la vie de couple**

Une analyse à partir de l'enquête « *Histoire de vie-construction identitaire* » de l'INSEE en 2003 montre que la dépendance humaine, ou matérielle, ou le fait que la personne présente des limitations fonctionnelles, restreint l'accès à la vie de couple par rapport à la population générale. Plus de 80% des hommes dépendant d'une aide humaine ne connaissent pas la vie de couple durant toute leur vie<sup>26</sup>.

L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance montre qu'au sein des personnes handicapées, la fréquence de la vie en couple est largement inférieure lorsqu'il y a une « dépendance psychique »<sup>27</sup>.

- **Une vie en couple préservée par le handicap**

Quand le handicap survient durant la vie de couple, les personnes vivent plus longtemps ensemble. De plus, toutes les situations de handicap ont tendance à préserver la vie à deux et plus le handicap est sévère, plus le couple est protégé<sup>23</sup>.

- **Des personnes handicapées avec un isolement relatif**

Les contacts avec la famille proche (parents, conjoints, enfants, fratrie) ne sont que peu affectés par la situation de handicap<sup>24</sup>. A contrario, l'existence de contacts avec le réseau amical ou de voisinage (amis, collègues, ou voisins) est manifestement affectée par le handicap de la personne<sup>24</sup>.

L'enquête CREAI, « *Les attentes des aidants familiaux des personnes handicapées adultes vivant à domicile* », réalisée en 2008 montre que plus d'un tiers des personnes handicapées aidées par leur conjoint vivent en famille avec un ou plusieurs enfants.

---

<sup>26</sup> BANENS Maks, *Activité et vie de couple des personnes handicapées, logiques d'exclusion et d'inclusion* [en ligne]. [réf 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www-aidelf.ined.fr/colloques/Aveiro/Communications\\_Aveiro/Molinie/T\\_Banens.pdf](http://www-aidelf.ined.fr/colloques/Aveiro/Communications_Aveiro/Molinie/T_Banens.pdf)

<sup>27</sup> GOILLOT Catherine, MORMICHE Pierre. *Enquête Handicaps- Incapacités- Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999*. INSEE Statistiques, Résultats n°6, 2002.



## 2.2 Emploi

- **Un département plutôt favorisé jusqu'en 2008**

Avec un salarié sur 3 de la région Rhône-Alpes, le Rhône est le département le plus important de la région. La région se place au 4<sup>ème</sup> rang français en terme d'emploi. En 2007, le département du Rhône est le moteur de la région puisqu'il observe la plus forte croissance régionale du nombre de salariés à près de 3%. L'emploi a augmenté de 19% en 10 ans et ce dans tous les secteurs économiques hormis pour l'industrie, où la hausse est faible.

- **En 2009, le Rhône impacté par un contexte économique défavorable**

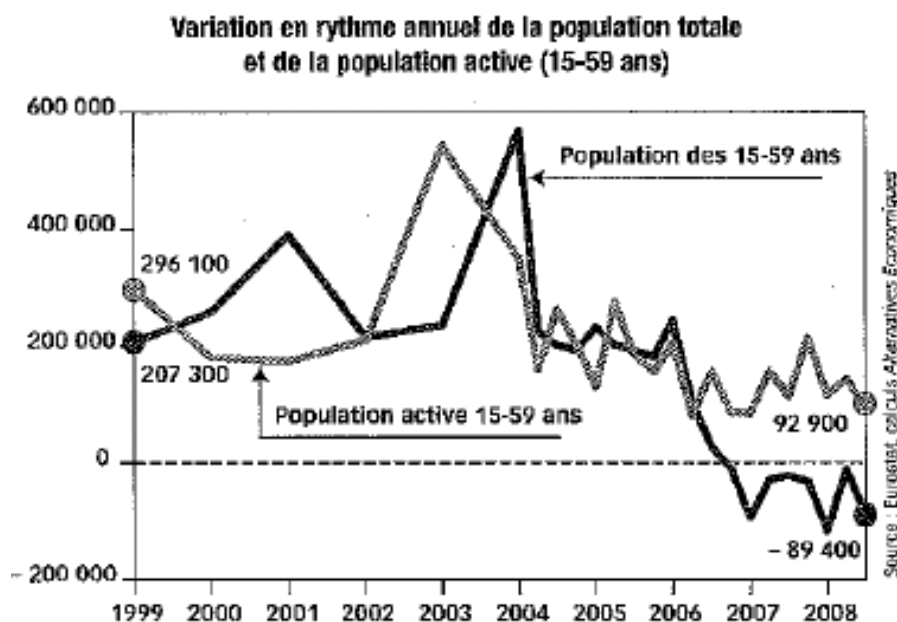
Décrire la situation de l'emploi dans le Rhône est aujourd'hui assez délicat. Dans les années qui viennent de s'écouler, le Rhône connaissait une situation d'emploi relativement satisfaisante (hormis pour l'emploi des jeunes et des plus de 55 ans) avec un taux de chômage d'environ 6%. En revanche, la crise économique actuelle va conduire à une augmentation significative du chômage et modifier la situation jusqu'alors décrite.

- **Une hausse récente du chômage**

Dans le Rhône, en janvier 2009, on compte 59 155 demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE de catégorie 1, soit une augmentation de 18,6% par rapport à janvier 2008. De plus, à la même époque, le département du Rhône compte 11 662 chômeurs de longue durée, inscrits depuis plus d'un an, soit 6,5% de plus qu'en janvier 2008. Au mois de décembre 2008, le taux de chômage départemental s'élève à 6,5%.

En Rhône-Alpes, au troisième trimestre 2008, le taux de chômage (Rapport entre le nombre de chômeurs et la population active) dans la région s'établit à 6,4 % contre 7,3 % en France métropolitaine. Il augmente de +0,1 point par rapport au trimestre précédent, comme au niveau national. Après la pause du trimestre dernier, cette évolution marque une inflexion de la tendance à la hausse du chômage après deux ans de baisse<sup>28</sup>.

Figure 14 : Le ralentissement de la population active en France<sup>29</sup>



Source : CLERC D. La marée monte. *Alternatives économiques*, 2009, n°277.

<sup>28</sup> INSEE Rhône Alpes. La France n'échappe pas à la récession, Synthèse conjoncturelle du quatrième trimestre 2008. INSEE conjoncture, 2009.  
<sup>29</sup> CLERC D. La marée monte. *Alternatives économiques*, 2009, n°277.

- **Une politique active du Département du Rhône en faveur de personnes en difficulté d'insertion sociale et professionnelle**

La période récente a été marquée par une forte progression des contrats aidés : près de 1 800 contrats sont gérés ou créés par le Département dans le cadre du Plan départemental d'insertion et des contrats aidés, au travers de conventions avec des entreprises ou des organisations professionnelles. A cet effort important en faveur de l'emploi, s'ajoute en 2008-2009 l'expérimentation du Revenu de Solidarité Active.

## 2.2.1 L'emploi des seniors, des mutations en perspective

- **Un faible taux d'emploi des plus de 55 ans**

De 1975-1995, période marquée par le retrait progressif des 50-64 ans du marché du travail, en lien avec les mesures de cessation anticipée d'activité, la faible activité des seniors se maintient. La durée d'activité se raccourcit progressivement, favorisée par l'abaissement de l'âge légal de départ à la retraite de 65 à 60 ans et le soutien de divers dispositifs publics de préretraite et dispense de recherche d'emploi<sup>30</sup>. Depuis 1995, on constate une stabilité de la faible activité<sup>27</sup>, en parallèle avec la hausse continue de l'activité féminine<sup>27</sup>. La France détient le plus faible taux d'emploi des 60-64 ans : 13% contre 26,7% dans l'UE 25.

- **Une situation en évolution dans un contexte de réformes important**

Au cours du dernier demi-siècle, la relation au travail des plus de 60 ans s'est profondément modifiée : l'âge de cessation d'activité a beaucoup reculé.

Deux réformes majeures ont eu un impact sur le maintien dans l'emploi des seniors :

La réforme de 1993, qui cible les seuls salariés du privé, a concerné 2 axes importants : la hausse de la durée requise pour bénéficier du taux plein de retraite de 150 à 160 trimestres à partir de la génération 1933 et l'allongement du nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire de référence : les 25 meilleures années au lieu des 10 meilleurs salaires bruts plafonnés et revalorisés précédemment<sup>31</sup>.

La réforme de 2003 a concerné les salariés du public d'une part et du privé d'autre part. Pour le privé, à partir de la génération 1949, la durée d'assurance pour bénéficier du taux plein augmentera pour tenir compte des gains d'espérance de vie ; il faudra 41 années de cotisation à partir de la génération 1952, puis cette augmentation se poursuivra. Une décote est prévue, atteignant 5% par année manquante pour les générations nées après 1952. Pour le public, le taux de liquidation demeure de 75 % mais la durée de cotisation augmente au rythme de 2 trimestres par an pour rejoindre celui du régime général<sup>28</sup>.

Ces différentes mesures ont une influence sur les comportements de poursuite d'activité et de liquidation plus tardive, notamment si le senior a suivi des études supérieures.

- **Vers un taux d'emploi des seniors plus important et une plus longue période d'activité à l'horizon 2050**

Les seniors resteraient en activité de 2 à 5 ans de plus et le taux d'activité des plus de 60 ans retrouverait progressivement son niveau du début des années 1980<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA PROPECTIVE ET DE L'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES. *France 2025, diagnostic stratégique*. Paris : La documentation française, 2008. 269 pages.

<sup>31</sup> INSEE. *Données sociales 2006, la société française*. INSEE : Paris, 2006.

<sup>32</sup> EL MEKKAOUI DE FREITAS Najat, DUC Cindy, BRIARD Karine, LEGENDRE Bérangère, MAGE Sabine. *Aléas de carrière Inégalité et retraite*. 2008.

**Tableau 7 : Évolution du taux d'activité des personnes âgées depuis 1975<sup>33</sup>**

Sexe et âges	1975	1982	1989	1996	2002	2003*
en %						
<b>Hommes</b>						
65 à 69 ans	22,9	11,1	7,5	4,6	3,2	4,3
70 à 74 ans	11,9	5,6	3,3	2,6	1,7	1,2
75 ans ou plus	5,4	2,7	2,1	0,8	0,9	0,7
<b>65 ans ou plus</b>	<b>14,0</b>	<b>6,0</b>	<b>4,4</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>1,9</b>
<b>Femmes</b>						
65 à 69 ans	11,9	4,9	4,2	3,6	2,4	2,5
70 à 74 ans	4,7	2,5	1,5	0,6	0,5	0,6
75 ans ou plus	2,1	1,2	0,6	0,2	0,4	0,3
<b>65 ans ou plus</b>	<b>5,8</b>	<b>2,4</b>	<b>1,9</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>

\* Les données 2003 sont issues de la nouvelle enquête Emploi, elles ne sont pas pleinement comparables à celles des enquêtes précédentes.

Source : Insee, enquêtes Emploi de janvier 1975, janvier 1982, mars 1989, mars 2002 et année 2003.

## 2.2.2 Une loi ambitieuse en faveur de l'emploi des personnes handicapées

Ce chapitre consacré à l'emploi des personnes handicapées est renseigné uniquement par l'enquête nationale « Santé, handicap et travail » de 2007<sup>34</sup> conduite par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) du ministère de l'emploi et de la solidarité. Cette étude récente apporte des données précises en fonction des groupes de population handicapée retenue.

- **Les deux définitions de la population handicapée face à l'emploi**

Cette enquête retient deux définitions du handicap.

La 1<sup>ère</sup> s'appuie sur le critère de reconnaissance administrative du handicap.

La 2<sup>ème</sup> est fondée sur une définition plus large du handicap construite, à partir de différents critères et qui concerne l'ensemble des personnes déclarant avoir un problème de santé durable et éprouver une gêne dans leurs activités.

Ici ne seront abordées que les personnes avec une reconnaissance administrative de leur handicap. L'étude présente comme limite de ne pas inclure les personnes vivant en établissement.

« En 2007, 1,8 million de personnes âgées de 15 à 64 ans et vivant à domicile, déclarent avoir une reconnaissance administrative du handicap leur permettant de bénéficier de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé. Si on ajoute à cette population les personnes ayant un problème de santé depuis au moins six mois et rencontrant des difficultés importantes dans leurs activités quotidiennes ou vis-à-vis du travail ou ayant eu un accident du travail dans l'année, on aboutit à une population, plus large, de 9,6 millions de personnes. »<sup>31</sup>

- **Une loi ambitieuse mais des efforts à poursuivre**

La loi 2005 a réaffirmé l'obligation d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés, renforcé les sanctions, créé des incitations et les a étendues au secteur public. Elle donne la priorité au travail en milieu ordinaire<sup>35</sup>.

Malgré ces incitations et les sanctions prévues, ni le secteur privé, ni la fonction publique n'atteignent encore ce quota. En 2007, la part des personnes reconnues handicapées parmi les personnes en emploi atteint 2,5%. L'accès à l'emploi des personnes handicapées est un processus au long cours laissant présager des évolutions à moyen et long terme.

<sup>33</sup> INSEE. *Les personnes âgées* [en ligne]. [réf. du 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/persag05.pdf?bcsi\\_scan\\_81F6D937FFBA0F46=0&bcsi\\_scan\\_filename=persag05.pdf](http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/persag05.pdf?bcsi_scan_81F6D937FFBA0F46=0&bcsi_scan_filename=persag05.pdf)

<sup>34</sup> DARES. *L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007. Première synthèses*, 2008.

<sup>35</sup> MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITÉS. *Loi handicap, mettons la en place pour que chacun trouve sa place* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.myobase.org/GEIDFile/guide\\_loihandicap.PDF?Archive=191596891977&File=guide\\_loihandicap\\_PDF](http://www.myobase.org/GEIDFile/guide_loihandicap.PDF?Archive=191596891977&File=guide_loihandicap_PDF)

En 2007 et sur base déclarative, l'enquête Santé Handicap et Travail relève que 1,8 million de personnes de 15 à 64 ans soit 5% de la population en âge de travailler déclarent avoir une reconnaissance officielle de leur handicap ouvrant potentiellement droit au bénéfice de l'Obligation d'Emploi de Travailleur Handicapé (OETH).

La population avec une reconnaissance officielle du handicap et vivant à domicile compte 640 000 personnes en emploi en 2007.

- **Un taux d'activité inférieur pour les personnes avec une reconnaissance administrative par rapport à la population générale**

Plus de la moitié des personnes reconnues handicapées et vivant à domicile sont inactives. Elles ont un taux d'emploi très inférieur à l'ensemble de la population en âge de travailler (soit 44% contre 71 % pour la population générale). De même, le taux d'emploi de la population reconnue handicapée est de 35% contre 65% pour la population totale.

- **Un taux de chômage des personnes handicapées plus de 2 fois supérieur à celui de la population générale**

Les obstacles à l'emploi sont nombreux pour les personnes handicapées qui recherchent un emploi. En 2007, la population reconnue handicapée a un taux de chômage de 19% contre 8% en population totale âgée de 15 à 64 ans.

Selon la DARES, « Quel que soit le contour retenu, la population des personnes handicapées est relativement âgée et peu diplômée. La population des personnes ayant une reconnaissance officielle du handicap est en revanche plus masculine que la population totale, alors que celle définie dans un sens large est plus féminine. Les difficultés de participation au marché du travail et d'accès à l'emploi concernent surtout les personnes avec une reconnaissance administrative du handicap. Leur taux d'activité est très inférieur à celui de l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans (44 % contre 71 % en 2007) et leur taux d'emploi aussi (35 % contre 65 %). Ces personnes occupent plus souvent des postes peu qualifiés et à temps partiel que l'ensemble de la population. Elles expriment des besoins importants en matière d'aménagement du poste de travail ainsi qu'en soutien et compréhension des collègues et des supérieurs. Le taux de chômage des personnes atteintes d'un handicap reconnu par l'administration est plus du double de celui de l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans. Les trois quarts d'entre elles jugent que leurs problèmes de santé rendent plus difficile leur recherche d'emploi. »<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> DARES. *L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007. Première synthèses.* 2008.

## 2.3 Niveau de vie et revenus

### 2.3.1 Niveau de vie des personnes âgées, une évolution incertaine

Ce chapitre concerne l'évolution des conditions de vie et du revenu des plus de 60 ans et aborde les perspectives à l'horizon 2020.

- **Une amélioration du niveau de vie depuis les années 60 mais une évolution incertaine**

L'amélioration continue du niveau de vie moyen des personnes âgées constatée partout en Europe depuis les années 60 devrait, pour certains, se prolonger jusqu'en 2020 et au delà, malgré les réformes sur les retraites généralisées depuis une dizaine d'années.

Si le niveau de vie est légèrement inférieur de 5% par rapport à celui de l'ensemble de la population, certains disposent d'une situation plus favorable : couples d'anciens bi-actifs ou hommes seuls dont les revenus moyens sont égaux voire supérieurs à la moyenne des ménages européens.

Il existe néanmoins une incertitude quant au niveau des retraites liée à la précarité de l'emploi, à la transformation des structures familiales, au poids des personnes seules. Ces facteurs conduiraient à une baisse du nombre de personnes pouvant bénéficier d'un revenu confortable <sup>37</sup>.

- **Un niveau de vie inférieur de 10% à celui des actifs**

En France, selon une note établie en 2006 par l'INSEE (Division revenus et patrimoine des ménages pour le Conseil d'Orientation des Retraites<sup>38</sup>), le niveau de vie moyen d'un ménage dont la personne de référence est retraitée s'élève en 2003 à 17 015 € par an par unité de consommation ou 25 523 € pour un couple. Ce niveau de vie est inférieur de 10% au niveau de vie moyen des ménages dont la personne de référence est un actif, qui est de 18 995 € par unité de consommation.

Les évolutions du niveau de vie depuis 1998 ont été plus favorables aux actifs qu'aux retraités, ce qui a creusé l'écart initial (progression du niveau de vie des retraités de 7% contre 10% pour les actifs). En terme de revenu disponible par ménage, la progression des ressources des retraités n'est que de 5,3% en moyenne, soit 2 points de moins que la progression du niveau de vie moyen.

- **Un taux de pauvreté croissant pour les personnes seules**

La solitude est un facteur de pauvreté chez la personne âgée. Parmi les personnes pauvres de 65 ans et plus, 3 sur 4 vivent seules<sup>39</sup>.

- **Une catégorie de personnes plus fragiles : les allocataires du minimum vieillesse**

Près de 600 000 sont allocataires du minimum vieillesse et représentent 4,5 % des plus de 65 ans. Ce sont souvent des femmes ou des personnes seules (carrières incomplètes, anciens exploitants agricoles...).

Par ailleurs, 14 millions de plus de 54 ans ont perçu une pension de reversion en 2004, dont le montant moyen brut est de 580 euros (du même montant que le minimum vieillesse).

---

<sup>37</sup> FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES PLUS DEFAVORISES. *Le mal logement des personnes âgées un phénomène sous estimé*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2009.

<sup>38</sup> INSEE. *Revenus des retraités et des actifs*. Paris : INSEE Direction des statistiques pour le Conseil d'Orientation des Retraites, 2006.

<sup>39</sup> OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. *Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008*. Paris : La documentation française, Paris, 2008.

### 2.3.2 Niveau de vie des personnes handicapées, une tendance vers l'amélioration

Contrairement aux personnes âgées ou à la population générale, très peu d'études font état des revenus de la population handicapée. Ce chapitre est donc abordé principalement par défaut sous l'angle des prestations.

- **Le droit à compensation : le financement du projet de vie**

Le principal objectif de la loi 2005 a été d'aménager les ressources des personnes handicapées. Pour ce faire, elle a sensiblement modifié les règles d'attribution des allocations en marquant une distinction entre ce qui relève de la compensation des conséquences du handicap, avec l'instauration d'une prestation de compensation, et ce qui a trait à l'attribution d'un minimum décent de ressources d'existence pour les intéressés. Les personnes handicapées peuvent donc consacrer l'intégralité de leurs revenus à la prise en charge des dépenses courantes de la vie quotidienne.

- **Une amélioration des ressources des personnes handicapées pour favoriser la vie autonome<sup>40</sup>**

Indépendamment du droit à compensation, la loi handicap améliore les ressources des personnes handicapées qui perçoivent l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

La loi du 11 février 2005 a créé, pour les personnes qui travaillent en milieu ordinaire ou en ESAT, une possibilité de cumul partiel de l'AAH avec un revenu d'activité professionnelle. L'objectif était de favoriser l'insertion professionnelle des titulaires de l'AAH et de faire en sorte que l'effort pour exercer une activité ne soit pas annulé par une diminution rapide des ressources d'activité. Dans cet esprit, la loi de finances pour 2009 (loi n°2008-1425 du 27 décembre 2008) a apporté des modifications en couplant notamment toute demande d'AAH d'une demande de RQTH (art. L821-7-2 du code de la sécurité sociale). Par ailleurs, la demande de RQTH est assortie d'une orientation professionnelle (art. L5213-2 du code du travail). L'objectif de cette disposition est d'élargir et de faciliter l'accès des demandeurs d'AAH aux avantages offerts par la RQTH et l'orientation professionnelle.

Les personnes handicapées qui peuvent travailler mais qui sont au chômage en raison de leur handicap peuvent, depuis la loi du 11 février 2005, percevoir la Majoration pour la vie autonome. D'un montant de 104,77 euros par mois, revalorisée chaque année, elle remplace l'ancien complément d'AAH. Elle a pour objectif de favoriser la vie autonome en permettant aux bénéficiaires de faire face à leurs dépenses de logement.

Les personnes handicapées qui se trouvent dans l'incapacité quasi absolue de travailler bénéficient d'un complément de ressources (CPR) qui majore l'AAH à taux plein pour constituer la Garantie de ressources aux personnes handicapées (GRPH). Le CPR est une allocation forfaitaire de 179,31€/mois qui tend à compenser l'absence durable de revenus d'activité. Il n'est pas cumulable avec la Majoration pour la vie autonome.

- **Un revenu de remplacement pour les assurés sociaux : la pension d'invalidité**

La pension d'invalidité du régime de la sécurité sociale est une prestation destinée à garantir à l'assuré social un revenu de remplacement. Elle compense une perte de gain résultant d'une réduction de sa capacité de travail suite à un accident, une maladie non professionnelle, une usure prématurée de l'organisme.

Les pensions d'invalidité peuvent être attribuées aux assurés sociaux âgés de moins de 60 ans qui présentent une réduction des deux tiers au moins de leur capacité de travail ou de gain. La sécurité sociale distingue trois catégories de personnes invalides permettant l'attribution de pensions avec des montants différents (262,77 euros à 1 429,50 euros). L'allocation du fonds spécial d'invalidité (FSI) peut être versée en complément d'une pension d'invalidité si les ressources de l'assuré sont inférieures à un plafond dont le niveau est proche du minimum vieillesse (aujourd'hui ASPA :

---

<sup>40</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Loi handicap, mettons la en place pour que chacun trouve sa place* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.mybase.org/GEIDFile/guide\\_loihandicap.PDF?Archive=191596891977&File=guide\\_loihandicap\\_PDF](http://www.mybase.org/GEIDFile/guide_loihandicap.PDF?Archive=191596891977&File=guide_loihandicap_PDF)

allocation de solidarité aux personnes âgées). Si la personne bénéficie d'une pension de 3<sup>ème</sup> catégorie et qu'elle a besoin de l'aide d'une personne pour effectuer certains actes de la vie quotidienne, elle peut bénéficier d'une majoration de ressources appelée « Majoration pour Tierce Personne » (MTP) d'un montant forfaitaire de 1 029,10 euros par mois.

- **Un niveau de vie relativement faible par rapport à la population générale**

Même si les ressources des personnes handicapées ont été revalorisées grâce à la loi 2005, elles ont en moyenne des revenus plus faibles que la population générale. Cela est dû notamment au faible accès à l'emploi ou à leur faible qualification qui limite la possibilité d'obtenir des revenus plus importants.

- **Une amélioration de la qualité de vie avec la Prestation de Compensation du Handicap**

La loi du 11 février 2005 réaffirme le droit à « la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie » (art. L.114-1-1 du CASF). Non considéré comme un élément de ressource, la PCH permet néanmoins une amélioration certaine de la qualité de vie. Elle vise à permettre aux personnes handicapées adultes de satisfaire à leurs besoins en aides humaines, techniques, animalières, spécifiques ou de toute autre nature ainsi qu'à l'aménagement de leur logement ou de leur véhicule de par des financements spécifiques.

## 2.4 Logement

- **Une offre de logements qui peine à répondre à la demande**

Les Rhonalpins et plus globalement les Français rencontrent des difficultés en matière de logement. La construction se développe mais la demande n'est pas absorbée par cette nouvelle offre.

Le nombre de logements mis en chantier est progressivement descendu de 344 000 unités dans les années 1980 à 284 000 unités dans les années 1990, avant de remonter à 401 000 en 2006<sup>41</sup>.

A titre d'exemple, 2 000 logements sociaux neufs sont construits chaque année sur l'agglomération lyonnaise tous bailleurs confondus, alors que 57 000 demandes ont été enregistrées sur la seule année 2007.

- **Des prix qui ont fortement augmenté en 10 ans**

Les ménages modestes sont fragilisés par la hausse des prix de vente ou de loyer. Les dispositifs publics en faveur du logement social ou de l'accession à la propriété ont bénéficié à de nombreux ménages mais sont encore insuffisants par rapport à l'ampleur des besoins en logement<sup>42</sup>. Les loyers ont augmenté de 40 % entre 1998 et 2007<sup>38</sup>. Le Rhône compte parmi les départements dont l'évolution du prix moyen d'un appartement de moins de 75m<sup>2</sup> est de 150 % et plus.

- **Un accès au logement toujours plus difficile pour les ménages modestes et pour certains, une situation de mal-logement**

En milieu urbain, de jeunes ménages souffrent toujours du manque d'espace et quelques ménages âgés en milieu rural ne disposent toujours pas du confort sanitaire minimum<sup>43</sup>. La demande de logement devrait rester durablement élevée pour des raisons démographiques dans les prochaines années.

- **Des répercussions sur les personnes âgées et handicapées**

L'augmentation des demandes de droit commun et la précarisation de la population sont des facteurs de tension qui devraient se répercuter probablement de manière amplifiée sur les populations de personnes âgées et de personnes handicapées en demande de logement social.

- **Une augmentation des personnes âgées en logement social**

Dans le parc social, la part des locataires de plus de 75 ans a progressé de 33% au cours des années 90 et celles des 60-75 ans de 20%. Un quart des occupants a plus de 60 ans, entraînant un manque de fluidité et un accès plus difficile pour les jeunes populations<sup>44</sup>.

Si 72% des retraités sont propriétaires de leur logement ou occupants à titre gratuit, les plus modestes notamment ont de plus en plus de difficultés pour entretenir leur patrimoine immobilier et à l'adapter à l'évolution de la perte d'autonomie.

---

<sup>41</sup> ANAH. *Atlas 2008, De l'habitat privé, Fonctions, enjeux, évolutions.*

<sup>42</sup> INSEE. *Logement, Rhône-Alpes affronte la crise du logement abordable* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/rhone-alpes/rfc/docs/Bilan2006Logement.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/rhone-alpes/rfc/docs/Bilan2006Logement.pdf)

<sup>43</sup> JACQUOT Alain. Cinquante ans d'évolution des conditions de logement des ménages. In : *Données sociales, La société Française*. Paris : INSEE, 2006.

<sup>44</sup> FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. *Le mal logement des personnes âgées un phénomène sous estimé*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2009.



## 2.5 Transports

Les conditions d'accès des personnes âgées ou handicapées aux différents aspects de la vie quotidienne au plan de l'emploi, des loisirs, de la culture, de la citoyenneté, du logement sont un puissant vecteur de cohésion sociale. Cet objectif implique que tous les acteurs publics contribuent à la mise en accessibilité des moyens de transport collectifs mais aussi de l'espace public et du cadre bâti par des réponses techniques adaptées.

- **Les différents types de transports et compétences**

Dans le domaine du transport, la loi LOTI « Loi d'Orientation Transport Intérieur » de 1982 distingue plusieurs niveaux territoriaux de compétences se complétant : les services de transports urbains, les services de transports non urbains d'intérêt départemental et les services de transports d'intérêt régional<sup>45</sup>.

Les services de transports urbains relèvent de communes ou de groupements de communes.

Les services de transport non urbains d'intérêt départemental relèvent du Conseil Général, hors périmètre des transports urbains. Ils comprennent des services réguliers et des services à la demande de transports routiers, y compris les transports scolaires et des services routiers de substitution au service ferroviaire. Les services de transport d'intérêt régional relèvent pour leur part du Conseil Régional et comprennent les services routiers réguliers non urbains d'intérêt régional et les services ferroviaires régionaux.

Les compétences en matière de transport sont par conséquent éclatées entre plusieurs institutions.

- **Une offre répartie sur l'ensemble du département**

80% des 1 650 000 personnes vivant dans le Rhône habitent dans la seule agglomération lyonnaise. L'attractivité de cette dernière, qui concentre une grande partie des emplois du département, a contribué à la création de réseaux de transports départementaux convergeant vers l'agglomération lyonnaise. Pour le reste de l'aire métropolitaine, un maillage a été mis en place dans le cadre des compétences départementales.

Ce maillage comprend plusieurs niveaux :

- Niveau 1 : composé de 16 lignes régulières dites fortes, en accès direct et autour de Lyon
- Niveau 2 : 12 lignes, dites lignes de desserte locale, dans le reste du département, zone moins urbanisée
- Niveau 3 : les lignes de transports à la demande avec 58 lignes de Transport A la Demande (TAD) au total, fonctionnant sur réservation préalable
- Niveau 4 : les services de transport scolaire
- Niveau 5 : les navettes OÙRA avec un service de 7 navettes en correspondance horaire avec les TER.

Plusieurs autres autorités gérant le transport sont en lien avec le Département : le SYTRAL : Syndicat Mixte des Transports pour le Rhône et l'agglomération Lyonnaise, le STAV : Service des Transports de l'Agglomération de Villefranche et la Région Rhône-Alpes.

- **Le Schéma directeur d'accessibilité adopté par le Rhône**

Dans un délai de 10 ans et à compter de la date de publication de la loi, soit le 12 février 2015, les services de transports collectifs doivent se mettre en mesure d'assurer l'accessibilité pour les Personnes à Mobilité Réduite (PMR : les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes enceintes ou personnes avec des objets encombrants). A ce titre, différents outils de planification sont prévus dont le Schéma directeur d'accessibilité<sup>42</sup>. Pour les personnes sans possibilité d'accessibilité aux transports, des services de substitution devront être mis en place dans un délai

---

<sup>45</sup> KOMPANY Soraya. *Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation*. Héricy : Editions du puits fleuri, 2008.

de trois ans à compter de l'approbation du Schéma directeur par l'autorité organisatrice de transport<sup>46</sup>.

Le Département du Rhône a déjà défini sa politique départementale en matière de transports à travers un Schéma d'accessibilité adopté en 2008. Il concerne l'accès aux transports pour toutes les personnes à mobilité réduite et propose le Transport A la Demande (TAD zonal), transport de porte à porte, pour les personnes « sans solution ».

- **Le transport à la demande pour lutter contre l'isolement**

22 248 voyageurs ont utilisé le TAD en 2008. Le principe du TAD zonal vise à offrir un service qui puisse répondre aux objectifs de la loi sur l'accessibilité, en permettant de remettre dans le champ de l'autonomie des personnes à mobilité réduite qui sont actuellement exclues du système de transports en commun.

- **Des transports adaptés spécifiques**

Une offre de transport spécialisée notamment pour les personnes handicapées s'est développée. Elle peut être associative ou dépendant des autorités organisatrices de transport qui sont développées ci-dessus.

---

<sup>46</sup> KOMPANY Soraya. *Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation*. Héricy : Editions du puits fleuri, 2008.

## 2.6 Urbanisation et services de proximité

Concernant l'urbanisation, l'INSEE a analysé les données de 2006, comparées à celles de 1999<sup>47</sup>. Plusieurs grandes lignes ressortent de cette étude.

Les populations des différents espaces urbain, péri-urbain, rural ont progressé sensiblement de la même façon, contrairement à la décennie précédente où on observait un contraste important avec de plus fortes hausses dans l'espace péri-urbain.

- **Lyon et sa proche banlieue se densifient**

Lyon et Villeurbanne gagnent des habitants. Après avoir subi des départs et des baisses de population, la proche banlieue voit sa population se stabiliser également.

- **La péri-urbanisation s'étend à l'extérieur du département**

Elle touche des territoires plus éloignés et s'étend à l'extérieur du département, à 30-50 km de la ville-centre. Ainsi les bourgs et les villages situés à moins de 30 km de Lyon se peuplent plus lentement qu'au cours de la décennie précédente.

- **Le renouveau des campagnes : Ouest, Monts du Lyonnais, Vallée de l'Azergue et Beaujolais**

L'espace rural est en voie de re-dynamisation. Il est caractérisé par un renouveau démographique avec réduction des zones de désertification et extension de territoires dont la population croît rapidement.

- **L'activité des services de proximité difficile à analyser**

Les services de proximité sont recensés sur 15 territoires du département. Leur développement témoigne d'une vitalité du territoire mais il est difficile à l'heure actuelle d'en faire une analyse. Pourtant cette connaissance est intéressante car ce réseau participe à la vie sociale des personnes (cf site INSEE Rhône-Alpes).

---

<sup>47</sup> INSEE RHONE ALPES. Rhône : Une péri urbanisation de plus en plus lointaine. INSEE La lettre résultats, n° 104, 2009.

## 3 INÉGALITÉS ET DISPARITÉS

S'il existe au plan national des politiques et des plans dont l'objectif est d'apporter des réponses claires et universelles, Certains territoires nécessiteraient une approche différenciée. En effet, la population générale à qui s'adressent ces mesures est très hétérogène. Les populations spécifiques des personnes âgées et des personnes handicapées présentent des problématiques parfois similaire.

La précarité, le travail et les modes de vie sont des réalités qui reflètent de fortes disparités. Le handicap est par nature une inégalité, qu'il soit congénital ou non, et sans compensation peut constituer une source de précarité.

Une politique publique cohérente s'adressant au plus grand nombre est indispensable. Elle doit toutefois laisser une marge de manœuvre aux politiques territoriales pour s'adapter au mieux aux réalités des populations vivant sur son territoire. C'est ainsi que l'approche horizontale partant du territoire est la plus à même pour apporter des réponses adaptées et coordonnées dans une perspective de transversalité des approches.

On considère que les inégalités sont liées non seulement à la personne elle-même mais aussi à son environnement. Le schéma a pour objectif l'égalité des chances et la citoyenneté pour chacun, quel que soit son âge ou son handicap. Dans cet esprit, il s'agira de tenir compte des données environnementales.

### 3.1 Inégalités sociales et inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé concernent les liens entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Elles mettent en lumière les écarts entre hommes et femmes, entre groupe socio-économiques et entre territoires qui ont un impact, sur de nombreux aspects de la santé des populations ; la santé au sens de l'OMS : santé sociale, physique et mentale.

La France est considérée comme l'un des pays présentant le meilleur système de santé au monde. Cependant des inégalités notamment en matière d'accès aux soins persistent, malgré des avancées notables (ex : CMU qui visait à améliorer l'accès aux soins des populations défavorisées).

Récemment la loi *Hôpital Patient Santé Territoire* adopté récemment va probablement modifier le paysage sanitaire et médico-social. En effet, elle a pour ambition de moderniser le système de santé en France et de réformer l'hôpital pour mieux répondre aux besoins des populations.

Par ailleurs, une circulaire interministérielle du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale prévoit la mise en place de contrats locaux de santé. Ils sont mis en oeuvre par l'ARS notamment avec des collectivités territoriales et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées des sites urbains en difficulté. Ainsi la santé devient une des cinq priorités thématiques de la politique de la Ville.

- **Une situation paradoxale**

La situation en France présente un paradoxe important. Si l'espérance de vie augmente, les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas<sup>48</sup>.

- **Une mortalité liée au statut socio-professionnel**

---

<sup>48</sup> HIRSCH Martin. La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale. *BEH*, 2007 n° 2 3.

Les inégalités de mortalité, selon le niveau d'instruction, sont très élevées en France par rapport autres pays de l'UE<sup>49</sup>. Les ouvriers ont un taux de mortalité plus de deux fois supérieur à celui des cadres. Cette différence s'est accrue entre les périodes 1975-1990 et 1990-1995<sup>50</sup>.

- **De nombreux facteurs contribuant aux inégalités sociales de santé**

Les facteurs de risque ou déterminants de mauvaise santé contribuant aux inégalités sociales sont multiples. Certains sont liés aux conditions socio-économiques (logement, accès aux biens de consommation, alimentation) y compris celles vécues pendant l'enfance. D'autres sont liés à un environnement physique défavorable que ce soit au domicile ou sur le lieu de travail (nuisances sonores, conditions de travail physiquement pénibles, horaires décalés, manque d'autonomie, de reconnaissance ou de soutien). Ces facteurs sont plus présents dans les groupes de population les moins instruits ou aux revenus les plus faibles ou pour les professions manuelles non qualifiées. Les comportements individuels face à la santé sont également un facteur contribuant aux inégalités sociales de santé.

- **Des ressources très inégales chez les personnes âgées**

Selon Jean de Kervasdoué<sup>51</sup>, les retraités qui auront 85-89 ans en 2020 donc nés entre 1931 et 1935 « disposent du niveau de vie le plus élevé de toutes les générations ». Cette génération sera la plus favorisée dans les 20 prochaines années parmi la population en général.

L'évolution du niveau de vie par tranche d'âge entre 2000 et 2020 montre la nette amélioration relative des plus de 80 ans, en particulier à partir de 2010, par rapport aux autres catégories de retraités : hausse de leur niveau de vie proche de 50 %, fortes hausses des retraites mensuelles moyennes et forte hausse du patrimoine médian.

En revanche, compte tenu « d'un effet génération » et de la conjoncture économique, une détérioration du niveau de vie des moins de 70 ans entre 2010 et 2015 est en perspective.

Selon l'étude sur le mal-logement de la Fondation Abbé Pierre, les disparités risquent d'augmenter à l'avenir, étant donné que les parcours de vie (âge d'entrée dans la vie active, espérance de vie, période d'inactivité) sont de plus en plus affectés par des aléas de carrière, par l'instabilité des revenus et la survenue des périodes de chômage<sup>52</sup>.

- **Inégalités et handicap : de multiples volets<sup>53</sup>**

Selon l'Observatoire des Inégalités, le handicap est source de multiples inégalités. En dehors de fortes inégalités dans l'accès à l'emploi déjà abordées dans ce document, la question du logement est aussi concernée : 1,2 million de personnes rencontrent d'importants problèmes d'accessibilité à leur logement. L'accès aux soins est également une source d'inégalités pour les personnes handicapées<sup>54</sup> (décrite dans le chapitre consacré à l'accès aux soins des personnes handicapées). La participation des personnes handicapées à la vie sociale, culturelle, sportive, reste relativement restreinte en raison du manque d'aménagements spécifiques même si quelques efforts ont été réalisés.

- **Survenue du handicap et milieu social**

D'après l'enquête HID, le handicap ne touche pas de manière égale toutes les catégories sociales. Les ouvriers ont plus de risque d'être en situation de handicap que les cadres et la prévalence de la déficience dépend de la position sociale<sup>55</sup>. La proportion de personnes déclarant au moins une déficience est 1,65 fois plus grande dans les catégories défavorisées que chez les cadres ; la proportion de personnes déclarant au moins 2 déficiences est 2 fois plus grande dans les catégories

---

<sup>49</sup> CAMBOIS Emmanuelle, JUSOT Florence. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. *BEH*, 2007 n° 2 3.

<sup>50</sup> SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA PROSPECTIVE DE L'EVALUATION DE POLITIQUES PUBLIQUES. *France 2025, diagnostic stratégique*. Paris : La documentation française, 2008. 269 pages.

<sup>51</sup> DE KERVASDOUE Jean. *Le niveau de vie des personnes âgées - une croissance significative 2005-2012* » Fondation d'entreprise ORPEA

<sup>52</sup> FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. *Le mal logement des personnes âgées un phénomène sous estimé*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2009.

<sup>53</sup> OBSERVATOIRE DES INEGALITES. *Conditions de vie Handicap Données issues de l'observatoire des inégalités* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.inegalites.fr/spip.php?page=sous\\_rub\\_complexe&id\\_groupe=13&id\\_mot=139](http://www.inegalites.fr/spip.php?page=sous_rub_complexe&id_groupe=13&id_mot=139)

<sup>54</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Audition publique, Accès aux soins des personnes en situation de handicap*. 2008.

<sup>55</sup> BROUARD Cécile, ROUSSEL Pascale. *Handicap en chiffres 2005*. Paris : Editions du CTNERHI, 2005.

défavorisées que chez les cadres . De plus, les inégalités sociales s'amplifient lorsqu'on passe des déficiences aux incapacités et aux désavantages.

## 3.2 Inégalités territoriales

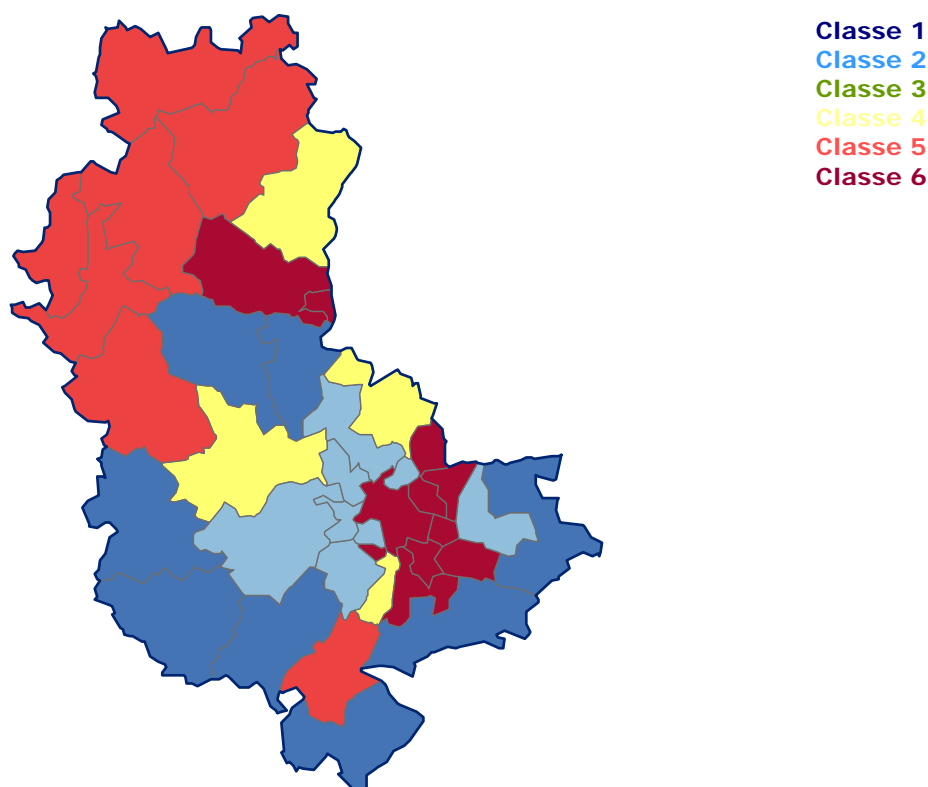
- **Des inégalités territoriales de santé**

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) a été arrêté en septembre 2006 par le Préfet de Région après un processus de concertation et d'élaboration. Un axe majeur de ce plan est d'orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités de santé, dont les inégalités géographiques. Dans cette perspective et afin d'optimiser l'adéquation entre les moyens développés et les besoins, le comité de pilotage du PRSP a souhaité pouvoir identifier des territoires-cibles au sein de la région. Un travail a été confié à l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes<sup>56</sup>.

Il ressort que le département du Rhône est le département de la région Rhône Alpes qui présente la situation la plus contrastée en matière de santé (état de santé, indicateurs offre de soins libérale et situation socio-démographique...) avec d'une part des zones défavorisées : le Beaujolais, le Grand Ouest lyonnais, l'Est de l'agglomération et d'autre part, des zones favorisées : l'Ouest lyonnais, notamment la deuxième couronne lyonnaise<sup>57</sup>.

L'Observatoire Régional de la Santé a également réalisé 20 diagnostics de santé sur Lyon et sa couronne Nord et Est. Les mêmes constats se retrouvent dans des zones urbaines défavorisées : difficultés d'accès aux soins sous toutes ces formes : alimentation, diabète, santé mentale et autres.

Figure 15 : Typologie des cantons du Rhône<sup>54</sup>



Source : ORS, mai 2007

<sup>56</sup> FONTAINE Denis, GUYE Olivier, JOSEPH Véronique, SONKO Abdoul. *Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes Analyse en composantes principales et typologie des territoires*. Lyon : Observatoire Régional de la Santé, 2007.

<sup>57</sup> GUYE Olivier. *Disparités régionales Synthèse d'une étude régionale d'identification de territoires cibles en santé et autres retours d'expérience*, Observatoire Régional de la Santé, 13 mars 2008.

L'analyse multidimensionnelle des cantons au travers des 15 variables fait ressortir six classes de cantons, dont trois plutôt favorisées (classes 1 à 3) et trois plutôt défavorisées (classes 4 à 6) :

La classe 1 (8 dans le Rhône). Il s'agit de cantons en sous-mortalité modérée avec des indicateurs de précarité favorables et un faible taux de personnes âgées. On constate une faible densité de médecins spécialistes de proximité.

La classe 2 (7 dans le Rhône). Il s'agit des cantons où la mortalité est la plus faible, avec des indicateurs de précarité favorables et un faible taux de personnes âgées. On note une forte densité d'infirmiers et de spécialistes de proximité et un faible taux de médecins en secteur 1.

La classe 3 (Rhône non concerné) marquée par leur fort taux de personnes âgées. Ils sont en sous-mortalité, particulièrement pour le diabète et les cancers, chez les hommes comme chez les femmes. Les indicateurs de précarité sont dans la moyenne. Ils sont peu dotés en spécialistes de proximité.

La classe 4 (4 dans le Rhône). Il s'agit de cantons avec une sur-mortalité, particulièrement pour le diabète (hommes et femmes), avec des indicateurs de précarité favorables et un faible taux de personnes âgées.

La classe 5 (7 dans le Rhône). Il s'agit de cantons en sur-mortalité forte, particulièrement pour la mortalité prématurée et par diabète, chez les hommes comme chez les femmes. Il y a un fort taux de chômeurs de longue durée, et un fort taux de personnes âgées. On constate une faible densité d'infirmiers mais un fort taux de médecins en secteur 1.

La classe 6 (10 dans le Rhône). Il s'agit de cantons marqués par les indicateurs de précarité les plus défavorables, avec également un fort taux de personnes âgées. La mortalité est cependant en général dans la moyenne. On constate une forte densité de spécialistes de proximité (sur place ou dans un canton contigu), mais un faible taux de médecins en secteur 1.<sup>58</sup>

- **Inégalités territoriales et conditions de vie des personnes âgées**

L'approche territoriale de santé du PRSP peut être complétée par celle développée dans une étude de l'INSEE portant davantage sur les aspects sociaux<sup>59</sup>.

Les conditions de vie des aînés diffèrent fortement d'une zone géographique à l'autre sur le territoire départemental. Les personnes âgées des zones rurales disposent de moindres revenus. Celles qui résident en ville vivent plus souvent seules.

Le degré d'urbanisation est un facteur de disparité concernant les conditions de vie. Les cantons ruraux du Nord-ouest se démarquent largement du reste du département en cumulant les handicaps : population très vieillissante, revenus et offres en structures d'accueil plus faibles<sup>56</sup>.

C'est en général dans les espaces ruraux que les personnes âgées sont plus représentées même si leur nombre reste faible.

---

<sup>58</sup> FONTAINE Denis, GUYE Olivier, JOSEPH Véronique, SONKO Abdoul. *Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes Analyse en composantes principales et typologie des territoires*. Lyon : Observatoire Régional de la Santé, 2007.

<sup>59</sup> INSEE RHÔNE-ALPES. *Conditions de vie des personnes âgées dans le Rhône : de fortes disparités à l'échelle cantonale*. Lyon : La lettre INSEE, 2003.



## 4 SANTE

### 4.1 Espérance de vie

- **Une espérance de vie élevée dans le Rhône**

On distingue l'espérance de vie à un âge donné et l'espérance de vie sans incapacité. Si l'espérance de vie est un indicateur classique de bonne santé des populations, l'indicateur d'espérance de vie sans incapacité ou en bonne santé est apprécié pour mesurer l'efficacité du système de santé<sup>60</sup>. L'espérance de vie à un âge donné précise le nombre d'années restant à vivre pour un individu.

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, et quel que soit l'âge choisi, l'espérance de vie dans le Rhône est supérieure à l'espérance de vie en région Rhône-Alpes et en France.

**Tableau 8 : Espérance de vie à la naissance et à 60 ans en 1990, 1999 et 2005<sup>61</sup>**

	1990		1999		2005	
	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France
<b>Espérance de vie à la naissance</b>						
Femmes	81,5	81	83,1	82,5	84,3	83,7
Hommes	73,6	72,9	76	75,1	77,8	76,7
<b>Espérance de vie à 60 ans</b>						
Femmes	24,4	24,2	25,6	25,3	26,5	26,4
Hommes	19,5	19	20,6	20,2	21,9	21,5

Source : Insee, Etat civil

- **Une espérance de vie en augmentation**

En France en 2006, l'espérance de vie à la naissance était de 77,4 ans pour les hommes et 84,4 ans pour les femmes, soit un écart de 7 ans<sup>62</sup>. En 2007, l'espérance de vie à la naissance des hommes était estimée à 77,6 ans, en hausse de 0,4 année sur 2006, celle des femmes à 84,5 ans, en hausse de 0,3 an<sup>59</sup>.

En 2005, l'espérance de vie dans l'Union Européenne était de 78 ans en moyenne chez les hommes et 83 ans chez les femmes. L'espérance de vie est en constante augmentation dans les pays de l'Union Européenne<sup>63</sup>. Toutefois vivre plus longtemps ne signifie pas forcément que l'on vit bien. En Europe, les hommes vivent sans ennui majeur de santé jusqu'à 67 et 7 mois ans, contre 69 ans chez les femmes<sup>60</sup>. En France, l'espérance de vie sans incapacité est très proche de la moyenne européenne soit 68 ans pour les hommes et 69 et 8 mois pour les femmes.

Enfin, l'espérance de vie des personnes handicapées a tendance à se rapprocher de celle de la population générale.

- **Une moindre performance en matière d'espérance de vie sans incapacité**

Au final, la France a une espérance de vie parmi les plus hautes de l'Union Européenne mais les performances sont moins bonnes en terme d'espérance de vie en bonne santé<sup>64</sup>.

En Europe, « Cette espérance de vie a poursuivi sa progression dans la dernière décennie, bien que de façon contrastée suivant les indicateurs utilisés ». L'évolution de l'espérance de vie sans

<sup>60</sup> SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA PROSPECTIVE DE L'EVALUATION DE POLITIQUES PUBLIQUES. *France 2025, diagnostic stratégique*. Paris : La documentation française, 2008. 269 pages.

<sup>61</sup> ORS Rhône Alpes

<sup>62</sup> PRIoux France. L'évolution démographique récente en France : l'espérance de vie progresse toujours. *Population*, 2008, 63 (3), p. 437-476.

<sup>63</sup> INSERM. *Vieillir en bonne santé : de fortes disparités entre les pays européens* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.inserm.fr/fr/presse/communiqués/att00008352/robine\\_141108.pdf](http://www.inserm.fr/fr/presse/communiqués/att00008352/robine_141108.pdf)

<sup>64</sup> SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA PROSPECTIVE DE L'EVALUATION DE POLITIQUES PUBLIQUES. *France 2025, diagnostic stratégique*. Paris : La documentation française, 2008. 269 pages.

incapacité va à « l'encontre de l'hypothèse d'une pandémie des incapacités sévères avec le vieillissement de la population »<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> CAMBOIS Emmanuelle; CLAVEL Aurore; ROBINE Jean-Marie. *L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter*. Paris : DREES, 2006.

## 4.2 Morbidité et mortalité

### 4.2.1 Morbidité et facteurs de dépendance des personnes âgées

La survenue de la dépendance dépend de nombreux facteurs, médicaux et sociaux. La fréquence, le cumul de ces facteurs et la gravité de leurs conséquences ont un impact important sur la vie des personnes âgées. La fréquence de la plupart de ces maladies augmente d'ailleurs avec l'âge.

Il est particulièrement important d'observer que la majorité de ces facteurs peuvent faire l'objet d'actions de prévention tout au long de la vie et les conséquences négatives sur la vie des personnes pourraient de ce fait être partiellement évitées. Ainsi l'espérance de vie sans incapacité pourrait augmenter sensiblement en fonction de l'engagement national dans les programmes de santé publique.

- **Les maladies neuro-cognitives**

En 2008, la prévalence de personnes âgées atteintes de maladies d'Alzheimer et syndromes apparentés (MASA) de 75 ans et plus dans le Rhône est d'environ 18 000 personnes<sup>66</sup>, soit 11,5 malades pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. 2 800 personnes sont nouvellement atteintes par la maladie chaque année dans le département. Actuellement, la majorité des personnes atteintes vivent dans l'agglomération lyonnaise et plus particulièrement dans l'Est lyonnais. Les projections pour 2020 font état de 25 000 à 32 000 personnes de 75 ans et plus atteintes de ces pathologies et de 50 000 personnes en 2040. Si le nombre de personnes atteintes devait se stabiliser dans les communes les moins peuplées, on notera une augmentation très importante dans l'agglomération lyonnaise et l'Est lyonnais.

- **Le diabète**

De 1999 à 2016, le diabète va continuer sa progression. On passera de 1 035 000 personnes de plus de 65 ans traitées à 1 539 000 personnes de plus de 65 ans traitées<sup>67</sup>. La prévalence de la maladie tous âges confondus passera de 3,16 % à une prévalence de 4,49 % et de 11,15 % à 12,75 % pour les personnes de plus de 65 ans.

- **Le cancer**

La prévalence du cancer augmente avec l'âge. En France, 5% des plus de 50 ans déclarent être atteints par un cancer. L'espérance de vie progressant, la fréquence des cancers croît également.

- **La mal-voyance et les troubles visuels**

On estime à 1,2 % la proportion de patients présentant une déficience visuelle dans la population générale. Dans l'enquête "basse vision" réalisée auprès des ophtalmologistes français, la mal-voyance concerne 7,14 % des patients qui consultent. La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) est la première cause de cécité, suivie de la rétinopathie diabétique (entre 7 % et 17%), et du glaucome (entre 5 % et 16%). La DMLA est une maladie dégénérative rétinienne invalidante, d'évolution chronique, qui débute après l'âge de 50 ans. Sa prévalence serait estimée comprise entre 1 et 2 % entre 50 et 60 ans, et supérieure à 50 % après 80 ans. En France, il a été estimé que la DMLA provoquerait une atteinte visuelle chez 800 000 à 1 million de personnes et serait responsable de 3 000 nouveaux cas par an.

- **Autres maladies et facteurs de dépendance**

Le vieillissement s'accompagne de maladies pouvant entraver le vieillissement et aboutir à un handicap ou une incapacité. Il s'agit par exemple de la presbycousie, de mauvais état bucco-dentaire, de dépression et de fractures traumatiques liées à des chutes. Le taux annuel de

---

<sup>66</sup> DDASS du Rhône. *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Document d'orientation 2008 2011 [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

<sup>67</sup> BONALDI Christophe, ROMON Isabelle, FAGOT-CAMPAGNA Anne. Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016. *BEH*, 2006, n° 10.

mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus dans le Rhône est de 62,7 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus sur la période 2003-2005<sup>68</sup>

- **Spécificités des pathologies et de la dépendance chez les migrants vieillissants**

Sur demande du service du développement social des foyers SONACOTRA de Rhône-Alpes, une étude <sup>69</sup> a été élaborée avec le Département du Rhône visant à évaluer l'état de santé physique, de physique, psychique et sociale et l'état de dépendance par rapport à la population française. Plus de 100 personnes des plus de 60 ans ont été interrogées. Les constats portent :

- sur l'isolement important de ces personnes qui sont dans un va et vient entre leur pays d'origine et la France. L'isolement social est important du fait de l'absence de leur famille en France.
- un faible recours aux dispositifs sociaux
- une dépendance précoce liée à une usure multi-factorielle
- des déficiences particulières : syndrome du mal-être avec troubles de l'humeur et dépression, troubles d'audition et de vision
- une santé mentale précaire, une prévalence du diabète plus importante
- une couverture Santé complémentaire déficiente,
- un cumul des handicaps liés aux conditions de logement et de santé précaires et à la rupture progressive des liens sociaux.

Au moment de la survenue de la dépendance, d'autres difficultés résultent d'un habitat peu adapté à une prise en charge Soins à domicile : exigüité des chambres, conditions sanitaires peu favorables etc. ).

#### 4.2.2 Morbidité des personnes handicapées

La morbidité et la mortalité de ces personnes sont plus élevées que celles de la population générale, non seulement du fait de leur handicap qui les prédispose à un risque plus élevé de pathologies, mais également du fait d'une prise en charge médicale insuffisante et inadéquate<sup>70</sup>. Il est important de noter que la morbidité est différente selon le type de handicap. Il existe toutefois peu d'études à ce sujet.

- **Le handicap psychique marqué par un risque suicidaire important**

La population souffrant de troubles psychiques a des risques de mortalité plus élevés que la population générale à cause des co morbidités : prévalence de maladies associées (problèmes cardio-vasculaires et endocrinaux...). Le risque de mort prématurée en raison des suicides (12 000 suicides par an) est une des problématiques concernant cette population.

- **Une co-morbidité pluri factorielle dans le champ du handicap mental**

Les personnes avec un handicap mental sont très largement touchées par des troubles psychiatriques, des problèmes de poids et gastro intestinaux, un manque d'activité physique. Les questions de santé identifiées pour les personnes porteuses de trisomie 21 sont la nutrition, le vieillissement précoce et des pathologies plus fréquentes que dans la population ordinaire en lien avec l'immunité (risque d'infection plus important, maladies auto immunes...).

- **Une faible morbidité liée au handicap sensoriel**

Les personnes avec handicap auditif ne rencontrent pas les mêmes problèmes que la population handicapée. Pour les personnes avec un handicap visuel, il n'existe pas de problème de santé spécifique lié à la déficience hormis le risque d'accident dans les premiers temps de leur handicap.

---

<sup>68</sup> OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES. *Indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône Alpes*. Lyon : ORS, 2008.

<sup>69</sup> FARES Hani, Chovet Frédérique, Diebold Fabienne et coll. Santé et isolement des 60 ans et plus dans les foyers Sonacotra du Rhône. BEH n° 26, 2006.

<sup>70</sup> CNSA HAS. *Appel à projet de recherche* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.cnsa.fr/IMG/doc/APR\\_07\\_conjoint\\_HAS-CNSA.doc](http://www.cnsa.fr/IMG/doc/APR_07_conjoint_HAS-CNSA.doc)

- **Une qualité de vie entravée par une co morbidité importante pour les personnes avec un handicap moteur et ou avec des maladies neurodégénératives**

Les problèmes de santé des personnes avec handicap moteur varient en fonction de la déficience. On note essentiellement des douleurs musculaires, des problèmes gynécologiques, cardiovasculaires et dentaires. S'ajoutent également des problèmes de santé mentale et de nutrition. Plusieurs études mettent en évidence un état de stress en conséquence d'une santé fragile.

D'une manière générale, les personnes handicapées sont particulièrement prédisposées au développement des pathologies bucco-dentaires. Leur prévalence est plus importante que pour la population générale. Bien que les familles et les équipes médico-éducatives soient sensibilisées à ces pathologies, la prise en compte de ce problème reste faible.

### **4.2.3 Mortalité**

La donnée la plus fiable et la plus disponible pour décrire l'état de santé de la population est la mortalité. Cet indicateur est déclinable par territoire mais aussi en fonction des causes et des âges. Décliner la mortalité peut être un outil d'analyse pour réduire les inégalités de santé.

- **Une mortalité en dessous de la mortalité générale en France**

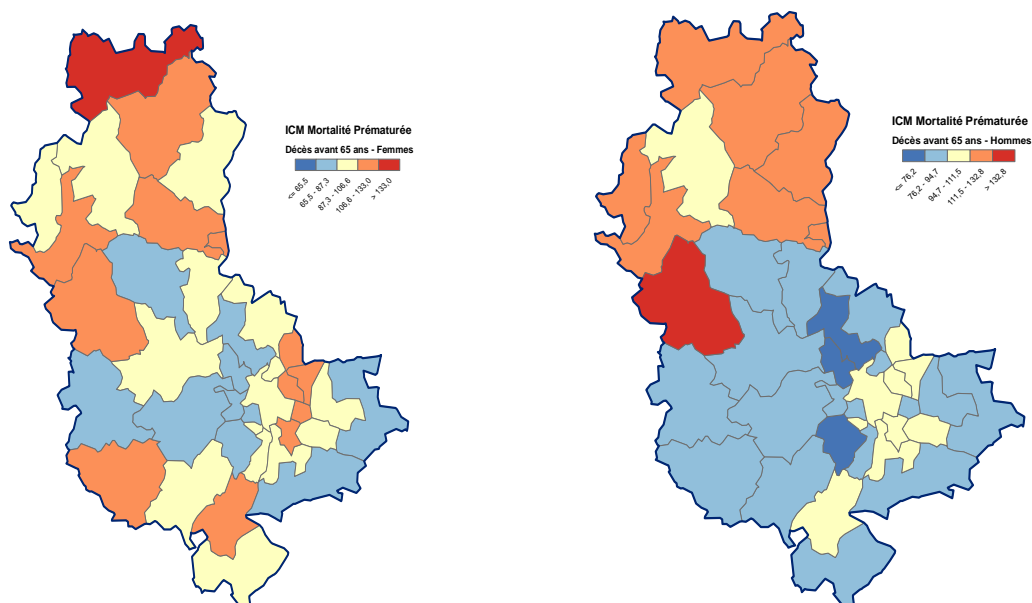
Le département du Rhône présente des taux de mortalité générale inférieurs à la moyenne générale française. Ainsi le taux annuel de mortalité pour les hommes est de 1 161,6 pour 100 000 habitants contre 1 259 en France et pour les femmes de 676,7 pour 100 000 habitants contre 736,5 sur la période 1999-2001.

- **Des disparités territoriales sur les cantons en matière de mortalité**

L'étude de l'ORS montre des disparités en terme de mortalité générale dans le Rhône. Les cantons de l'Arbresle et de Vaux en Velin présentent des taux plus importants et les cantons de Saint-Genis Laval et Oullins des taux plus faibles pour les femmes.

Des différences sont aussi constatées concernant la mortalité prématurée. Ainsi les cantons de Tarare et Monsols souffrent d'une mortalité prématurée plus importante que les autres cantons.

Figure 16 : Mortalité prématurée par canton et dans le Rhône<sup>71</sup>



source : ORS – mai 2007

- **Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire : 1<sup>ères</sup> causes de décès en 2006**

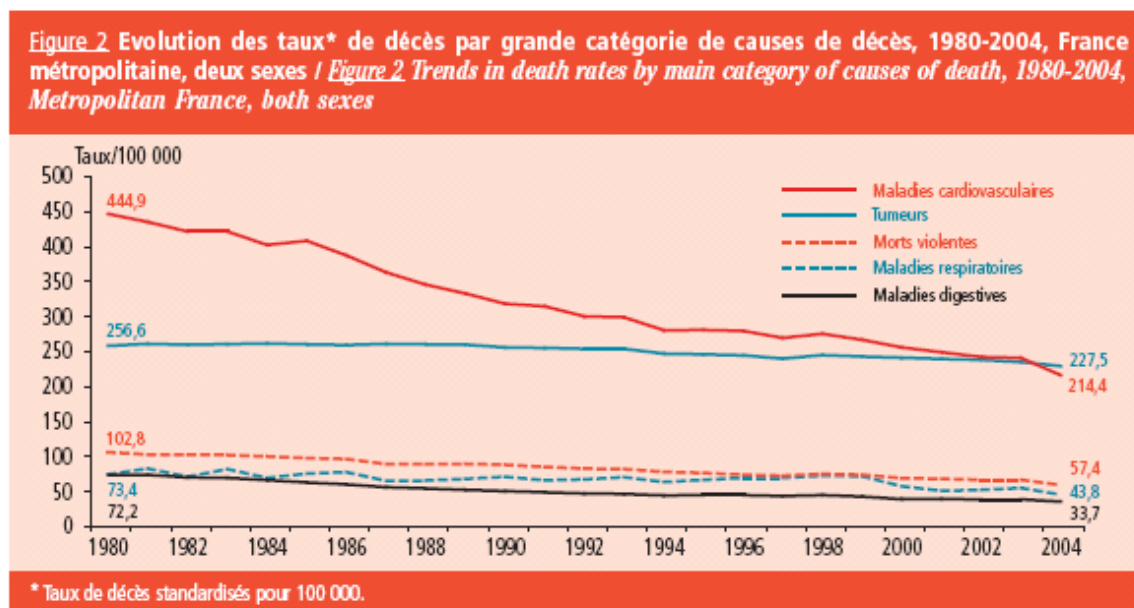
Les principales causes de mortalité dans le Rhône sont les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Les tumeurs sont la cause de décès de 3 587 personnes en 2006 et les maladies de l'appareil circulatoire concernent 3 042 décès dans la même année<sup>72</sup>.

Une évolution significative de ces causes de décès est constatée. En effet depuis 25 ans, le taux de décès par maladies cardio-vasculaires est en forte baisse comparé aux autres taux de décès comme par exemple, le taux de décès par tumeurs, qui est resté stable sur cette même période.

<sup>71</sup> GUYE Olivier, *Disparités régionales Synthèse d'une étude régionale d'identification de territoires cibles en santé et autres retours d'expérience*, Observatoire Régional de la Santé, 13 mars 2008.

<sup>72</sup> OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE EN RHONE-ALPES

Figure 17 : Evolution des taux de décès par grande catégorie de causes de décès 1980-2004<sup>73</sup>

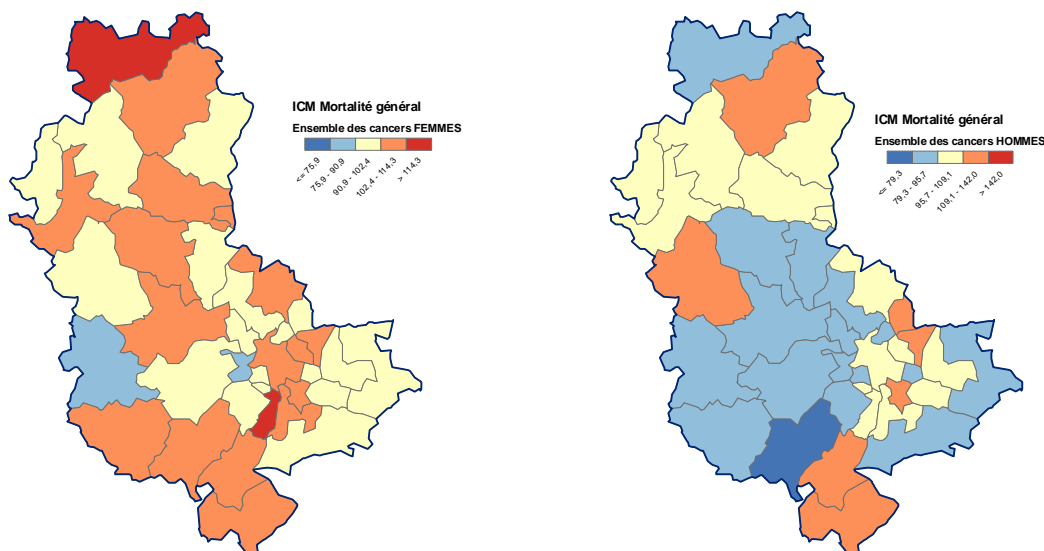


Source : BEH 2007

• Des inégalités territoriales en matière de causes de décès

Aussi bien en matière de mortalité par cancers que par diabète, des disparités territoriales importantes sont constatées. Ainsi pour les femmes, la mortalité par cancer à Monsols et Irigny est plus importante que sur les cantons de Saint Laurent de Chamousset et Tassin La Demi Lune.

Figure 18 : Mortalité par cancers dans le Rhône par canton<sup>74</sup>



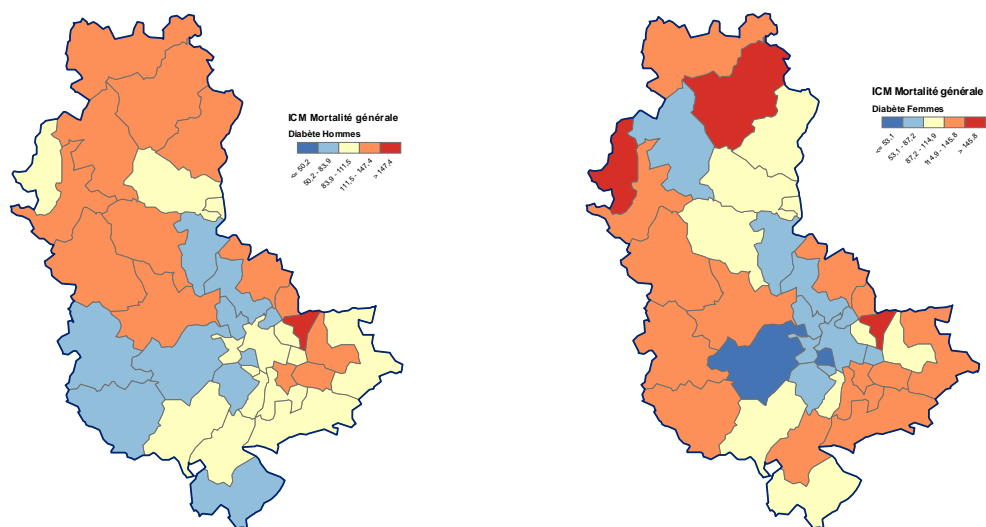
Source : ORS

En matière de mortalité par diabète, le canton de Vaulx-en-Velin présente des conditions défavorables aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

<sup>73</sup> AOUBA Albertine, PEQUIGNOT Françoise, LE TOULLEC Alain, JOUGLA Eric, Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004, BEH 18 septembre 2007, [http://www.invs.sante.fr/beh/2007/35\\_36/beh\\_35\\_36\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/35_36/beh_35_36_2007.pdf)

<sup>74</sup> GUYE Olivier. Disparités régionales Synthèse d'une étude régionale d'identification de territoires cibles en santé et autres retours d'expérience, Observatoire Régional de la Santé, 13 mars 2008.

Figure 19 : Mortalité par diabète dans le Rhône par canton<sup>75</sup>



Source : ORS

<sup>75</sup> GUYE Olivier. *Disparités régionales Synthèse d'une étude régionale d'identification de territoires cibles en santé et autres retours d'expérience*, Observatoire Régional de la Santé, 13 mars 2008.



## 4.3 Accès aux soins

- **Une densité de professionnels de santé libéraux plutôt confortable mais des professionnels inégalement répartis sur le département**

Dans le Rhône, la densité de médecins généralistes est conforme aux données nationales. En revanche, la densité de spécialistes d'une valeur de 121, est bien supérieure à la densité de spécialistes en France qui est 88. La densité de kinésithérapeutes est légèrement supérieure à la moyenne nationale.

**Tableau 9 : Professionnels de santé libéraux en exercice au 01.01.2007 – nombre et densité pour 100 000 habitants<sup>76</sup>**

Indicateurs		Rhône Alpes	Rhône
Médecins généralistes	<b>Nombre</b>	6 465	1 838
	<b>Densité</b>	108	110
Dont praticiens de 55 ans et plus		1 828	499
Médecins spécialistes	<b>Nombre</b>	5 153	2022
	<b>Densité</b>	86	121
Dont praticiens de 55 ans et plus		1 687	667
Ensemble médecins libéraux	<b>Nombre</b>	11 618	3 860
Chirurgiens dentistes	<b>Nombre</b>	3 768	1 133
	<b>Densité</b>	63	68
Infirmiers	<b>Nombre</b>	7 049	1 799
	<b>Densité</b>	117	108
Masseurs kinésithérapeutes	<b>Nombre</b>	5 577	1 586
	<b>Densité</b>	93	95
Pedicures-podologues	<b>Nombre</b>	878	274
	<b>Densité</b>	1 665	632
France au 1.01.2007	Densités : médecins généralistes : 112 Chirurgiens dentistes : 62 Masseurs kinésithérapeutes : 81		Médecins spécialistes : 88 Infirmiers : 111

Source : DRASS

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs, ce qui constitue un record historique lorsqu'on considère les effectifs ou la densité de praticiens en activité par habitant. Leur nombre devrait toutefois baisser de près de 10% dans les dix prochaines années<sup>77</sup>. La baisse des médecins sera moins marquée pour les généralistes que pour les spécialistes.

En Rhône-Alpes, l'évolution de la densité de médecins actifs pour 100 000 habitants serait de l'ordre de moins 5,8 %, contre moins 10,6 % pour la France<sup>73</sup>. Autrement dit, la baisse des médecins sera moins importante en Rhône-Alpes.

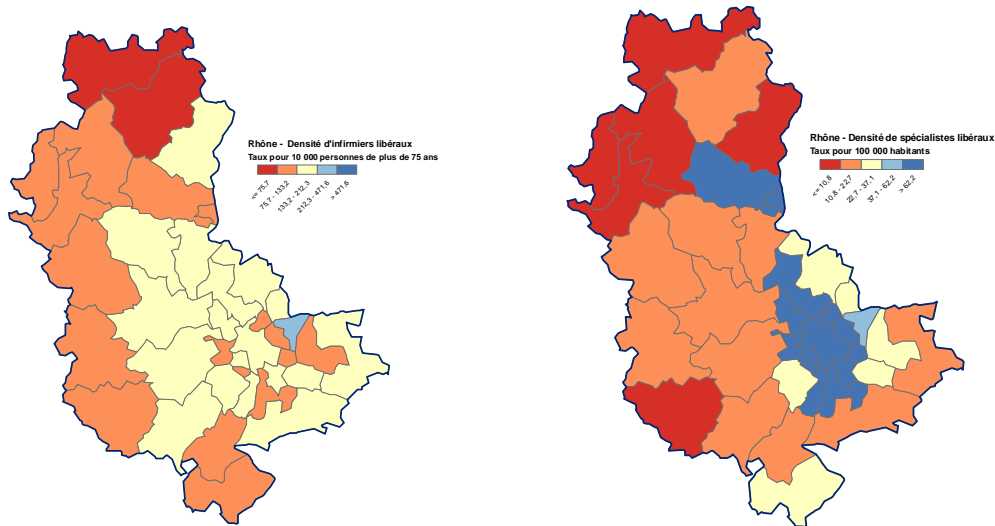
- **Des disparités cantonales importantes en matière de professionnels de santé libéraux**

Les cantons du Nord du département présentent une faible densité d'infirmiers et de médecins libéraux. Le contraste est très marqué avec la région lyonnaise où la densité de médecins libéraux est très forte.

Il faut toutefois noter que l'état de santé n'est pas corrélé avec la densité de professionnels de santé.

<sup>76</sup> DRASS RHONE-ALPES, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Lyon, Août 2008, <http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/infostat/statiss/images/statiss08.pdf>  
<sup>77</sup> ATTAL TOUBERT Ketty, VANDERSCHULDEN Mélanie. *La démographie médicale à l'horizon 2030*. DREES Etudes et résultats, 2009.

Figure 20 : Densité d'infirmiers libéraux et médecins libéraux dans le Rhône par canton<sup>78</sup>



Source : ORS source 2007

- **Des questionnements quant à l'augmentation des soins pour les personnes âgées**

Le vieillissement de la population pose la question de l'accroissement prévisible des besoins. Les dépenses de santé augmentent avec l'âge. Elles sont maximales dans la dernière année de vie. A contrario, à état de santé égal, on dépense moins pour se soigner quand on est plus âgé<sup>79</sup>.

Une analyse sur l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 montre « qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO » (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)<sup>75</sup>.

<sup>78</sup> GUYE Olivier. *Disparités régionales Synthèse d'une étude régionale d'identification de territoires cibles en santé et autres retours d'expérience*, Observatoire Régional de la Santé, 13 mars 2008.

<sup>79</sup> MOUQUET Marie Claude, OBERLIN Philippe. *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*. DREES Dossiers solidarité et santé, 2008.

## II - DES BESOINS ET DES OFFRES SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES VERS PLUS D'AUTONOMIE

---

- **La nécessaire définition des notions : besoins, attentes, demandes et problèmes**

Définir les différentes notions est indispensable d'un point de vue pratique pour la compréhension du document, et d'un point de vue opérationnel, car elles sous tendent directement un certain nombre d'actions.

Les besoins des personnes âgées et handicapées sont à considérer sous différents angles.

D'abord, la classification de Maslow distingue de manière hiérarchique, sous forme d'une pyramide, les besoins physiologiques, des besoins de sécurité, des besoins d'appartenance, des besoins d'estime et enfin des besoins de s'accomplir. Une autre classification sépare les besoins primaires, ou besoins physiologiques, les besoins secondaires ou besoins matériels et les besoins fondamentaux correspondant aux besoins d'exister.

En matière d'évaluation des besoins, le besoin est considéré comme une construction mentale qui s'articule autour de trois axes très liés mais distincts :

- L'axe de la représentation de la situation actuelle (le besoin émerge comme un problème : j'ai une difficulté à ...)
- L'axe de la représentation de la situation attendue (le besoin est exprimé en terme de désir, de souhait et d'aspiration : je souhaiterais être...)
- L'axe de la représentation des perspectives d'action (le besoin est exprimé en terme d'action à mener : il faudrait faire...).

On peut considérer le besoin comme l'écart entre un état optimal défini de manière normative et l'état actuel ou réel. Dans cette conception, le besoin est défini par l'expert se référant à une norme sociale ou médicale. L'écueil de cette définition est de laisser de côté le point de vue de la personne en perte d'autonomie.

Définir le besoin implique aussi d'aborder la question de l'expression de ce besoin. On peut distinguer :

- Les besoins latents de la personne qui ne sont perçus ni par la population ni par les professionnels de santé,
- Les besoins ressentis et non exprimés
- Les besoins exprimés qui ont par conséquent le statut de demande.

L'analyse des besoins renvoie à l'idée faussement simple qu'il suffit de demander aux gens quels sont leurs besoins pour qu'ils les expriment aussi facilement.

Dans le domaine du handicap, la notion de projet de vie a été instituée par la loi du 11 février 2005. Il s'agit d'un document d'expression libre de la personne. En pratique, la rédaction du projet de vie est souvent perçue comme une véritable injonction, ce qui se traduit par des refus de certaines personnes handicapées ne souhaitant pas voir une équipe médico-sociale s'immiscer dans leur vie. D'autre part, le projet de vie nécessite une démarche complexe qui implique une projection dans l'avenir, ce qui n'est pas toujours aisé. C'est pourquoi, la nouvelle formulation adoptée par la CNSA, d' « *expression des attentes et des besoins* » est désormais transcrite dans les formulaires MDPH. La rédaction de ce schéma rend compte de l'évolution de ces notions en mettant en avant la notion d'attentes et d'aspirations.

En conclusion, les notions d'attentes, demandes et problèmes sont utilisées dans la plupart des chapitres. Elles engloberont les différentes distinctions du besoin évoquées ci dessus. Les points de

vue et la parole des différents acteurs que sont les personnes en perte d'autonomie, l'entourage, et les professionnels sont distingués.

- **Les valeurs du schéma à travers une démarche d'écriture**

Dans ce chapitre, seront abordés les aspirations spécifiques aux personnes âgées, puis celles des personnes handicapées et enfin d'autres aspects, notamment environnementaux qui sont communs aux deux populations (accessibilité au logement, au transport, prise en compte des aidants...).

La volonté politique est de partir de l'expression de l'utilisateur. Il s'agit de faire en sorte que la personne soit comprise, qu'elle exprime ses aspirations de changements et qu'elle se sente respectée dans ses choix, comme sujet à part entière dans son environnement.

Pour tenter de traduire le souhait des personnes dans un continuum et, dans le même temps, de décrire l'offre et les dispositifs, partie réglementaire exigée dans le cadre d'un schéma, il a été choisi de présenter chaque grande thématique en fonction des :

- Attentes, demandes et problèmes des personnes âgées et handicapées
- Offre et action médico-sociale ou sociale pour répondre à ces difficultés ou besoins
- Problématiques d'actualité.

Ce choix de présentation, qui met en regard la demande (l'input) et l'offre (l'output) et dégage des problématiques, n'est pas une fin en soi. Elle aurait parfois tendance à simplifier voire encadrer le sujet sans le respecter. Il ne s'agit nullement d'« enfermer » une demande, une attente par une réponse au moyen d'un dispositif, mais de proposer des choix pour la personne.

# 1 PERSONNES AGEES

## 1.1 Bien vieillir : une chance, un défi

### 1.1.1 Les diverses approches du vieillissement

- **Les diverses approches et définitions du vieillissement**

Le vieillissement est un processus répondant à une sorte « d'horloge biologique interne » qui se traduit par des changements morphologiques et un déclin des fonctions physiologiques<sup>80</sup>. Sur la base de cette définition, les auteurs situent à l'âge moyen de 30 ans le début de ce processus.

La vieillesse peut également se définir au plan social. Par exemple, jusqu'à peu, il était classique de faire coïncider l'entrée dans la vieillesse avec l'âge de la retraite. Ce point de vue tend à évoluer<sup>81</sup> car ce seuil des 60 ans n'a plus le même sens. Grâce aux progrès de la médecine (augmentation de l'espérance de vie en bonne santé au-delà de 60 ans) conjugués aux progrès sociaux (place des seniors dans la société) l'espérance de vie en bonne santé augmente au delà de 60 ans. Le vieillissement était souvent considéré comme l'entrée dans la dépendance, alors que cette dernière ne survient qu'à un âge élevé (80 ans en moyenne) et que la première limitation ne survient qu'à près de 70 ans pour une femme et 68 ans pour un homme.

Il est difficile de donner une définition de la vieillesse car elle s'inscrit dans des histoires particulières et chacun a sa propre représentation en fonction de son histoire personnelle. La vieillesse semble donc être autant un processus, un passage de seuils significatifs sur le plan social qu'une construction propre à partir de ce que l'on est et de son rapport à la vie.

- **Le vieillissement d'un point de vue collectif**

La notion de vieillissement de la population a été introduite par les démographes. Alfred Sauvy en fait état dès les années 20. Le vieillissement de la population est le résultat d'une baisse de la démographie et de l'allongement de la durée de vie, si bien que la proportion de personnes de plus de 60 ans a tendance à devenir de plus en plus importante. Les projections<sup>82</sup> indiquent qu'en 2050, une personne sur trois en France aurait plus de 60 ans<sup>79</sup>. Ces projections ont donné lieu à des prévisions alarmistes et ont largement contribué à alimenter une représentation négative de la vieillesse et des personnes âgées, qui sont perçues et présentées comme une charge pour la société du fait de la nécessaire assistance.

L'âge de la vieillesse est pourtant une construction culturelle relative et évolutive qui diffère d'un milieu à l'autre. Dans le monde de l'entreprise, la cassure se produit autour de 50 ans, dans le milieu sportif la vieillesse est encore plus précoce. Pour la Sécurité sociale, c'est à partir de 60 ans qu'une personne est considérée comme âgée, dans le marketing, la catégorie « seniors » débute à 50 ans.

Le vieillissement pose de multiples questions qui interrogent les conditions du vivre ensemble et les choix prioritaires de la société : emploi et financement des retraites, solidarité entre les générations, prise en compte du grand âge, évolution des normes collectives.

- **Les 3 âges du vieillissement**

Les travaux de nombreux sociologues du vieillissement ont montré qu'il existe 3 âges correspondant à 3 réalités différentes<sup>83</sup>.

- L'âge biologique : il correspond à l'année de naissance

---

<sup>80</sup> HENRARD Jean Claude, ANKRI Joël. *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Paris : Editions ENSP, 2003.

<sup>81</sup> BOURDELAIS Patrice. *L'âge de la vieillesse, Histoire du vieillissement de la population*. Paris : Editions Odile Jacob, 1993.

<sup>82</sup> ROBERT-BOBEE Isabelle. *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*. INSEE première n° 1089, 2006.

<sup>83</sup> Selon Dominique ARGOU, sociologue

- L'âge social : il correspond au rôle et à la place qui sont accordés en fonction de notre âge. Cet âge est donc relatif, il varie dans le temps (pour avoir des enfants, pour faire des études, pour entrer dans la vie active...)
- L'âge subjectif : c'est l'âge tel que chacun le perçoit, il est donc personnel, il n'est pas linéaire.

### 1.1.2 Le vieillissement, une ressource

- **Un vieillissement en bonne santé pour la majorité des personnes**

Bien que l'accroissement du nombre de personnes âgées entraîne de fait une augmentation du nombre de personnes dépendantes, ce même vieillissement maintient, pour un grand nombre de personnes plus de 60 ans, une dynamique d'échanges économiques et sociaux avec le reste de la société, contribuant ainsi à un « vieillissement productif ».

- **Un nouveau paradigme positif**

L'image de la personne « en demande de solidarité », qui pèserait sur la société, a tendance à cacher le potentiel que représentent les personnes âgées. Une personne âgée ne peut se résumer à un état de dépendance ou de non-dépendance. La personne âgée est avant tout une personne dotée de ressources, de savoir-être et de savoir-faire. De plus, elle dispose le plus souvent de 3 atouts : du temps disponible, un relatif pouvoir d'achat et un état de bonne santé maintenue. Le nombre croissant des plus de 60 ans et leur valorisation au titre de l'apport de ressources, monétarisées ou non, constituent une nouvelle donne.

- **Le vieillissement comme l'un des facteurs de développement socio-économique territorial**

Le vieillissement représente aussi un enjeu majeur pour le développement, voire pour le maintien des activités économiques dans de nombreux territoires. Le développement de « l'économie résidentielle » est aujourd'hui une chance. En effet, les revenus des retraités permettent l'expression d'une demande économique qui induit la création d'emplois non délocalisables, notamment dans le secteur des services.

### 1.1.3 La prévention et la promotion de la santé pour mieux vivre

L'augmentation de l'espérance de vie dans notre pays s'est accompagnée d'un accroissement du temps vécu sans incapacité. Les déterminants de cette avancée relèvent de mesures collectives en faveur de la santé des populations (amélioration de l'hygiène de vie, des conditions de travail, de l'habitat et de l'accès aux soins). L'objectif de permettre à tous de vivre longtemps et en bonne santé est à présent un objectif de santé publique qui fait consensus. Il s'accompagne de mesures individuelles de prévention et de promotion de la santé.

- **Les différents concepts du vieillissement**

Les différents travaux qui ont été menés dans les années 80 ont fait émerger différents concepts du vieillissement : le vieillissement en bonne santé, le « vieillissement habituel ou usuel » le « vieillissement réussi ».

Le « vieillissement habituel ou usuel » est caractérisé par l'absence de maladie. Il inclut cependant les troubles fonctionnels liés à l'avancée en âge. Le concept de « vieillissement réussi » concerne les individus qui gardent des fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge avancé. On perçoit que le terme de « vieillissement réussi » n'est pas totalement satisfaisant parce qu'il sous-entend qu'il pourrait y avoir un vieillissement « raté » de même que pour le « bien vieillir » il pourrait y avoir le « mal vieillir ».

Toutefois, au delà des ces différents concepts, les personnes peuvent adopter des conduites favorables au « bien vieillir » ou pour vieillir en bonne santé. Les mesures ne visent pas uniquement à ne pas tomber malade. La mise en valeur des capacités physiques et psychiques et

du plaisir à vivre devraient guider les programmes de prévention et de promotion de la santé, sans oublier que le vieillissement et la mort font partie intégrante de la vie.

- **La prévention chez les personnes âgées**

La prévention dans le domaine de la santé se définit comme l'ensemble des actions qui visent à diminuer la probabilité de survenue d'un risque : accident, déficience, maladie, incapacité. La définition de la prévention présentée ici a une connotation très médicale.

Au sens de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), la santé est un état de bien-être physique, mental et social. La prévention montre tout son intérêt même après 60 ans.

La préconisation de comportements de prévention chez les personnes âgées soulève pourtant une question éthique<sup>84</sup>. Les mesures proposées ne tendent-elles pas à encadrer certains comportements, certaines façons de vivre en modérant les dimensions de plaisir ?

Elle pose aussi une interrogation d'ordre scientifique. Plusieurs stratégies sont habituellement envisagées pour « bien vieillir » :

- Une des stratégies consiste à ralentir le vieillissement biologique mais ses effets positifs ne sont pas totalement démontrés.
- Une autre vise à modifier les modes de vie, dès le plus jeune âge dans un esprit de continuum, le vieillissement étant une étape parmi d'autres dans ce processus.
- La 3<sup>ème</sup> consiste à diagnostiquer et à traiter les facteurs de risque mais elle nécessite une bonne information des personnes encore peu aboutie à ce jour.
- Il ne faudrait pas négliger les stratégies de prévention tertiaire qui consistent à atténuer les déficiences, maladies et incapacités dans la vie quotidienne.

- **La promotion de la santé considère l'avancée en âge comme une ressource**

Il existe deux manières d'envisager la santé avec l'avancée en âge. La première consiste à se focaliser sur la perte fonctionnelle. La deuxième consiste à se pencher sur les ressources et le potentiel de chacun. Ces deux approches sont complémentaires. La santé ne doit plus être perçue comme un capital à préserver mais comme un ensemble de ressources à construire et à adapter. Le « bien vieillir » doit donc être empreint de ces dimensions.

Dans cette optique, promouvoir la santé et le « bien vieillir » vise à favoriser le bien-être de la personne notamment grâce au développement des capacités physiques et psychologiques et des conditions sociales favorables. Les personnes ne sont plus considérées uniquement comme des consommateurs mais comme des acteurs de leur propre santé.

### 1.1.4 Des aspirations centrées sur le lien social

Chaque personne avec son parcours de vie présente des ressources insuffisamment valorisées. Le regard que nous portons sur les aînés est plutôt négatif. La prise en charge du 4<sup>ème</sup> âge et de la dépendance a été sur le devant de la scène durant de nombreuses années alors que la majorité des personnes ne sont pas dépendantes.

La valorisation de la personne âgée permettrait une prise en compte et une reconnaissance de sa participation de citoyen dans la société. L'information de la population sur les effets du vieillissement présente des lacunes.

Ce manque de valorisation et de reconnaissance entraîne chez les personnes âgées des difficultés d'acceptation de leur situation alors que le potentiel de développement social et économique lié au vieillissement est un facteur susceptible de promouvoir une image plus positive. Dans son rapport « *France, portrait social* »<sup>85</sup>, l'INSEE propose une courbe du bonheur en fonction des âges, qui

---

<sup>84</sup> CASSOU Bernard. Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées. In : *Prévenir les maladies et promouvoir la santé*. Paris : 2008.

<sup>85</sup> Enquête publiée en novembre 2008, basée sur les données recueillies dans le cadre de l'eurobaromètre.

montre que les 60-70 ans déclarent un sentiment de bonheur supérieur à toute autre classe d'âge. Vieillir, c'est continuer à vivre et à avancer.

- **Le désir d'une activité ou professionnelle ou sociale après 60 ans**

Le taux d'emploi en France des 60-64 ans est de 13% contre 26,7% dans l'UE 25<sup>86</sup> et de 38,3% chez les 55-64 ans. La durée moyenne de chômage chez les plus de 55 ans est parmi les plus élevées d'Europe aux alentours de 25 mois<sup>83</sup>. Pourtant, l'allongement de la durée de la vie nécessite que soit menée une politique d'intégration des salariés ayant dépassé la cinquantaine, d'autant plus que certains secteurs d'emploi souffriront de pénurie de compétences et de ressources. Il s'agit de favoriser une phase d'engagement professionnel qui soit enrichissante pour les entreprises comme pour les personnes.

« Le départ précoce et non volontaire du marché du travail, peut contribuer à détériorer les conditions de santé des individus et à favoriser une entrée dans la dépendance plus précoce »<sup>87</sup>. Plusieurs éléments peuvent contribuer à lutter contre le sentiment d'exclusion. Il s'agit du maintien dans l'emploi, l'accès à la formation professionnelle après 50 ans ou la valorisation de l'expérience. L'aspect social du vieillissement n'est pourtant pas la préoccupation majeure des acteurs publics. Il représente cependant un enjeu considérable et commence à être pris en compte.

Hormis la poursuite de l'activité professionnelle, il existe une multitude de façons de vivre le passage à la retraite mais aussi de vivre sa retraite, compte-tenu d'une évolution culturelle : une forte recherche d'intégration/d'utilité sociale à construire, basée sur l'engagement bénévole, une volonté d'être utile par la transmission de savoirs, de se mettre au service du développement économique (tutorat d'entreprise, aide aux devoirs, aide à l'insertion...).

- **L'importance du maintien d'une vie sociale avec l'âge**

Une grande part des seniors souhaitent rester actifs et acteurs dans la société. Ils s'investissent bien souvent dans deux champs d'activité : la vie familiale (disponibilité aux ascendants et aux petits-enfants) et la vie associative.

Concernant la vie associative, plus des 2/3 des bénévoles actifs sont des retraités<sup>88</sup>. Ils s'impliquent dans le champ de la vie politique locale (plus de 30 % des maires de communes sont des retraités) et mettent leurs compétences au service d'une utilité sociale sous forme d'un apport actif à leurs descendants, à leur communauté ou à la société, bien que cette contribution ne soit pas monétaire. Il s'agit le plus souvent de « produits » socialement appréciés telles que l'aide psycho-sociale, le soutien aux pairs ou l'aide familiale.

De même, le développement des Universités du Temps libre témoigne d'un intérêt pour l'acquisition de savoirs et d'une volonté d'apprendre à tout âge. Par ailleurs, favorisé par le dispositif récent de possibilité de cumul emploi-retraite, un nombre croissant de seniors conservent une activité rémunérée, rendant plus floue la séparation entre vie professionnelle et retraite.

Les échanges de compétences et les actions inter-âges sont des moyens qui favorisent le maintien d'un rôle social. Au-delà du terme « activité », le témoignage, la valorisation des récits de vie sont des moyens complémentaires de prévention sociale.

Cette période de la vie requiert néanmoins une aptitude à l'autonomie et au choix d'une vie conforme à ses aspirations, ce qui implique la recherche de nouveaux repères.

Par ailleurs, l'inter-générationnel est un facteur de lien social. Il se définit comme une éthique, un esprit, une méthode au service de projets visant à rapprocher les générations entre elles. L'idée de l'inter-générationnel implique une dynamique de coopération et d'échanges avec les autres générations, dans un esprit de mutualisation des savoir-faire, de locaux et d'activités, dans un esprit de compréhension de part et d'autre et de respect.

---

<sup>86</sup> SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA PROSPECTIVE DE L'EVALUATION DE POLITIQUES PUBLIQUES. *France 2025, diagnostic stratégique*. Paris : La documentation française, 2008. 269 pages.

<sup>87</sup> COQUILLION Michel. *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins*. Avis et rapports du Conseil économique et social. 2007.

<sup>88</sup> France Bénévolat



Aujourd'hui, l'inter-génération a tendance à faire défaut et ce pour de multiples raisons :

- Mobilité professionnelle
- Nucléarisation des familles
- Projets de vie distincts de chaque génération.

L'inter-génération permet de créer des passerelles qui reposent sur la solidarité. Les actions inter-générationnelles peuvent aller d'une simple occasion de rencontre conviviale à une action plus ambitieuse. Sa finalité est de :

- Rompre la culture du jeunisme et de l'âgisme,
- Mieux appréhender le parcours de vie,
- Considérer le vieillissement comme une ressource à mieux valoriser.

L'inter-génération est une démarche transversale qui privilégie les lignes de circulation et le travail en réseau. Elle re-dynamise le tissu social et inscrit les retraités dans de nouvelles sociabilités.

#### • **Une volonté de rompre la solitude et l'isolement**

Il n'existe pas de définition uniformisée de la **solitude**. «Elle est avant tout une expérience subjective, bien souvent perçue comme une expérience négative, pénible à vivre qui s'accompagne d'affects négatifs»<sup>89</sup>. C'est un sentiment qui exprime l'isolement souvent non désiré de la personne. Elle est un problème de liens, celui de la manière dont est assurée la participation de la personne à son milieu. Ainsi, l'approche de la solitude ne peut se faire que dans une conception plurifactorielle, holistique, où l'on doit tenir compte des interrelations entre plusieurs facteurs : sociaux, physiologiques et psychologiques. Qui dit vieillissement ne dit pas forcément solitude, mais elle est un horizon redouté. La solitude n'est jamais désirée car elle est source de souffrance, contrairement à l'isolement qui peut être souhaité.

**L'isolement** est un constat objectif qui définit une personne qui est seule. R. S. WEISS distingue l'isolement affectif qui peut engendrer un sentiment de solitude quand disparaît une présence attachante, rassurante, et l'isolement social qui correspond à une absence d'appartenance à un groupe social qui permet à la personne de partager des affinités, des intérêts communs. Aujourd'hui, de nombreuses personnes âgées disent souffrir d'isolement que ce soit en établissement ou à domicile. Le repli sur l'espace domestique concerne essentiellement les octogénaires, qui maintiennent cependant quelques liens au travers des relations familiales, des médias ou l'aide à domicile. Il n'en demeure pas moins que l'isolement social involontaire peut être une réalité pour certaines personnes, en fonction des trajectoires de vie, toujours singulières. Selon l'enquête de l'INSEE<sup>90</sup>, le nombre d'interlocuteurs par semaine diminue fortement avec l'âge : de 8,6 contacts hebdomadaires (homme) à 50-54 ans, il passe à 5,3 (homme) à 80 ans et plus. Ainsi les retraités de 80 ans et plus ne discutent plus qu'avec 5 personnes différentes au cours de la semaine contre près de 8 pour les retraités entre 60 et 69 ans. Les causes sont plurifactorielles : effet de la mortalité de la fratrie et des amis, mais aussi limitation des activités hebdomadaires. La population hébergée en établissement, dont un tiers n'a pas de descendance, est caractérisée par un plus grand isolement familial.

#### • **Sport, plaisir, santé : une conception de plus en plus intégrée**

Un nombre croissant de personnes dans la tranche 55-75 ans ont intégré l'intérêt de mener une activité physique régulière pour un maintien en bonne santé. Loin du sport performance qui semble peu concerner les seniors, une activité physique adaptée (gym d'entretien), acti-marche... répond aux attentes d'un nombre croissant de personnes de tous milieux sociaux. Une place croissante est donnée au corps : à ce souci du corps correspondent de nombreuses activités dites de forme, qui associent la recherche de plaisir à des motivations esthétiques

Il convient d'insister sur le facteur d'échanges, de rencontres et d'intégration sociale que permet l'activité physique autant que la dimension santé physique. C'est d'ailleurs ce premier facteur qui motive en premier les personnes à pratiquer une activité. Le plaisir dans l'activité est d'autant plus

---

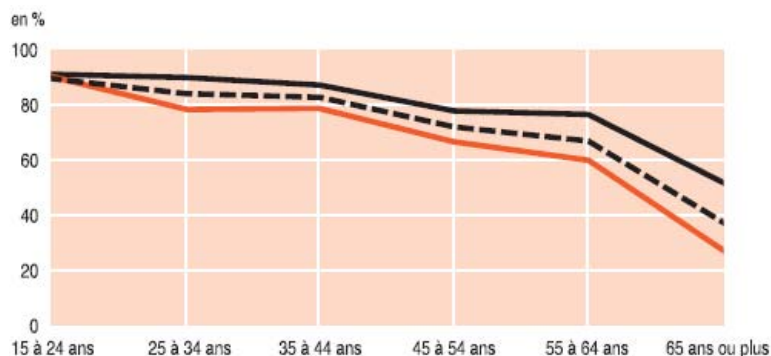
<sup>89</sup> PITAUD Philippe. *Solitude et isolement des personnes âgées, l'environnement solidaire*. Erès, 2004.

<sup>90</sup> Relations de la vie quotidienne et isolement - 1997

important que la personne, dans sa vie active antérieure, n'a eu ni le temps ni la possibilité d'une pratique régulière.

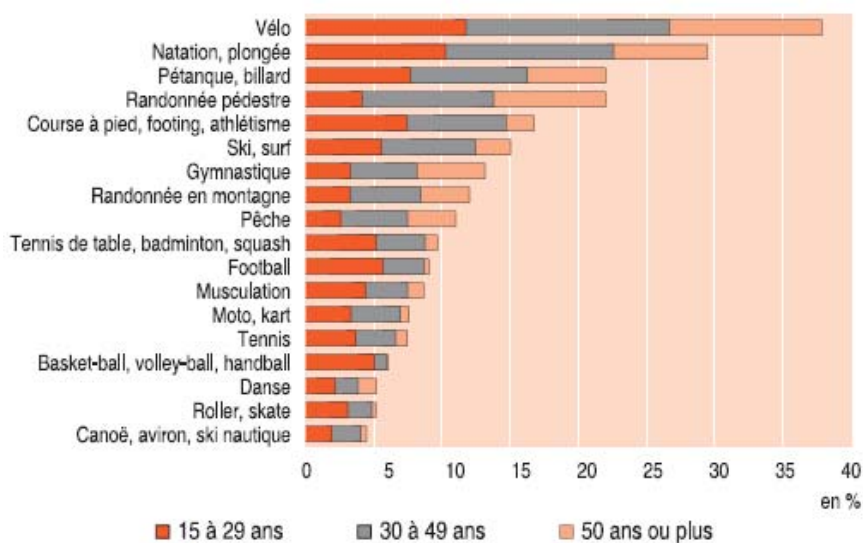
En matière d'activité physique, hommes et femmes sont concernés de la même manière. La prise de conscience de prendre soin de sa santé à travers une activité physique et après 55 ans tend à gagner tous les milieux. A l'heure actuelle, la pratique d'une activité physique concerne davantage les milieux à fort capital scolaire, mais avec une tendance à généralisation.

Figure 21 : Taux de pratique sportive selon par âge<sup>91</sup>



Source : INSEE, enquête « participation culturelle et sportive, 2003

Figure 22 : Taux de pratique des activités physiques ou sportives et part des pratiquants selon l'âge<sup>88</sup>



Source : INSEE, enquête « participation culturelle et sportive, 2003

• **L'importance du repas et de l'alimentation pour « bien vieillir »**

Manger est un moyen essentiel de vivre et de subsister. C'est aussi un acte personnel chargé d'histoire et de sens<sup>92</sup>. En France, le plaisir du repas, d'un point de vue social, est lié à une tradition d'accueil et de convivialité.

Les moments de repas occupent une place centrale dans la journée rythmée d'une personne âgée. La prise du repas est aussi importante aux yeux des personnes que sa préparation et rappelle la dimension familiale et d'échange.

<sup>91</sup> MULLER Lara. *La pratique sportive en France, reflet du milieu social*. Données sociales. Paris : INSEE, 2006.  
<sup>92</sup> BADOU S. Le repas, source de plaisir. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 2008, tome 15, n°148.

Certaines personnes âgées ont recours au portage de repas. Ce dernier est souvent mis en place dans l'urgence, à la suite d'une maladie, d'un accident ou du veuvage. Les repas livrés correspondent peu souvent aux attentes des personnes âgées car ils n'offrent pas de choix en matière de menu et se prennent souvent seuls.

Le risque de sous-alimentation est fréquent chez les personnes âgées. La nutrition et le vieillissement interagissent. La sous-alimentation de la personne âgée de plus de 70 ans affecte de 5 à 10 % des personnes vivant à domicile, et de 40 à 60 % des patients âgés lors de leur admission à l'hôpital ou dans une institution, c'est dire le soin à porter à cette dimension. Le repas devrait rester un moment de socialisation, de convivialité et de plaisir partagé.

- **L'importance de conserver un bon état de santé pour « bien vieillir »**

Pour maintenir une activité sociale et continuer à jouer un rôle dans la société, il est fondamental que la personne entretienne une bonne condition physique. De nombreux facteurs entravent cette aspiration largement partagée. Ainsi les chutes constituent l'un des freins fréquents et les mieux repérés. De plus, des troubles sensoriels peuvent se manifester (baisse de l'ouïe et de la vue principalement) et il est important que les personnes bénéficient des technologies les plus évoluées pour corriger ce désavantage. Ainsi parmi les « malentendants » âgés, seuls 40% portent une audioprothèse<sup>93</sup>. Par ailleurs, une dentition conservée permet le plaisir de la table, un confort esthétique et un goût pour l'échange. Or les problèmes bucco-dentaires affectent les personnes âgées et notamment les résidents d'EHPAD. La dégradation de l'état dentaire est corrélée au niveau social<sup>90</sup>. L'accès aux soins dentaires doit rester une préoccupation des acteurs publics.

- **Des difficultés psychologiques liées au vieillissement à prendre en compte pour « bien vieillir »**

La vie de la personne âgée est émaillée de pertes successives surtout à partir de 75 ans (perte de l'estime de soi, de l'esthétique corporelle, d'un être aimé...). Il est aujourd'hui admis que cet état génère en soi un sentiment de tristesse alternant avec des périodes de bien-être psychologique. Les réseaux sociaux et familiaux jouent une place primordiale au plan de l'équilibre psychologique. La fréquence et la qualité de ces liens peuvent atténuer les difficultés rencontrées et favoriser un comportement résilient.

Pour lutter contre ce sentiment de tristesse, les personnes ont recours à la médecine générale qui prescrit fréquemment des psychotropes. Une personne âgée sur deux de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France et 20% des 10 millions de personnes âgées consomment de manière chronique des hypnotiques ou anxiolytiques. Plus de la moitié des traitements ne serait pas indiquée. Dans certaines situations de grand isolement et au terme du « Syndrome de glissement », certaines personnes du grand âge notamment mettent fin à leurs jours. Dans le Rhône, le taux annuel de mortalité par suicide, chez les 65 ans et plus, est le plus faible de la région Rhône-Alpes.

### 1.1.5 Des actions départementales diversifiées

Les actions départementales s'inscrivent dans les plans nationaux (PNNS...).

- **Le développement d'actions sociales en faveur des personnes âgées**

L'action départementale prend en compte le besoin d'une information éclairée en matière d'activité après retraite : *l'Espace senior*, mis en ligne sur le site <http://www.rhone.fr/> est un portail dédié aux personnes âgées. Une rubrique sera consacrée à la vie culturelle et sociale, aux possibilités de se former, de devenir bénévole, de bénéficier du cumul emploi-retraite...

En matière d'actions intergénérationnelles, le Département du Rhône s'inscrit dans le cadre de la Semaine nationale des personnes âgées, Semaine bleue, pour développer des actions rapprochant le plus souvent des jeunes et des anciens. Une vingtaine de MDR développe à cette occasion des

<sup>93</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. *Plan National bien vieillir* [en ligne]. [réf. 15 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf)

actions sur leur territoire. Le thème de la semaine bleue 2009 s'inscrit en continuité de 2008 : « Jeunes et vieux connectez-vous – pour vivre ensemble nos âges et nos cultures restons connectés ». A travers le Web napperon, le Département s'est largement investi dans le développement du lien entre générations.

Les actions en matière de lutte contre l'isolement et la solitude sont prises en compte par divers acteurs tels que les CCAS, la CRAM, les centres sociaux, les associations diverses. Une commission CODERPA a, par ailleurs, réfléchi à l'intérêt de l'action d'animation en établissement et a produit un cahier des charges pour une animation professionnalisée et de qualité. L'intégration de nouveaux acteurs du champ de la culture au CODERPA montre, par ailleurs, cette ouverture pour sensibiliser les professionnels aux aspirations culturelles des personnes âgées.

En matière de lien social, le Département apporte également son soutien à des actions innovantes conduites par des associations : soutien à des lieux d'accueil de proximité dans des quartiers « sensibles », programmes d'animation et actions autour de la mémoire en direction de personnes dépendantes vivant à domicile.

#### • **Des activités dans le domaine de la santé physique**

De nombreuses actions de prévention sont déjà mises en œuvre par le Département. Divers événements de communication, d'information sous forme de semaines, journées sont organisés et portent sur différents thèmes de prévention :

- Corps et mouvement : l'équilibre, les chutes, la marche,
- La mémoire,
- La prévention routière,
- L'alimentation, l'hygiène de vie, la nutrition (notamment des ateliers autour de l'alimentation et d'éducation nutritionnelle dans un climat de convivialité),
- La maladie d'Alzheimer.

Une campagne départementale de prévention des chutes et promotion de l'équilibre s'est déroulée sur la période 2005-2009 avec :

- Diffusion d'outils aux professionnels de santé et au grand public,
- Montage d'ateliers promotion de l'équilibre avec d'autres acteurs,
- Affectation de subventions à des porteurs de projets dans le milieu rural,
- Et depuis 2008, renforcement du partenariat avec des acteurs spécialisés (Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire)...

Depuis 2004, le Département et l'Etat s'associent conjointement pour la mise en place d'un plan canicule. Des actions d'information en direction du grand public via des plaquettes INPES et de surveillance « des personnes vulnérables » repérées dans chaque MDR sont réalisées.

Depuis les années 1990, le Département développe un programme de prévention du cancer du sein pour toutes les femmes de plus de 55 à 75 ans. Ce programme se poursuit à ce jour. Le dépistage du cancer colorectal vient d'être mis en place pour les personnes de plus de 55 ans.

#### • **Des actions spécifiques dans le champ de la santé mentale**

Concernant la prévention du risque suicidaire, le CODERPA a mené une réflexion quant à l'intérêt d'un programme de prévention ciblé à l'aide d'experts. En effet, la prévention constitue une arme efficace contre le suicide du sujet âgé.

Plusieurs initiatives ont été menées dans le Rhône :

- Une réflexion conduite par le Centre Régional de Prévention des Conduites suicidaires, associant un large panel d'acteurs de la région Rhône-Alpes (Centre Bergeret de Lyon). Il est notamment prévu une formation de tous les acteurs gériatologiques,
- Une mise en perspective d'un programme de prévention de la dépression du sujet âgé associant les acteurs de la psychiatrie par le Département dans le cadre des MDR-CLIC.

- **Des actions spécifiques concernant la maltraitance**

En ce qui concerne la maltraitance, il s'agit d'un domaine particulièrement investi par le Département qui anime au côté de l'Etat, la commission des plaintes depuis 2000.

### 1.1.6 Les problématiques dans le Rhône

Les problématiques du département du Rhône en matière de « bien vieillir » concernent à la fois des volets spécifiques (exemple : alimentation) mais aussi des problématiques plus générales liées à l'approche du « bien vieillir ».

- **Des problématiques prioritaires**

A ce jour, les champs du « bien vieillir » qui apparaissent comme prioritaires à activer sont la promotion d'une nutrition adaptée, de l'activité physique, d'un vieillissement plus positif et du maintien du lien social.

- **Des besoins insuffisamment identifiés**

Même si l'on admet que le nombre de personnes âgées va s'accroître dans les années à venir, on ignore à l'heure actuelle de quoi sera faite la vie des personnes de plus en plus âgées. Des interrogations se posent quant à leur choix de vie, leur souhait d'activité, le rôle qu'elles souhaiteraient jouer dans la société, le lieu de vie, les relations sociales et les loisirs. Des instances comme le CODERPA sont utiles pour aider le Département à mieux percevoir ces futurs besoins. Des recherches pourraient être intéressantes à mener pour connaître les aspirations nouvelles, attentes et besoins.

- **Des actions focalisées sur la perte fonctionnelle**

Dans l'idéal, la prise en compte du projet de vie devrait guider les réponses apportées aux personnes âgées. Cette réponse est assez difficile à mettre en œuvre et c'est bien souvent la perte d'autonomie qui constitue la porte d'entrée de l'observation des besoins de la personne plutôt que la prise en compte du projet de vie. Les actions départementales en matière de « bien vieillir » s'en trouvent fortement imprégnées. On constate par conséquent que les actions en matière de prévention, bien que nombreuses, sont essentiellement des actions de prévention secondaire, c'est à dire des actions qui sont mises en place une fois le problème détecté.

On perçoit cette tendance à focaliser les actions sur la perte fonctionnelle à travers les indicateurs utilisés. Il s'agit souvent d'indicateurs négatifs, alors qu'il serait possible d'utiliser des indicateurs positifs pour mettre en avant les ressources de la personne : par exemple, le nombre de personnes qui pratiquent une activité sportive plutôt que le nombre de personnes ayant chuté.

- **Une approche partielle du « bien vieillir »**

Le « bien vieillir » a trois dimensions : sociale, physique et psychique. Une vigilance particulière doit être portée afin que les activités menées par le Département ne se focalisent pas uniquement sur la dimension physique. Les actions de prévention sociale, qui ont tout leur intérêt dans le « bien vieillir », sont encore insuffisamment développées.

- **Le « bien vieillir » : des actions segmentées et tardives**

C'est dès le plus jeune âge que se prépare une vieillesse de « qualité ». Les actions en matière de prévention sont parfois segmentées en fonction de l'âge. Le bénéfice de la pratique de prévention tout au long de la vie de la personne est une dimension fondamentale. L'entrée à la retraite n'est pas l'unique moment de prévention. En effet le processus du vieillissement biologique est long et progressif et débute dès l'âge de 30 ans.

- **Une population ciblée à la marge du « bien vieillir »**

Du fait de leur vulnérabilité, certaines personnes se voient exclues du « bien vieillir ». Leurs préoccupations sont parfois d'un autre ordre : logement décent, revenus minimums leur

permettant une alimentation de base, un accès aux soins... De plus, les programmes de prévention ne sont pas toujours adaptés. Il faut également être vigilant au risque de développer des actions de prévention favorisant les inégalités sociales de santé. Plus accessibles aux personnes actives, les actions de prévention devraient pourtant cibler l'ensemble de la population et peut être en priorité les plus vulnérables. Une démarche de promotion de la santé tout au long de la vie permettrait de développer des compétences pour mieux vieillir.

- **L'évaluation des actions pour le « bien vieillir »**

Il existe aujourd'hui une diversité d'acteurs de prévention, de solutions mises en œuvre ou des modes d'intervention. Les messages doivent être bien identifiés pour améliorer la compréhension et l'appropriation par les personnes.

Des références et des recommandations nationales existent pour certaines thématiques. L'INPES fournit des recommandations en matière d'éducation et de prévention en santé sur des thèmes qui intéressent directement les personnes âgées et sur lesquelles le Département peut largement s'appuyer : nutrition, activité physique... Chaque MDR pourrait décliner ces programmes sous une forme adaptée aux populations des territoires.

De plus, le Département a engagé une phase de consolidation des partenariats avec la CRAM et la MSA. Des collaborations seront expérimentées sur certaines MDR autour du programme « ATOO la dynamique senior » de la CRAM. Ce partenariat est essentiel pour garantir l'efficacité des actions. Il gagnerait à être renforcé.

Au final, il apparaît aujourd'hui évident de réaliser des actions de prévention qui puissent apporter un bénéfice pour la personne âgée nécessitant une évaluation.

- **Prévention et « bien vieillir » : un champ complexe et pluri-factoriel**

Le « bien vieillir » est la résultante d'interactions entre divers facteurs qui ne relèvent pas toujours de la compétence du Département. De par les missions qui lui sont confiées, le Département n'a pas pour vocation d'agir sur l'ensemble de ces facteurs. Par contre, des changements dans le cadre de l'environnement et la société qui pourraient avoir une influence sur le bien vieillir, pourraient être portés par le Département auprès des institutions compétentes. La promotion du « bien vieillir » nécessite un travail en partenariat, tant au plan institutionnel que sur le terrain.

Plan bien vieillir : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/programme-national-bien-vieillir/presentation-du-plan-national-bien-vieillir-2007-2009-.html>

PNNS: <http://www.mangerbouger.fr/>

## 1.2 L'information : une question centrale

### 1.2.1 Un réel besoin d'information et d'accompagnement

La dernière décennie a vu le développement de l'information, des services, structures, associations en direction des personnes âgées et leurs aidants, que l'on regroupe sous le terme de ressources gérontologiques.

Les ressources gérontologiques sont relativement parcellaires et émiettées selon les territoires et portées par divers acteurs sur la base du volontariat rendant leur accès difficile. Les personnes âgées et leur famille expriment un certain nombre d'attentes et de besoins face à ce parcours encore complexe.

- **Un accueil personnalisé et confidentiel**

Lorsqu'une personne souhaite accéder à une information ou une ressource gérontologique, quelle qu'elle soit, elle souhaite que l'accueil soit confidentiel et personnalisé.

- **Un accès et des réponses simples et compréhensibles pour la personne**

Que ce soit en institution ou à domicile, la personne âgée a recours à plusieurs professionnels sociaux, médico-sociaux ou sanitaires appartenant à des institutions différentes. La multiplication des intervenants, personnes physiques, institutions, établissements, services, associations, sociétés commerciales, entraîne chez les usagers des difficultés à identifier le rôle et les limites d'intervention de chacun et la réponse à leurs besoins.

La personne souhaite une information compréhensible lui permettant de faire un choix éclairé. Cela pose clairement la qualité de l'information et la question de la coordination.

- **Un accompagnement dans les démarches et le suivi du plan d'aide en cas de besoin**

La complexité des démarches est une difficulté assez fréquente pour la personne âgée et sa famille qu'il convient de ne pas négliger. Cette complexité, notamment liée à la personnalisation des prestations et des dispositifs, doit intégrer ce souci de simplification. Parfois un accompagnement est nécessaire.

- **Une information de qualité**

Les personnes recherchent une information de qualité. Si le professionnel en charge de recevoir la personne ne peut donner cette information, il faut que la personne soit réorientée vers des relais capables de donner une information de qualité. La rapidité d'accès à l'information est également un critère de qualité de l'information essentiel aux yeux des personnes.

Pour garantir une qualité d'information, celle-ci doit porter sur l'ensemble des prestations, l'offre médico-sociale et leurs coûts. A l'heure actuelle, la préoccupation essentielle concerne la recherche par l'aidant familial d'un établissement adapté ou d'un service à domicile.

- **Un besoin d'écoute**

Il est important de pouvoir offrir à la personne et son aidant un espace de parole. Les situations diverses vécues par les usagers ont des répercussions différentes sur chaque personne et la parole, prise en compte par des professionnels formés, permettra de mieux cerner le besoin, et de personnaliser la réponse.

- **Le besoin de soutien de l'aidant**

L'étude menée par le CREA<sup>94</sup> démontre que le soutien de l'aidant est fondamental dans l'équilibre de vie des personnes. Le besoin de soutien doit prendre la forme de réponses diversifiées. Cette question est abordée dans la partie spécifique sur l'aide aux aidants.

- **Un bilan médico-social partagé entre les acteurs autour de la personne**

La multiplicité des acteurs et leur spécialisation obligent la personne à répéter son parcours, ses antécédents, des renseignements administratifs et des informations à son sujet et son environnement. Pour éviter cet écueil, il paraît essentiel de partager un certain nombre d'informations entre professionnels avec l'accord de la personne.

### 1.2.2 Une coordination des ressources gérontologiques en place à développer

- **Un dispositif à l'échelle nationale pour l'information et la coordination gérontologique**

Préconisée par les acteurs de la gérontologie dès les années 60, la coordination gérontologique répond au caractère nécessairement pluridisciplinaire de la prise en charge médicale et sociale des personnes âgées et au besoin d'harmonisation des prestations délivrées par une grande diversité d'acteurs publics ou privés.

La Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) permet la mise en place des CLIC, orientation du Ministère en faveur du maintien à domicile, qui prennent alors des formes diverses selon les collectivités les mettant en place. A l'époque, environ 300 CLIC ont été ainsi créés.

Dans un souci d'introduire de la cohérence à l'échelle du territoire national, la Loi N° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (article 56) désigne le Département chef de file de la politique gérontologique départementale. Le pilotage du dispositif est confié au président du Conseil général à compter du 1 janvier 2005. Ce dernier autorisera les créations de CLIC, après avis du CROSMS.

- **Le CLIC, une labellisation à 3 niveaux**

Pour rappel, le CLIC peut être labellisé en 3 niveaux en fonction des missions qu'il développe.

Niveau 1	Correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une base de données, des actions de formation et d'information. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles, ainsi que chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.
Niveau 2	Prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette de services partielle et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.
Niveau 3	Prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage des repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile. Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

<sup>94</sup> CREA. *Les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivant à domicile*. LYON : CREA Rhône-Alpes, 2009.



- **Le Département en charge du pilotage du dispositif d'ensemble CLIC**

Dans le cadre de sa compétence générale dans la conduite et la coordination de l'action sociale en faveur des personnes âgées et du pilotage du dispositif d'ensemble des CLIC, le Département veille à la cohérence des actions respectives des CLIC, des équipes médico-sociales et des établissements et services dédiés aux personnes âgées. Pour assurer la coordination de l'action gériatrique, il peut signer des conventions avec l'Etat, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées.

- **Le dispositif CLIC dans le département du Rhône**

Le Département du Rhône a décidé d'organiser sur l'ensemble du territoire départemental un dispositif coordonné, repéré et lisible pour la population et les partenaires. Ce dispositif prend appui sur :

- Les Maisons du Rhône (MDR) qui développent de longue date une action médico-sociale auprès des populations vulnérables, dont les personnes âgées, et ont acquis une expérience de la coordination gériatrique de par leur participation aux instances gériatriques locales, formelles ou informelles,
- L'intégration dans le dispositif de coordination départemental, des 5 CLIC labellisés antérieurement par l'Etat.

L'objectif des CLIC départementaux est d'offrir à l'ensemble de la population un dispositif de prise en charge médico-sociale coordonné prenant en compte l'histoire et l'expérience acquise par les professionnels du territoire. Si les pratiques sont nécessairement harmonisées, et le lien renforcé avec le secteur sanitaire (hôpitaux locaux et les acteurs libéraux), chaque CLIC se développe en tant que projet unique, sur un canton donné, ce qui signifie une nécessaire adaptation aux données locales et des réponses non standardisées.

Le label de niveau 2 est affecté aux MDR. Quelques CLIC de niveau 3 (une dizaine) sont développés sur des cantons où la réflexion en matière de coordination est avancée. L'évolution de l'ensemble des CLIC de niveau 2 vers le niveau 3 est recherchée de manière progressive.

La mise en oeuvre des missions CLIC fin 2007 montre que le dispositif se développe progressivement. L'ensemble des UT réalise des missions d'accueil de 1<sup>er</sup> niveau et un peu plus de la moitié, des missions d'accueil de 2<sup>ème</sup> niveau.

Cette mise en oeuvre des MDR-CLIC pilotée par le Département a parfois été mise à mal sur certains territoires, en raison de l'investissement du domaine Personnes âgées par d'autres partenaires notamment les mairies. Une collaboration se poursuit avec les porteurs de CLIC associatifs qui se positionnent plutôt sur des projets autour de l'information, ou sur le développement d'ateliers, d'activités autour du maintien de la vie sociale et culturelle.

Certaines UT ont amorcé des missions de niveau 3 en développant des liens avec le secteur sanitaire.

### 1.2.3 Les problématiques dans le Rhône

Après une phase de démarrage, la coordination arrive actuellement à un tournant où elle doit faire face à de nouveaux enjeux :

- Augmentation des personnes âgées avec progression importante de l'activité ADPA (10% par an en moyenne), nécessitant une réorganisation à moyens constants,
- Augmentation des situations d'isolement et des situations complexes,
- Des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et polyopathologiques nécessitant des allers-retours domicile-hôpital dont la tarification à l'activité rend l'hospitalisation plus courte,
- Multiplicité des acteurs pouvant intervenir dans le cadre du maintien à domicile,
- Structure hospitalière peu adaptée à la prise en charge de la personne âgée malgré une organisation de la filière.

- **Un passage en niveau 3 des MDR-CLIC par le développement d'outils de communication**

Pour répondre aux besoins des personnes et faire face aux nouveaux enjeux, les MDR-CLIC doivent impérativement s'engager dans un niveau 3. La communication avec les partenaires est un levier essentiel pour la réalisation de cet objectif.

La création d'outils communs entre les professionnels médico-sociaux et entre les secteurs médico-social et sanitaire est de nature à contribuer à l'émergence d'une culture commune entre les différents secteurs et à une bonne compréhension des personnes âgées et de leurs besoins.

- **Une analyse pluridisciplinaire et le suivi encore insuffisamment développés autour des situations complexes**

Les situations complexes de personnes demandent un investissement important de la part des équipes de terrain. Une bonne coordination entre les différents acteurs et une analyse pluridisciplinaire permettent une bonne compréhension des situations complexes. Cela permet d'éviter l'aggravation de ces situations et d'anticiper les difficultés à venir.

L'analyse pluridisciplinaire sur les situations complexes est réalisée dans quelques Maisons du Rhône. Elle est à développer sur l'ensemble du territoire en partenariat avec les autres acteurs.

- **La sortie d'hôpital des personnes âgées vulnérables à mieux coordonner**

La sortie d'hospitalisation est complexe pour 5 % des cas. Elle pose des problèmes pour les personnes âgées vulnérables, des problèmes bien identifiés et connus des professionnels. A ce jour, une grille de vulnérabilité est élaborée et pourrait permettre à l'ensemble des professionnels du domicile de dépister la vulnérabilité. Elle devrait être testée avant généralisation afin d'améliorer ces pratiques qui génèrent souvent un retour à domicile non satisfaisant.

- **Un manque de visibilité et de lisibilité de l'activité CLIC des MDR**

Les personnes âgées et leur famille ainsi que les professionnels soulignent le manque de visibilité des MDR-CLIC. Le manque de communication à leur sujet ne permet pas leur connaissance.

En dehors des prestations APA, les missions des MDR CLIC sont très peu connues des populations locales.

## 1.3 Des prestations et services dès la survenue d'une difficulté d'autonomie

### 1.3.1 La compensation pour faire face à la perte d'autonomie

Lorsque la personne âgée devient dépendante, qu'elle vive à domicile, dans une famille d'accueil agréée ou en établissement, elle peut avoir besoin d'aide pour compenser sa perte d'autonomie :

- Aide à la personne : aide à domicile, auxiliaire de vie,
- Aide pour les repas et la sécurité : portage de repas, télé alarme...
- Aménagement du logement (barre d'appui, siège de douche...),
- Accès à un accueil alternatif.

Ces aides peuvent faire l'objet de prises en charge spécifiques.

### 1.3.2 Les différents services et prestations

#### 1.3.2.1 L'ADPA

L'allocation personnalisée d'autonomie a été créée par la loi du 21 juillet 2001. Prestation universelle ouverte à toutes les personnes âgées dépendantes quel que soit le montant de leurs ressources, l'ADPA a connu dès sa mise en place un nombre de bénéficiaires en croissance très rapide.

L'ADPA est une prestation en nature permettant aux personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 (Groupes Iso-Ressources) d'assumer les charges liées à leur perte d'autonomie. Elle est allouée à domicile ou en établissement.

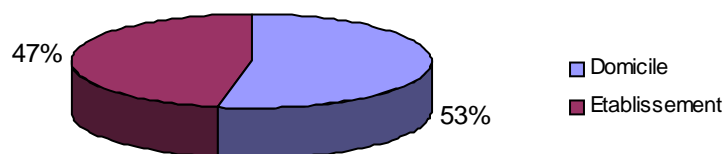
L'ADPA est un dispositif géré par le Département. Un membre de l'équipe médico-sociale se rend au domicile de la personne sur rendez-vous. L'objectif est de faire un bilan de la situation et des besoins et de permettre l'élaboration d'une proposition de plan d'aide. Cette proposition détaille de manière précise les différents éléments financés par l'ADPA. La proposition indique aussi la participation financière laissée à la charge du bénéficiaire, part qui varie de 0 à 90% du montant du plan d'aide, en fonction des revenus du bénéficiaire.

Après les premières années de mise en place, marquées par un effort conséquent du Département pour faire face à l'afflux des demandes, la période 2004-2008 a permis de parfaire le dispositif, dans un contexte où les règles et procédures d'instruction sont plus clairement définies. Les années à venir seront marquées par le besoin d'améliorer le suivi médico-social des bénéficiaires et de trouver de nouvelles réponses à des besoins aujourd'hui non couverts.

#### • Une augmentation importante du nombre de bénéficiaires ADPA sur la période 2004-2008

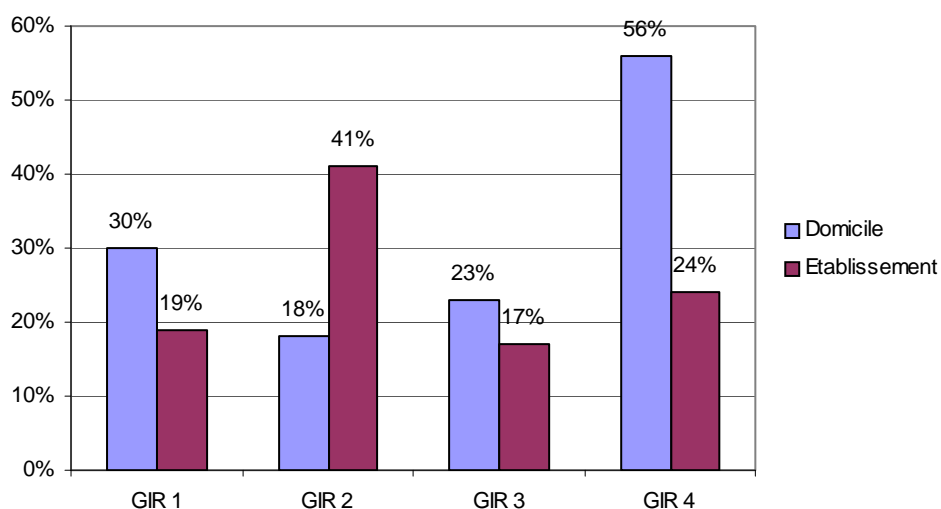
Le Département a dû faire face à une augmentation importante du nombre de bénéficiaires : +36% de décembre 2004 à décembre 2008. Après des taux de croissance annuelle supérieurs à 8%, l'année 2008 semble marquée par une décélération liée aux classes creuses des années vingt. Cette décélération devrait être transitoire.

Figure 23 : Répartition des bénéficiaires de l'ADPA en Décembre 2008



Source : Service Vie à Domicile CG 69

Figure 24 : Répartition des bénéficiaires de l'ADPA à domicile et en établissement selon le GIR en 2008



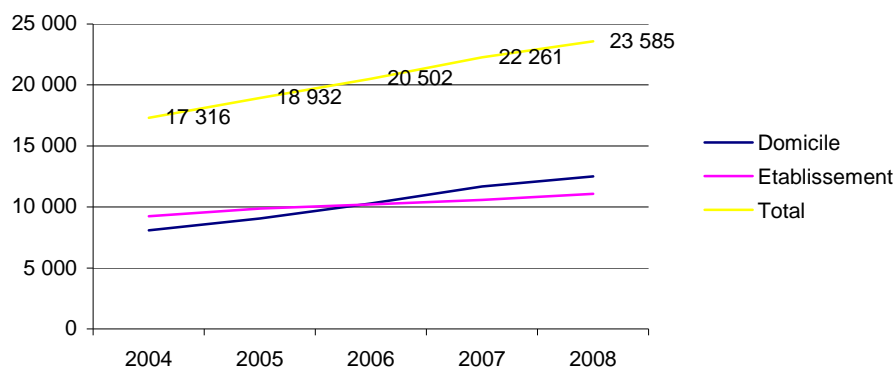
Source : Service Vie à Domicile CG 69

Tableau 10 : ADPA en 2008 dans le Rhône

	Domicile	Etablissement	Total
Nombre de bénéficiaires déc 2008( source OD CG 69)	12 513	11 072	23 585
Répartition des bénéficiaires par GIR (source : DREES)			
GIR 1	3%	19%	
GIR 2	18%	41%	
GIR 3	23%	17%	
GIR 4	56%	24%	
Montant total versé sur l'exercice	54,4 M€	42,2	98,8 M €
Montant moyen versé par bénéficiaire	357,86	306,2	
Nombre d'heures attribuées sur l'année (source : SVD, CG 69)	4 706 000 H		
Dont nombre d'heures attribuées dans le cadre de la télégestion (source : SVD, CG 69)	472 122 H		

Source : Service Vie à Domicile CG 69

**Figure 25 : Evolution du nombre de bénéficiaires ADPA depuis 2004**

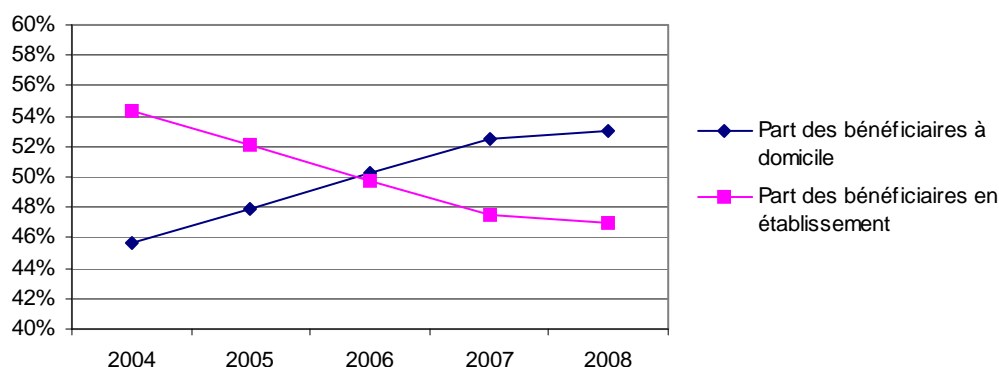


Source : Service Vie à Domicile CG 69

Cette croissance est nettement supérieure pour l'ADPA à domicile (+ 55% sur la période 2004-2008) que pour l'ADPA en établissement (+ 19,9%). Les bénéficiaires se répartissent désormais entre 53% à domicile et 47% en établissement.

La part des bénéficiaires de l'ADPA en fonction de leur lieu de vie montre une évolution importante. Alors qu'en 2004 les bénéficiaires de l'ADPA étaient majoritairement en établissement, la tendance est inverse en 2008 avec 53% des bénéficiaires à domicile contre 47% en établissement.

**Figure 26 : Evolution de la part des bénéficiaires de l'ADPA à domicile et en établissement**



Source : OD

Les bénéficiaires à domicile sont majoritairement plus autonomes qu'en établissement : au 31 décembre 2008, ils relèvent à 79% des GIR 3 et 4, alors que 60% des bénéficiaires en établissements sont en GIR 1 ou 2.

Les dépenses d'ADPA entre 2004 et 2008 sont passées de 69,8 millions d'euros à 96,6 millions d'euros.

**Tableau 11 : Evolution des dépenses ADPA de 2004 à 2008**

	Domicile	Etablissement	Total
<b>2004</b>	36,9 M€	32,9 M€	69,8 M€
<b>2005</b>	38,9 M€	33,4 M€	72,3 M€
<b>2006</b>	42,9 M€	36,2 M€	79,1 M€
<b>2007</b>	50,3 M€	39,3 M€	89,6 M€
<b>2008</b>	54,4 M€	42,2 M€	96,6 M€

\* Hors rattachement-données transmises à la CNSA. Source : Service Vie à Domicile CG 69

- **Les prestations financées dans le cadre de l'ADPA**

En établissement, l'ADPA sert à prendre en charge le tarif dépendance.

A domicile, l'ADPA sert à financer les dépenses liées à la perte d'autonomie, après évaluation par une équipe médico-sociale. Il peut s'agir d'heures d'aide ménagère ou d'auxiliaire de vie effectuées par une tierce personne, de frais d'accueil temporaire en établissement, d'un service de portage de repas, d'une téléalarme, de travaux d'adaptation du logement, etc.

Ces dépenses peuvent aussi couvrir des aides techniques : cannes, déambulateur, protections pour incontinence, etc.

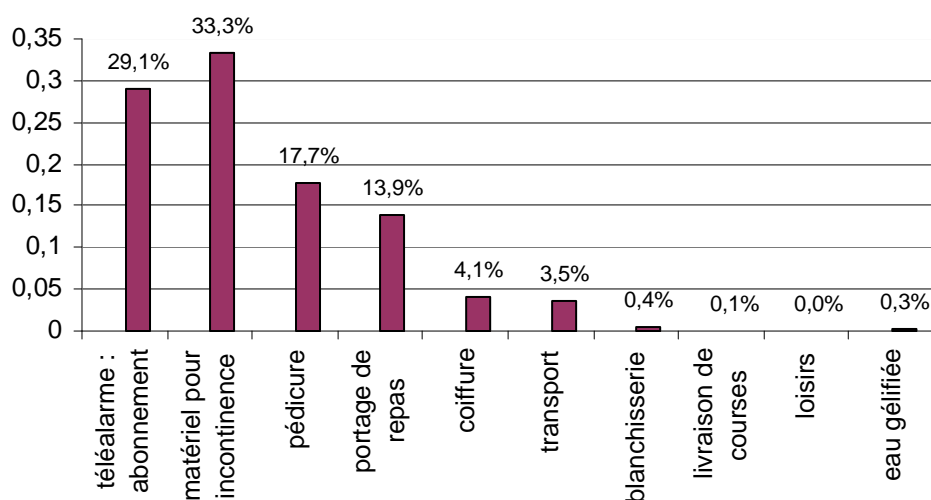
Afin de faciliter l'instruction des demandes et garantir l'égalité de traitement des usagers, une délibération départementale a défini des forfaits pour les dépenses les plus courantes. Mais la liste n'est pas exhaustive : toute aide ou service adapté à la situation et à l'environnement du bénéficiaire peut être proposé à la Commission d'attribution de l'ADPA sur rapport de l'équipe médico-sociale.

Un bénéficiaire ADPA se voit attribuer en moyenne 32 heures d'aide à domicile par mois. Les plans d'aide concernent en majorité l'aide humaine et l'aide technique. Ce nombre d'heures moyen augmente en fonction de la dépendance : 71 heures par mois en moyenne pour un bénéficiaire relevant du GIR 1.

Fin 2008, ce sont près de 400 000 heures qui sont attribuées chaque mois dans le cadre de l'ADPA ; les bénéficiaires font appel pour plus de 59% de ces heures à un service d'aide et d'accompagnement prestataire, tandis que 14% sont effectuées via un service mandataire et 27% dans le cadre de l'emploi direct.

Les aides techniques les plus prescrites sont les protections pour l'incontinence, inscrites dans les plans d'aide de 33% des bénéficiaires (proportion allant jusqu'à 85% pour les GIR 1). La prise en charge d'un abonnement à un service de téléalarme est inscrite dans 29% des plans d'aide. Viennent ensuite les frais de pédicure (18%) et de portage de repas (14%).

**Figure 27 : Part de prescription des aides matérielles dans les plans d'aide tous GIR confondus dans le Rhône en 2008**



Source : Service Vie à Domicile CG 69

Le montant moyen du plan d'aide pour l'ADPA à domicile tous GIR confondus est de 470€ par mois en 2008. La part moyenne du reste à charge est de 108€.

### 1.3.2.2 Les autres prestations

- **L'aide ménagère départementale**

L'aide ménagère départementale est attribuée au titre de l'aide sociale à des personnes âgées dont la dépendance est évaluée au niveau d'un GIR 5 ou 6 et qui ne peuvent de ce fait ouvrir droit à l'ADPA.

Cette prestation arrive en complément des prises en charge qu'accordent les caisses de retraite à leurs ressortissants. Elle permet à des personnes âgées ne relevant pas de l'ADPA d'être aidées à leur domicile.

Le Département du Rhône limite la prise en charge mensuelle à 30 heures pour une personne seule, et à 48 heures pour un couple.

La participation horaire demandée au bénéficiaire (254 bénéficiaires en 2008) est fixée chaque année par arrêté départemental : soit 1,21€ pour 2008, pour un tarif de 17,5 € par heure en 2008.

- **Les prestations financées par les caisses de retraite**

La plupart des caisses de retraite proposent à leurs ressortissants une prestation d'aide ménagère telle que la *prestation aide ménagère* destinée aux retraités ressortissants du régime général des salariés, gérée par la C.N.A.V. (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse).

Cette prestation peut être accordée aux personnes ayant besoin d'une aide à domicile en raison d'un isolement géographique ou familial, d'un âge avancé ou d'une situation sociale particulièrement fragile. Seules les personnes classées en GIR 5 ou 6 peuvent en bénéficier.

Les personnes dont les revenus sont inférieurs au plafond de l'aide sociale ne peuvent pas bénéficier de l'aide ménagère de la C.N.A.V. mais d'une prise en charge d'aide ménagère au titre de l'aide sociale.

- **L'Allocation de Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH)**

Cette allocation est attribuée par la CRAM aux personnes âgées de 60 ans et plus pour faciliter le retour à domicile après une hospitalisation qui a entraîné une perte d'autonomie ou un handicap temporaire. Elle contribue au financement des interventions à domicile, de l'aménagement du logement et d'appareillage. Elle est versée sous condition de ressources et à 80 % des dépenses engagées, pour une durée de 2 mois.

- **Autres aides de la CRAM**

Pour les personnes en GIR 5 et 6 socialement fragilisées en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge et de leur état de santé, un financement de services diversifiés peut être accordé (aide à domicile, travaux d'aménagement du logement).

### 1.3.2.3 Les services pour les personnes âgées

Les services pour personnes âgées ont été abordés dans la partie commune personnes âgées et personnes handicapées, car les services interviennent auprès des personnes fragilisées, personnes âgées et personnes handicapées.

### 1.3.3 Les enjeux dans le Rhône

- **L'optimisation de la gestion administrative du dispositif**

Face à l'augmentation constante du nombre de bénéficiaires, le Département a dû optimiser sa gestion du dispositif.

Le principal axe à ce jour reste l'outil de télégestion, mis en place en 2004. Cet outil permet de comptabiliser, via un serveur téléphonique, les heures réellement effectuées au domicile de la personne âgée. Ses avantages sont multiples :

- Pour le bénéficiaire : il est libéré des contraintes liées à la gestion de la plus grande partie de son allocation (avances de fonds, production des justificatifs de dépenses, remboursement le cas échéant des sommes non utilisées)
- Pour le Département : l'ADPA n'est versée qu'à hauteur des heures effectuées. Le contrôle d'effectivité n'est plus nécessaire, de même que les procédures de récupération de montants indûment versés.

Après un démarrage difficile, lié aux complexités de paramétrage de l'outil, les années 2007 et surtout 2008 ont permis d'accélérer le déploiement de l'outil :

- Au 31 décembre 2008, 1 751 bénéficiaires ont désormais leurs heures d'aide à domicile gérées par cet outil, soit 20 % des heures effectuées en mode prestataire ; ce nombre a doublé sur l'année 2008
- 371 559 heures ont été payées via la télégestion sur l'année 2008, représentant un montant total de plus de 4,8 M€.

- **L'optimisation du suivi des bénéficiaires**

Face au doublement des plus de 85 ans à l'horizon 2020, un autre enjeu de l'ADPA consiste à améliorer le suivi médico-social des bénéficiaires. Sur l'année 2008, le nombre de révisions de plans d'aide est important : 3 459 décisions, témoignant ainsi le souci du Département d'assurer un accompagnement de qualité tout au long du parcours.

- **Le développement de services nouveaux**

Au-delà des aides humaines et techniques et des services couramment inscrits dans les plans d'aide, l'enjeu pour la période 2009-2013 réside dans le développement de services nouveaux pour faire face à des besoins non couverts (garde de nuit, garde itinérante de type baluchonnage...). La



mutualisation des compétences entre services pourrait être l'un des moyens pour répondre à une demande croissante, en lien avec le doublement du nombre de personnes de 85 ans et plus entre 2006 et 2020.

Page ADPA : <http://www.rhone.fr/>

Site de la DREES : <http://www.statistique-publique.fr/>

## 1.4 Vers une prise en charge de qualité en établissement

### 1.4.1 Aspirations des personnes âgées et de leurs familles

- **Les limites du maintien à domicile**

Bien que le souhait de la plupart des personnes soit de rester à domicile, il arrive un moment où l'environnement et la réponse aux besoins de la personne ne permettent plus la vie à domicile. Ceci peut être dû aux :

- Contraintes de l'aide humaine disponible à domicile (nombre d'heures maximal ne garantissant plus la sécurité, surveillance constante...),
- Difficultés pour l'entourage à s'occuper de la personne,
- Limites de l'environnement architectural ou matériel,
- Limites liées au reste à charge.

Chaque situation est à analyser de manière individuelle et dépend aussi du niveau de risque que sont prêtes à assumer la personne et sa famille.

Même si parfois les futurs besoins en établissement sont anticipés, l'entrée en établissement est un moment sensible pour la personne et sa famille. Ce moment a besoin d'être préparé et accompagné.

Les entrées en établissement peuvent aussi concerner des personnes en situation urgente ou en situation de crise liée à une hospitalisation, un décès ou l'hospitalisation du conjoint.

- **Le souhait de retarder l'entrée en établissement**

Avec le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible, la personne entre en établissement de plus en plus tardivement, autour de 85 ans.

Les besoins en hébergement des personnes et de leur famille peuvent aussi concerner de courtes périodes (sorties d'hospitalisation, accueil hivernal, vacances des aidants...). Cet accueil temporaire permet de préparer une entrée progressive.

- **Le profil des résidents en établissements**

En 2007, 11 780 personnes âgées de 60 ans et plus ont été évaluées par les médecins coordonnateurs et leurs équipes dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes à l'aide de la grille AGGIR<sup>95</sup>.

Les personnes GIR 1 et 2 représentent 57 % des personnes hébergées. Les moins dépendants soit les personnes GIR 5 et 6 représentent 11 % des résidents. En 2007, l'âge moyen des résidents hommes femmes confondus était de 85 ans.

- **Les besoins futurs**

Si de manière intuitive l'on pense que la demande future quantitative d'hébergement en établissement va probablement augmenter de la même manière que le nombre de personnes âgées, ces besoins présentent de nombreuses inconnues, surtout sur le versant qualitatif.

Quels seront les souhaits et les besoins en matière d'activité, d'approche collective, de prise en compte des besoins individuels, de niveau de confort des personnes âgées dans les vingt ans à

---

<sup>95</sup> Article R314-170 du CASF : le niveau de perte d'autonomie des résidents est déterminé dans chaque établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur dans les conditions prévues à l'article R314-170.

venir ? Quels seront les niveaux de dépendance au regard de l'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité ?

- **Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer**

Les aspirations des personnes atteintes de troubles neurocognitifs en matière d'accueil en hébergement sont abordées dans un chapitre spécifique.

## **1.4.2 Les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées**

### **1.4.2.1 Les différentes catégories d'établissements**

La prise en charge des personnes âgées en établissements est variée et s'organise autour de plusieurs catégories d'établissements.

- **Les maisons de retraite**

Elles procurent des prestations complètes d'hébergement, de soins et d'aide à la dépendance.

La plupart de ces établissements bénéficient d'une prise en charge des soins par l'assurance maladie et peuvent accueillir et accompagner les personnes âgées dépendantes psychologiquement et/ou physiquement.

Au 30 juin 2009, il existe 163 maisons de retraite médicalisées, représentant une capacité de 12 238 lits et 5 maisons de retraite non médicalisées, représentant une capacité de 188 lits.

- **Les Unités de Soins Longue Durée (USLD)**

Elles accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Au 30 juin 2009, on compte 20 USLD, représentant une capacité de 878 lits.

- **Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**

Ce terme regroupe toutes les catégories d'établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (maison de retraite et USLD). Ces structures ont signé une convention tripartite pluriannuelle avec le représentant de l'Etat dans le département et le Président du Conseil général, leur permettant d'accueillir des personnes âgées dépendantes. Cette convention détermine les objectifs qualité à atteindre, en termes d'hébergement, de dépendance et de soins. En contrepartie, les établissements bénéficient d'une prise en charge des soins par l'assurance maladie.

Au 30 juin 2009, on compte 165 EHPAD, représentant une capacité de 13 192 lits.

- **Les accueils de jour**

L'accueil de jour propose une prise en charge à la journée. Il prolonge le maintien à domicile en sensibilisant la personne âgée à la vie collective, et constitue un soutien aux aidants. L'accueil de jour répond à différents types de besoins des aidants naturels et des personnes dépendantes. Pour les aidants, il offre un temps de répit qui leur permet de « souffler ». Pour les personnes âgées, il a pour objectif de favoriser la communication et l'ouverture aux autres, le maintien d'une certaine autonomie et contribue à restaurer l'image de soi.

Au 30 juin 2009, on compte 27 accueils de jour (dont 9 accueils de jour autonomes), représentant une capacité totale de 271 places.

- **L'hébergement temporaire**

L'hébergement temporaire est un mode d'accueil intermédiaire entre le domicile et l'établissement. Il répond à trois objectifs : pallier l'isolement de la personne âgée à l'occasion d'une difficulté du maintien à domicile (hospitalisation du conjoint ou de l'aidant, congés des aidants...) ou à l'inconfort des logements pendant l'hiver, permettre une sortie d'hospitalisation alors que la santé de la personne âgée est encore fragile et ne lui permet pas encore le retour à domicile et découvrir la vie en collectivité pour préparer une entrée en établissement.

Au 30 juin 2009, on compte 31 sections d'hébergement temporaire dont 2 structures autonomes, représentant une capacité de 191 lits.

- **Les logements-foyers**

Les logements-foyers, souvent appelés « résidences », accueillent principalement les personnes âgées peu dépendantes et proposent, à la location, des appartements avec des services collectifs facultatifs (blanchisserie, coiffure, pédicure, restauration...). Le résident peut meubler son logement lui-même. Il garde son indépendance dans un cadre sécurisé. Ces établissements n'assurent généralement pas la prise en charge directe de la dépendance. Les résidents font appel à des services extérieurs.

Au 30 juin 2009, on compte 77 logements foyers, représentant une capacité de 4 402 lits.

- **Les domiciles collectifs**

Ils accueillent des personnes âgées fragilisées ou en perte d'autonomie qui ne peuvent plus vivre seules à leur domicile. Ces établissements de faible capacité permettent de préserver l'autonomie des personnes tout en développant une vie collective riche. La présence de personnel au sein de l'établissement est souvent complétée par l'intervention de services d'aide à domicile.

Au 30 juin 2009, on compte 19 domiciles collectifs, représentant une capacité de 279 lits.

#### 1.4.2.2 Les capacités d'accueil

Le Département du Rhône compte 269 établissements pour personnes âgées soit 18 176 lits dont 13 222 lits médicalisés au 30 juin 2009.

La répartition de ces établissements est la suivante :

- 111 établissements du secteur public,
- 109 établissements du secteur privé associatif,
- 49 établissements du secteur privé commercial.

Sur les 269 établissements ouverts :

- 195 sont habilités totalement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale
- 20 sont habilités partiellement

soit 12 932 lits habilités à l'aide sociale pour 2 692 bénéficiaires de l'aide sociale.

Sur les 195 établissements habilités totalement, 31 n'accueillent aucun bénéficiaire et sur les 164 qui en accueillent, dans la moitié des cas, ils accueillent moins de 10 bénéficiaires.

#### 1.4.2.3 La répartition de l'offre en établissement pour personnes âgées dans le Rhône

- **Une répartition encore inégale sur le territoire**

Le taux d'équipement, calculé en prenant en compte le nombre de lits (toute catégorie d'établissement confondue) pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus, constitue un indicateur permettant d'apprécier l'opportunité d'un projet de création ou d'extension. Les taux d'équipement

sont calculés par canton afin notamment de cibler les cantons déficitaires ou excédentaires par rapport au taux départemental.

Toutefois, le taux d'équipement ne constitue pas le seul critère de l'opportunité des créations et extensions d'établissement. Il doit être apprécié notamment en prenant en compte les efforts apportés en faveur du maintien à domicile.

**Tableau 12 : Répartition des Etablissements, Taux d'équipement global en lits autorisés pour 100 personnes de plus de 75 ans, taux de médicalisation par canton, au 31/12/08**

Canton	Etablissements	Total Lits médicalisés	Total lits	Total places accueil de jour	Taux médicalisation	Taux Unité Spécifique	Taux d'équipement global
AMPLEPUIS	2	147	147		16,12%		16,12%
ANSE	5	385	385		24,34%		24,34%
ARBRESLE (L')	9	400	526	12	17,02%	1,45%	22,38%
BEAUJEU	3	181	205		16,58%	0,92%	18,77%
BELLEVILLE	2	257	257		16,38%		16,38%
BOIS D'OINGT (LE)	2	143	143		14,23%		14,23%
BRON	5	120	274	12	3,99%	0,40%	9,11%
CALUIRE ET CUIRE	7	341	470	24	8,03%	0,31%	11,07%
CONDRIEU	2	220	220	5	17,56%		17,56%
DECINES-CHARPIEU	5	252	400	5	9,33%	0,70%	14,80%
ECULLY	6	115	215	24	4,28%	0,34%	8,01%
GIVORS	8	484	534	6	16,68%	1,21%	18,40%
GLEIZE	5	211	299	15	12,51%	0,71%	17,72%
IRIGNY	7	374	417		22,76%	1,10%	25,38%
LAMURE S/AZERGUES	1	100	100		15,70%		15,70%
LIMONEST	4	345	345		16,85%	1,86%	16,85%
LYON 1	5	141	302		7,93%		16,98%
LYON 2	5	148	255	10	6,39%	0,78%	11,01%
LYON 3	13	640	983	27	9,82%	0,98%	15,08%
LYON 4	7	409	569		12,01%	1,23%	16,71%
LYON 5	12	886	1 064	15	18,77%	1,40%	22,54%
LYON 6	6	141	377		2,80%		7,50%
LYON 7	11	437	628	6	9,67%	0,80%	13,89%
LYON 8	14	738	993	12	11,86%	0,77%	15,95%
LYON 9	11	537	799	6	13,71%	2,25%	20,40%
MEYZIEU	7	347	450	10	12,79%	0,77%	16,59%
MONSOLS	2	56	77		11,67%	2,50%	16,04%
MORNANT	2	213	213	4	16,26%	0,92%	16,26%
NEUVILLE S/SAONE	4	574	574		18,32%	0,77%	18,32%
OULLINS	4	142	196	16	6,29%		8,68%
RILLIEUX LA PAPE	5	122	318	2	5,86%		15,27%
ST FONS	4	124	205		6,31%	0,61%	10,43%
ST GENIS LAVAL	7	203	409		7,80%	0,54%	15,71%
ST LAURENT DE CHAM.	3	140	184		13,12%		17,24%
ST PRIEST	4	142	226	12	6,41%	0,50%	10,21%
ST SYMPH. D'OZON	4	212	212	7	10,81%	1,73%	10,81%
ST SYMPH. S/COISE	4	231	263		17,39%		19,80%
STE FOY LES LYON	5	205	333	12	7,47%		12,13%
TARARE	7	335	545	10	18,82%	5,11%	30,62%
TASSIN LA ½ LUNE	8	360	521	5	13,70%	0,46%	19,83%
THIZY	2	316	378		21,54%		25,77%
VAUGNERAY	11	553	687	14	16,44%	6,16%	20,43%
VAULX EN VELIN	3	197	258	12	9,90%	0,50%	12,97%
VENISSIEUX	8	164	347	13	4,59%	0,28%	9,70%
VILLEFR. S/SAONE	7	195	379		6,27%	0,39%	12,18%
VILLEURBANNE	19	560	1 080	36	5,61%	0,74%	10,81%
<b>TOTAL RHONE</b>	<b>277</b>	<b>13 543</b>	<b>18 762</b>	<b>332</b>	<b>10,96%</b>	<b>0,91%</b>	<b>15,19%</b>

source : CG – Service personnes âgées

**Tableau 13 : Répartition des Etablissements, Taux d'équipement global en lits installés pour 100 personnes de plus de 75 ans , Taux de médicalisation, par canton au 31/12/08**

Canton	Etablissements	Total lits médicalisés	Total lits	Total places accueil de jour	Taux médicalisation	Taux équipement global
AMPLEPUI	2	147	147		16,12%	16,12%
ANSE	5	368	368		23,26%	23,26%
ARBRESLE (L')	9	400	526	12	17,02%	22,38%
BEAUJEU	2	181	181		16,58%	16,58%
BELLEVILLE	2	247	247		15,74%	15,74%
BOIS D'OINGT (LE)	2	143	143		14,23%	14,23%
BRON	5	120	274	12	3,99%	9,11%
CALUIRE ET CUIRE	7	341	458	24	8,03%	10,79%
CONDRIEU	2	220	220		17,56%	17,56%
DECINES-CHARPIEU	5	252	400	5	9,33%	14,80%
ECULLY	6	115	215	24	4,28%	8,01%
GIVORS	7	435	485	6	14,99%	16,71%
GLEIZE	5	211	291	15	12,51%	17,25%
IRIGNY	6	338	366		20,57%	22,28%
LAMURE S/AZERGUES	1	100	100		15,70%	15,70%
LIMONEST	4	345	345		16,85%	16,85%
LYON 1	5	141	291		7,93%	16,36%
LYON 2	4	68	169		2,93%	7,29%
LYON 3	13	635	968	27	9,74%	14,85%
LYON 4	7	409	600		12,01%	17,62%
LYON 5	12	886	1 059	15	18,77%	22,43%
LYON 6	6	141	365		2,80%	7,26%
LYON 7	11	429	603	2	9,49%	13,34%
LYON 8	14	738	961	12	11,86%	15,44%
LYON 9	11	537	773		13,71%	19,73%
MEYZIEU	7	347	450	10	12,79%	16,59%
MONSOLS	2	56	77		11,67%	16,04%
MORNANT	2	213	213	4	16,26%	16,26%
NEUVILLE S/SAONE	4	563	563		17,97%	17,97%
OULLINS	4	142	196	16	6,29%	8,68%
RILLIEUX LA PAPE	4	122	248		5,86%	11,91%
ST FONS	4	124	205		6,31%	10,43%
ST GENIS LAVAL	7	203	409		7,80%	15,71%
ST LAURENT DE CHAM.	3	135	179		12,65%	16,78%
ST PRIEST	4	142	215		6,41%	9,71%
ST SYMPH. D'OZON	4	212	212		10,81%	10,81%
ST SYMPH. S/COISE	4	231	263		17,39%	19,80%
STE FOY LES LYON	5	205	332	12	7,47%	12,09%
TARARE	7	335	545		18,82%	30,62%
TASSIN LA ½ LUNE	7	360	506	5	13,70%	19,26%
THIZY	2	311	373		21,20%	25,43%
VAUGNERAY	10	542	660	14	16,12%	19,63%
VAULX EN VELIN	3	197	253	12	9,90%	12,72%
VENISSIEUX	7	80	263	8	2,24%	7,35%
VILLEFR. S/SAONE	7	195	379		6,27%	12,18%
VILLEURBANNE	19	560	1 080	36	5,61%	10,81%
<b>TOTAL RHONE</b>	<b>269</b>	<b>13 222</b>	<b>18 176</b>	<b>271</b>	<b>10,70%</b>	<b>14,72%</b>

Source : CG – données au 31/12/08

Avec un taux d'équipement<sup>96</sup> en lits installés de 14,72%, le Département du Rhône apparaît relativement bien équipé au regard des taux régional et national. Toutefois, la répartition de l'offre sur l'ensemble du territoire reste inégale, avec des cantons largement sur-équipés par rapport à la moyenne départementale et d'autres, sous-équipés.

La mise en place d'un système d'appels à projet pour les créations d'EHPAD devrait permettre de prioriser les secteurs où sont constatés des besoins, afin de mettre en adéquation l'offre et la demande.

Par ailleurs, un certain nombre d'établissements présentent un taux de vétusté important, nécessitant des travaux lourds pour s'adapter à l'évolution des normes de sécurité, mais aussi à l'évolution de la dépendance des résidents et aux nouveaux besoins.

La réorganisation de l'offre sur le territoire doit par conséquent s'appuyer sur l'existant, en favorisant notamment les restructurations des établissements, plutôt qu'en créant une nouvelle offre.

**Tableau 12 : Taux d'équipement des établissements pour personnes âgées au 1/01/08<sup>97</sup>**

Taux d'équipement	RHÔNE	RHÔNE-ALPES
en structures d'hébergement pour personnes âgées	137 <sup>98</sup>	133.8

Source : DRASS STATISS 2008

*Le calcul des taux d'équipement est réalisé de manière différente entre les collectivités. La DRASS ne comptabilise pas les USLD dans les structures d'hébergement pour personnes âgées ce qui explique les différences de taux entre les données du Département et les données régionales.*

Le Rhône dispose d'un taux équivalent à la moyenne régionale en places, en structures d'hébergement. Un effort important de médicalisation a été réalisé ces dernières années à travers les conventions tripartites permettant au Rhône d'atteindre en 2008 un taux de médicalisation de 10,96 % proche du taux national. A titre indicatif, le taux national en 2008 est de 109,9% pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans (source CNSA)

- **Le développement des modes d'accueil alternatif**

Le développement de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour sont le corollaire et la condition sine qua non d'un dispositif efficace de maintien à domicile. Outre qu'ils permettent des périodes de répit pour les aidants, ils offrent également la possibilité pour la personne âgée de bénéficier d'une prise en charge médicalisée.

Depuis plusieurs années, un certain nombre de projets d'accueil alternatif se sont développés dans le département. Ces projets s'inscrivent dans les orientations du précédent schéma mais aussi au regard des moyens mis en œuvre par l'assurance maladie dans le cadre de la mise en application du Plan Alzheimer. Toutefois, l'offre reste encore insuffisante, notamment au sein des EHPAD, pour leur permettre d'offrir une palette de services complète.

<sup>96</sup> Taux d'équipement calculé par le Département : Nombre de lits installés pour 100 personnes de plus de 75 ans

<sup>97</sup> CREA RHONE ALPES. Groupe de travail du CROSMS "Evaluation des besoins sociaux et médico-sociaux – Analyse de leur évolution", Section Personnes Handicapées, Evolution des besoins des Personnes Handicapées en Rhône-Alpes, Synthèse des propositions du groupe de travail, 2009.

<sup>98</sup> Taux d'équipement calculé par la DRASS: Nombre de lits installés pour 1 000 personnes de plus de 75 ans



Concernant les accueils de jour, un certain nombre affichent un taux d'occupation relativement faible. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat, et en particulier le manque de solutions de transport même si des financements dans le cadre de l'APA ou par l'assurance maladie sont proposés. L'inscription de l'accueil de jour dans le réseau médico-social et sanitaire local constitue par ailleurs une condition de sa réussite.

#### 1.4.2.4 Le renouvellement des conventions tripartites, une opportunité pour développer la qualité de la prise en charge en établissement

L'année 2008 a marqué la fin de la signature des premières conventions tripartites pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Le bilan montre que la procédure de renouvellement des conventions tripartites doit permettre de poursuivre de façon soutenue la démarche qualité.

- **De nombreuses créations de postes avec la 1<sup>ère</sup> génération de convention**

168 conventions tripartites de 1<sup>ère</sup> génération ont été signées. Le bilan démontre un réel investissement en matière de création de postes.

**Tableau 13 : Nombre de postes créés sur la période 2001-2008**

Nombre de postes créés	ETP
Aide soignant	761,50
ASH	91,91
Services généraux	65,43
Animation	48,53
administration	68,58
Psychologue	33,74
Infirmière	251,14

Source : Service Etablissements PA CG 69

- **Les conventions tripartites de seconde génération**

La circulaire n° DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/446 du 17 octobre 2006, complétée par la circulaire du 6 avril 2007, précise les nouveaux mécanismes d'attribution des crédits d'assurance maladie dans le cadre de conventions tripartites de seconde génération.

Outre la valorisation du GMP, qui sert à décrire la perte d'autonomie et à évaluer les besoins de la population, le renouvellement des conventions tripartites prend en compte l'outil PATHOS, qui permet de déterminer le PMP (Pathos Moyen Pondéré).

Depuis le 30 janvier 2009, 22 conventions ont été renouvelées.

**Tableau 14 : Postes créés dans le cadre des Conventions tripartites de seconde génération**

Nombre de postes créés	ETP
Aide soignant	39
ASH	18,24
Services généraux	- 1,90
Animation	1,20
Administration	1,42
Psychologue	2,60
Infirmière	25,68
Auxiliaires médicaux	5,77
Pharmaciens	1,14
Médecins	2,27

Source : Service Etablissements PA CG 69

#### 1.4.2.5 Le Programme inter-départemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'Autonomie (PRIAC)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a la charge de procéder à la répartition des enveloppes régionales et départementales des crédits des « Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie » (ONDAM) destinés aux établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'article L 312-5-1° du code de l'action sociale et des familles prévoit que cette notification doit s'effectuer au vu d'un exercice de programmation financière : le Programme Inter-départemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'Autonomie (PRIAC).

Le PRIAC a pour objet de fixer, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire de l'Etat, les « priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements et de services » au niveau régional.

#### 1.4.2.6 L'aide à l'investissement pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Depuis 2001, le Département apporte un soutien financier en matière d'investissement pour les travaux de rénovation et d'amélioration entrepris par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale.

Avec les conventions tripartites deuxième génération, le Département poursuit sa politique en faveur des aides à l'investissement apportées aux EHPAD, en matière de travaux de réhabilitation et de mise aux normes.

Au 1<sup>er</sup> juin 2009, 60 établissements avaient bénéficié de cette subvention, pour un montant total de 9 541 588 euros.

Depuis juillet 2008, au regard du développement des projets d'accueil de jour, le Département a décidé de soutenir la création de places d'accueil de jour au sein des EHPAD habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale. Le montant de l'aide est de 3 050 € par place d'accueil de jour créée au sein d'un EHPAD.

Il existe par ailleurs plusieurs types d'aide à l'investissement, qui varient en fonction de la nature des travaux, du statut de l'établissement et des personnes accueillies ou encore selon l'organisme attributaire.

Les partenaires financiers sont nombreux et interviennent selon des modalités différentes :

- La CNSA à travers le Plan d'Aide à l'Investissement (PAI). Les PAI ont remplacé les Plans d'Aide à la Modernisation, qui ne prévoyaient pas d'aide pour les opérations de création de places nouvelles,
- L'Etat et la Région à travers le Contrat de Plan Etat – Région,
- Les caisses de retraite (CRAM et CNAVTS),
- Les fondations ou associations diverses.

#### 1.4.2.7 Les tarifs en établissements

Les établissements pour personnes âgées se caractérisent par la participation non négligeable des usagers aux frais de fonctionnement de ces établissements.

##### • Le tarif hébergement

**Prestations comprises dans le tarif hébergement (article R314-159 du CASF) :** ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement (y compris le personnel), qui ne sont pas liées, à l'état de dépendance des personnes âgées.

Le tarif hébergement peut être modulé pour prendre en compte, notamment (liste non exhaustive) : le nombre de lits par chambre, la localisation ou le confort de la chambre, la non-utilisation du service de restauration collective ou du service de blanchisserie (Article R314-182 CASF).

Le tarif hébergement est à la charge du résident, sauf s'il bénéficie de l'aide sociale.

- **Les tarifs dépendance**

**Prestations comprises dans le tarif dépendance (article R314-160 CASF) :** ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liés aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôteliers et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance (y compris le personnel).

Chaque établissement dispose de trois niveaux de tarif, selon le GIR du résident concerné :

- Tarif dépendance pour les GIR 1-2 pour les résidents très dépendants ;
- Tarif dépendance pour les GIR 3-4 pour les résidents dépendants ;
- Tarif dépendance pour les GIR 5-6 pour les résidents peu dépendants ou valides.

Le tarif dépendance est pris en charge par le Département à travers l'ADPA en établissement, déduction faite d'un ticket modérateur qui reste payé par le résident et qui correspondant au tarif dépendance des GIR 5-6.

- **Les tarifs soins**

**Prestations comprises dans les tarifs soins (article R314-161 CASF) :** prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies (y compris le personnel).

Les tarifs sont pris en charge par l'Assurance maladie à travers une dotation annuelle versée par la CPAM du ressort de l'établissement.

- **Les prestations complémentaires facultatives**

L'établissement peut facturer des prestations complémentaires. Elles doivent néanmoins être prévues dans le contrat de séjour (nature et montant). Elles ne doivent pas être abusives. Par exemple : coiffure, pédicure, communications téléphoniques, raccordements.

**Tableau 15 : Les tarifs moyens en établissement en 2009**

Catégorie d'établissement	EHPAD Maison de retraite	EHPAD USLD	EHPAD global	Domicile collectif	Hébergement temporaire statut LF	Hébergement temporaire statut MR	Logement-foyer
<b>Hébergement</b>	52,35 €	53,23 €	52,44 €	45,73 €	24,34 €	49,22 €	18,64 €
<b>GIR ½</b>	17,59 €	21,31 €	17,90 €	30,80 €	/	17,59 €	/
<b>GIR ¾</b>	11,17 €	13,53 €	11,36 €	19,49 €	/	11,37 €	/
<b>GIR 5/6</b>	4,72 €	5,74 €	4,81 €	/	/	4,74 €	/
<b>Mensualité à la charge du résident</b>	1 712 €	1 769 €	1 717 €	1 372 €	730 €	1 619 €	559 €

Source : Service Etablissements PA CG 69

#### 1.4.2.8 Les aides du Département pour les résidents en EHPAD

L'aide sociale à l'hébergement permet la prise en charge des frais d'hébergement en établissement des personnes âgées à faibles ressources. L'Allocation départementale personnalisée à l'autonomie (ADPA) en établissement est destinée à aider le bénéficiaire à régler une partie du tarif dépendance de sa structure d'accueil.

Au 31 décembre 2008 : On comptait dans le Rhône 3 173 personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale et 10 461 bénéficiaires de l'ADPA en établissement.

Pour 2009, le montant de l'aide sociale est estimé à 43 863 092 € et le montant de l'ADPA en établissement à 41 082 097 €.

#### 1.4.3 Les problématiques dans le Rhône

L'évolution des établissements pour personnes âgées s'inscrit dans une période de réformes de la réglementation avec la mise en place du 5<sup>ème</sup> risque et la création des Agences Régionales de Santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

- **Le reste à charge**

La question du reste à charge est une véritable problématique à prendre en compte dans le cadre de la réflexion sur l'évolution des établissements, et notamment la question de la mutualisation et de l'optimisation des moyens.

- **Les difficultés au plan du personnel dans les établissements**

Pour assurer des prestations de qualité, un établissement doit pouvoir disposer de personnel compétent, motivé et formé. Or, les métiers de la gériatrie restent peu attractifs et les conditions de travail dans les établissements sont difficiles. Des pistes d'amélioration sont possibles, notamment en développant des plans de formations qui pourraient être mutualisés entre établissements ou encore par le remplacement des personnels absents afin de limiter le turn over.

- **Un grand nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer nécessitant un accompagnement particulier**

La question de la prise en charge de ces personnes âgées reste centrale, dans la mesure où une grande majorité des personnes actuellement en EHPAD souffre de ces pathologies. Elle pose la question de la formation, des personnels dédiés et de leur nombre qui doit être suffisant pour assurer un accompagnement de qualité.

- **L'importance du réseau gérontologique pour favoriser la continuité**

Les attentes des personnes âgées en terme d'accueil en institution sont différenciées, selon leur niveau de dépendance. De ce fait, l'offre en établissement, qu'elle soit médicalisée ou non, doit apporter des réponses diversifiées. Ceci passe par l'inscription des établissements dans un réseau gérontologique susceptible de favoriser la continuité dans l'accompagnement de la personne âgée.

- **Les recommandations et la modularité des établissements**

En terme de bâti, si tout le monde s'accorde à dire qu'il n'existe pas d'établissement « modèle » ou « type », un certain nombre de **recommandations** peuvent être formulées sur le fonctionnement, la superficie minimale des chambres, la capacité d'accueil, une offre d'animation, un accueil des familles.

Par ailleurs, concernant la maladie d'Alzheimer, il est difficile de prévoir l'évolution des traitements à moyen terme ce qui interroge sur les besoins en établissement dans les 20 prochaines années.

C'est pourquoi, les établissements qui se construisent aujourd'hui doivent s'inscrire dans une logique de modularité et d'adaptabilité pour pouvoir évoluer.

CNSA : <http://www.cnsa.fr/>

DRASS : <http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/missions/drass/index.htm>

ANESM : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

## 1.5 Un accompagnement renforcé pour les personnes atteintes de MASA

La maladie d'Alzheimer et apparentées représentent un véritable enjeu de santé publique.

La maladie d'Alzheimer est un trouble neuro dégénératif qui entraîne progressivement la perte des fonctions mentales suite à la détérioration du tissu cérébral. C'est la plus fréquente des maladies neuro dégénératives. Elle se caractérise par un début progressif et un déclin intellectuel continu dont l'évolution dans le temps n'est pas aisément prévisible, en moyenne de 8 à 10 ans.

Au stade avancé de la maladie, il existe une altération des activités essentielles de la vie quotidienne : toilette, habillage, alimentation... Cette aggravation progressive avec une dépendance de plus en plus marquée et un comportement difficilement supportable par les familles impactent de façon importante la vie de ces dernières, générant une grande souffrance.

Il n'existe pas de traitement curatif. Néanmoins un diagnostic au stade précoce permet de proposer des thérapeutiques visant à freiner l'évolution de la perte d'autonomie mais aussi d'apporter un soutien au patient et à son entourage.

Dans ce chapitre, le terme MASA, Maladie d'Alzheimer et Syndromes Apparentés, désigne l'ensemble des personnes atteints de troubles neuro-cognitifs.

### 1.5.1 La maladie d'Alzheimer dans le Rhône

En 2008, la prévalence de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées de 75 ans et plus dans le Rhône est d'environ 18 000 personnes, soit 11,5 malades pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. 2 800 personnes sont nouvellement atteintes par ces maladies chaque année dans le département. Actuellement, la majorité des personnes atteintes vivent dans l'agglomération lyonnaise et plus particulièrement dans l'Est lyonnais.

Les projections pour 2020 font état de 25 000 à 32 000 personnes de 75 ans et plus atteintes de ces pathologies et de 50 000 personnes en 2040. Si le nombre de personnes atteintes devait se stabiliser dans les communes les moins peuplées, une augmentation est envisagée dans l'agglomération lyonnaise et dans l'Est lyonnais.

La majorité des personnes vivent au domicile. Par contre, les personnes qui présentent un stade évolué vivent le plus souvent en institution<sup>99</sup>. Près de 50 % des résidents d'EHPAD sont atteints de MASA.

La part des dépenses à la charge de la personne malade ou de sa famille varie entre 4 100€ à domicile et 7 600€ en institution par an.

### 1.5.2 Les politiques nationales et départementales

- **Une reconnaissance nationale**

Au niveau national, l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées et de leur famille a été reconnue grande cause nationale en 2007 avec un nouveau Plan départemental « Maladie d' Alzheimer » d'une durée de 5 ans (2008-2012).

Cette prise en considération de la maladie a favorisé l'évolution du regard sur la pathologie permettant une expression plus facile des aidants et un accès facilité au diagnostic. Cette nouvelle prise de conscience favorise l'accompagnement et le suivi des personnes et de leur famille.

---

<sup>99</sup> DDASS DU RHONE. *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Document d'orientation 2008-2011 [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

- **Une mobilisation importante de la DDASS à travers un document d'orientations**

Au niveau départemental, la DDASS a réalisé un état des lieux de la filière de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées et a élaboré un document d'orientations d'ici 2011<sup>100</sup>. Ce document est le fruit d'un échange partenarial avec l'ensemble des acteurs concernés dans le Rhône.

- **Le Département du Rhône fortement engagé**

Plusieurs axes du schéma gérontologique 2004-2008 ont concerné cette problématique à travers le développement d'une offre médico-sociale de qualité et le développement d'une prise en charge spécifique de la dépendance psychique.

L'année 2007 a été extrêmement riche en actions concernant les personnes atteintes et leurs aidants :

- Réalisation de diverses journées d'information (Journée des établissements, séance plénière du CODERPA, journée de sensibilisation sur la problématique du malade de moins de 60 ans...),
- Organisation, dans de nombreuses UT, de journées d'échanges avec les familles,
- Lancement du portail Personnes âgées avec une rubrique spécifique pour la maladie d'Alzheimer,
- Soutien à diverses associations dans leurs actions menées auprès des personnes.

Plusieurs actions ont également marqué l'année 2008 : le soutien à des porteurs de projets innovants concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées, la poursuite de la formation des professionnels du domicile et le renforcement du partenariat avec les associations spécialisées (France Alzheimer Rhône).

En dehors de ces projets spécifiques pour les personnes MASA, le Département conduit une action au long cours auprès des personnes âgées dépendantes et leurs familles notamment au travers de la démarche qualité –tant à domicile qu'en établissement.

- **Le rôle du CLIC**

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont des maladies chroniques nécessitant un accompagnement au long cours. Le parcours de la personne, en lien avec l'existence d'un environnement plus ou moins stable, est émaillé d'aléas, de moments de crise, de besoins d'aide et d'accompagnement nécessitant souvent l'intervention de multiples professionnels. Ces professionnels appartiennent à des secteurs différents (secteur sanitaire, social et médico-social) qui ne se coordonnent pas suffisamment.

Cette mission de coordination était jusque là confiée aux CLIC. Le plan Alzheimer prévoit la création de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), qui au delà de la coordination entre professionnels, assurerait un accompagnement global de la personne au travers des case manager.

Dans le Département du Rhône, les Maisons du Rhône sont labellisées Comités locaux d'Information et de Coordination (*développé dans la partie Accès aux ressources gérontologiques*). Le Département réfléchit avec les partenaires à une expérimentation de ces MAIA dans le cadre des CLIC, la mission de case manager pouvant être confiée aux infirmières.

- **Le rôle des professionnels libéraux**

Le médecin a une place primordiale dans l'accompagnement médical des personnes MASA dans la phase de diagnostic. Il oriente le patient vers une consultation mémoire ou vers un médecin spécialiste. Suite à l'annonce du diagnostic, il assure le suivi médical et il est l'interlocuteur privilégié de la famille.

---

<sup>100</sup> DDASS DU RHONE. *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Document d'orientation 2008 2011 [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

Enfin, les consultations mémoire, qui réalisent une évaluation multidimensionnelle, ont montré un bénéfice en termes de qualité de l'annonce diagnostic et de l'acceptabilité par les patients et leur famille.

- **Les consultations Mémoire pour un diagnostic et une prise en charge spécialisée**

Les centres de consultation mémoire sont des centres spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge des troubles cognitifs. Ces consultations sont constituées d'équipes pluridisciplinaires associant d'une part des médecins neurologues, psychiatres, gériatres, et d'autre part des neuropsychologues, orthophonistes, ergothérapeutes.

Elles ont notamment pour mission<sup>101</sup> :

- d'affirmer le trouble mnésique, de diagnostiquer avec fiabilité le syndrome démentiel et le type de démence,
- de rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique, n'ayant pas de syndrome démentiel et leur proposer un suivi,
- d'identifier les situations complexes justifiant le recours au centre mémoire de ressource et de recherche,
- de mettre en place un projet de soins personnalisé et de l'articuler avec le plan d'aide élaboré par les professionnels de terrain,
- de participer au suivi des personnes malades en partenariat avec les médecins de ville et les professionnels médico-sociaux,
- de participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes MASA.

Le Rhône compte 14 consultations mémoire. Ce nombre est suffisant d'après la circulaire du 30 mars 2005. On dénombre 5 086 consultations réalisées en 2006 avec une file active de 2 549 personnes. La Cellule régionale d'observation de la démence a pour fonction la coordination des données relatives aux différents acteurs du diagnostic et de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Rhône Alpes.

### 1.5.3 Le souhait d'une vie à domicile

La majorité des personnes âgées vivent à domicile et c'est le souhait le plus cher des personnes de pouvoir rester dans leur environnement familial le plus longtemps possible. La stabilité de l'environnement est un facteur déterminant même si les troubles nécessitent quelque fois des séjours en établissement, notamment dans leur phase avancée.

- **L'impact sur les aidants**

L'impact de la maladie d'Alzheimer sur les proches et en particulier la famille des personnes malades est une caractéristique essentielle de cette affection et est à l'origine du développement du concept de « répit » pour les aidants. En effet, si la relation peut être source de satisfaction et de gratification pour l'aidant et l'aidé, elle nécessite un investissement important dans l'accompagnement au quotidien ayant comme conséquence la dégradation progressive de l'état de santé et de la qualité de vie des proches. Le besoin de répit pour les proches est pour cette raison fondamental.

- **L'apport des services (SSIAD et SAAD)**

Face aux difficultés et au besoin d'accompagnement médico-social de personnes atteintes de MASA et de leurs familles, différents types de services apportent une aide indispensable. Il s'agit des SAAD et des SSIAD (*développés dans la partie Service pour les PA d'une manière plus générale*).

Selon le rapport de la DDASS, document d'orientation 2008-2011, « Les SSIAD assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de

---

<sup>101</sup> DDASS DU RHONE. *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Document d'orientation 2008 2011 [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)



soins de base et relationnels auprès des personnes âgées de plus de 60 ans et des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques.

Les soins sont assurés, sous l'autorité d'une infirmière coordonnatrice, par des infirmiers, des aides soignants ainsi que des ergothérapeutes et des psychologues.

L'état des lieux s'appuie sur le document réalisé par la DDASS en mai 2007.

Le Rhône compte 46 SSIAD pour un total de 1 933 places (chiffres au 1/01/2007).

Le taux d'équipement départemental est de 17,25 places de SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31 décembre 2006.

Ce taux est inférieur au taux cible national qui est de 18,48, fixé par une circulaire ministérielle du 10 avril 2002 et au taux régional (non actualisé au 1/10/2007). Il est le plus bas de la région malgré la création de 373 places depuis le plan « Vieillesse et solidarités » de novembre 2003.

L'enquête réalisée en 2007 indique que les pathologies principales sont constituées de troubles de l'appareil locomoteur, de maladies cardio-vasculaires et d'affections neurologiques : le pourcentage des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer est passé de 20% à 25% entre 2003 et 2005 (onze SSIAD, dont Anse, Beaujeu, St Priest ou Bron, déclarent que plus d'un tiers des pathologies chez les malades est constitué de la maladie d'Alzheimer ; le SSIAD de Lyon 6 déclare plus de 85 % de malades).

Les SSIAD ne disposent pas de places dédiées à la prise en charge des malades Alzheimer. Ils sont confrontés à un certain nombre de difficultés :

- Compte tenu du montant du forfait global de soins, qui est inférieur au coût de fonctionnement réel (coût le plus bas de la région), l'activité des SSIAD est réduite pour limiter les éventuels surcoûts d'exploitation.

Le nombre de prises en charge non satisfaites est relativement élevé puisqu'en 2005, il a été constaté 980 refus et 1 135 en 2006 sur un total de 3 170 prises en charge de patients âgés soit 26,36 % des demandes.

- Les durées de prise en charge augmentent puisqu'elles sont supérieures à 1 an pour 61 % des bénéficiaires (2 ans pour 39 % des personnes âgées).
- L'allongement des durées de prise en charge, notamment dû à une aggravation de la dépendance, ne permet pas d'assurer de nouvelles admissions.
- Le recrutement du personnel soignant, notamment pour les SSIAD gérés par des CCAS, est problématique compte tenu de la faible attractivité des conditions de travail et de la rémunération.

Le recours à du personnel intérimaire ou la sous-traitance des prestations auprès des centres de soins infirmiers est relativement courant mais a un impact budgétaire important.

Il est à noter que les infirmières libérales (1 073 dans le Rhône en novembre 2005), qui délivrent des soins de nursing et des actes techniques, ont une activité significative auprès de la population âgée de plus de 75 ans (plus de 61 % de leurs actes). Par ailleurs, 57 % de leurs actes sont consacrés à des soins de nursing.

Les postes de psychologues sont peu présents dans les SSIAD (seuls, trois SSIAD ont ce type de poste) et les formations spécifiques à la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne sont pas suffisamment développées »<sup>102</sup>.

« Pour les SAAD, l'offre est variée et suffisante au regard des besoins actuels. Le maillage du territoire est satisfaisant. Le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées est en pleine

---

<sup>102</sup> DDASS DU RHONE. *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Document d'orientation 2008 2011 [en ligne], [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

expansion mais il existe peu de projets d'accompagnement spécifiques concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées) »<sup>103</sup>.

« Un effort est à engager sur la formation des professionnels et la souplesse des modalités d'intervention des aides à domicile »<sup>98</sup>.

« Une seule association, Rhône Alois, prend en charge, depuis fin 2006, de manière spécifique les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; elle a, par ailleurs, un projet d'accueil de jour et de nuit en cours de réflexion, comme trois autres SAAD (AIAD de Condrieu, ADMR de Pommiers et association pour le maintien à domicile de Givors). »<sup>98</sup>

#### • **L'offre en accueil de jour**

L'organisation et le mode de fonctionnement des accueils de jour sont très hétérogènes. Ils proposent des activités variables suivant le stade de la maladie. L'accueil est effectué à la journée (fréquentation en moyenne de 2 à 3 fois par semaine). Suivant le type d'activité proposée et si l'accueil de jour est autonome ou rattaché à un EHPAD, il existe des disparités concernant la présence d'IDE, d'AMP et de psychologues. L'organisation des activités nécessite de constituer des groupes homogènes de malades pour proposer des activités communes. Cela explique en partie un taux d'occupation qui n'atteint pas 100%.

Il existe différentes formules d'accueil de jour (thérapeutique, de répit ou de transition pour une entrée en institution) ce qui constitue un atout qu'il est important de préserver. Les activités permettant de stimuler les fonctions cognitives sont quasi identiques dans tous les accueils de jour : revue de presse, chant, activité physique, cuisine, art thérapie, musicothérapie ou jardinage. Toutefois, la faible valorisation des activités de stimulation cognitive et de la préservation du maintien des capacités témoigne de la difficulté pour les accueils de jour de formuler des objectifs communs en raison de la diversité des malades accueillis à des stades divers.

Le taux d'équipement en places d'accueil de jour est de 8,83 en 2007 pour 1 000 MASA. On compte actuellement 27 accueils de jour ouverts (soit 271 places) sur 36 accueils de jour autorisés mais non encore ouverts pour un total de 332 places. Même si des places en accueil de jour dans la zone de Lyon Est ont été créées, ce secteur reste sous-équipé en regard de la population MASA<sup>98</sup>.

Le document d'orientation 2008-2011 de la DDASS du Rhône prévoit de créer 264 places supplémentaires d'accueil de jour notamment sur les zones de soins de proximité considérées prioritaires. L'objectif est d'obtenir un taux moyen d'équipement de 23 à 24 places pour 1 000 personnes atteintes<sup>98</sup>.

« La mise en oeuvre du cahier des charges ministériel relatif au fonctionnement et à l'organisation des accueils de jour, qui est très général, n'est pas homogène. Il mérite d'être précisé notamment sur les conditions de prise en charge et sur les objectifs des accueils ce jour selon la population accueillie dans le cadre de la filière de soins.

La mutualisation des actions et activités des accueils de jour (formation, élaboration d'outils communs) doit être encouragée.<sup>98</sup> »

#### • **L'hébergement temporaire**

L'hébergement temporaire a pour but d'offrir une formule d'accueil, pour une durée limitée, aux personnes âgées vivant à domicile.

Il constitue à la fois un soutien aux aidants familiaux et une transition pour une entrée en institution. L'hébergement temporaire permet de répondre à une situation de crise. L'organisation de la structure doit répondre aux objectifs suivants :

- préserver l'autonomie et les contacts sociaux des personnes atteintes d'une pathologie démentielle,
- stimuler leurs fonctions cognitives grâce aux activités de la vie quotidienne,

---

<sup>103</sup> DDASS DU RHONE. *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Document d'orientation 2008 2011 [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

- repérer les modifications comportementales et y apporter les réponses appropriées,
- favoriser les échanges avec les autres résidents,
- éviter les risques de dérive vers un hébergement permanent qui serait mal préparé.

Comme pour l'accueil de jour, ces structures doivent être intégrées dans une filière de prise en charge gériatrique. »<sup>104</sup>

« Les capacités en places d'hébergement temporaire destinées à accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne sont pas clairement identifiées ; il s'agit d'une pratique qui permet de soulager les familles. Le cahier des charges relatif aux conditions d'accueil en hébergement temporaire n'est pas formalisé. Les objectifs de l'accueil en hébergement temporaire ne sont pas clairement formulés dans les projets d'établissement et dans le projet de vie de la personne malade. »<sup>99</sup>

On compte 191 places d'hébergement temporaire dans le Rhône (source CG 30/06/09)

### 1.5.4 Une meilleure prise en charge en établissement

#### • Situation des EHPAD accueillant des personnes MASA

On compte dans le département du Rhône en 2007, 6 EHPAD accueillant exclusivement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et 42 EHPAD disposant d'une unité spécifique. D'après l'étude PAQUID en 2004, 72% de résidents dans les EHPAD sont atteints de la MASA. On estime que le taux dans le Rhône est très proche du taux national en 2009.

L'étude de l'IFROSS réalisée en 2007 fait ressortir que 42% des EHPAD déclarent avoir un projet spécifique de prise en charge et 61% des EHPAD ayant une unité protégée ont ce type de projet. Cette même étude met en évidence que 25% des EHPAD déclarent disposer de personnel dédié.

Une enquête menée par le pôle PA/PH en 2009 révèle que 62 établissements du département du Rhône sur 164 au total comprennent une unité spécialisée Alzheimer, soit 10% de la totalité des lits d'hébergement correspondant à un total de 1 380 lits. 66% de ces EHPAD ont un projet spécifique pour l'unité, mais tous travaillent pour l'élaboration de projet de vie individualisé et de projet de soins adapté à chaque résident. 79 % de ces établissements assurent des formations sur la communication non verbale, l'apprentissage des gestes adaptés sécurisant le malade, les techniques d'analyse de prise en charge des troubles du comportement, des stratégies non médicamenteuses. Tous les établissements réalisent des efforts pour s'adapter au mieux aux habitudes et goûts des résidents. Il n'en demeure pas moins qu'en règle générale, les équipes bien que très motivées sont encore assez peu formées et peu nombreuses.

L'étude montre par ailleurs que les établissements sont de plus en plus sensibles à la question des droits des usagers : le projet de vie individualisé, le droit à l'information, le respect des liens familiaux, le droit à une vie sociale et spirituelle sont des concepts connus et largement appliqués

Toutefois, les établissements interrogés sont confrontés à plusieurs difficultés. Du point de vue de la prise en charge, par exemple : les activités thérapeutiques et les projets d'animation sont difficiles à réaliser, faute de moyens matériels et d'effectifs. Un autre problème découle de l'aménagement architectural de certaines unités : les plus anciennes sont parfois mal adaptées aux besoins des personnes âgées. Souvent trop petites et exigües, ces unités manquent de chambres individuelles, d'accessibilité vers l'extérieur, d'espace (une seule pièce de « vie commune » avec télévision), de salle « bien-être » dédiée aux activités thérapeutiques – parfois au détriment des droits et libertés de la personne âgée en tant que Homme et Citoyen. Elles manquent aussi d'aménagements techniques favorisant le repérage spatial dont bénéficient des unités plus récentes : par exemple, les chambres disposent de veilleuses à hauteur des chevilles traçant le chemin jusqu'aux toilettes pendant la nuit.

<sup>104</sup> DDASS DU RHONE. *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Document d'orientation 2008 2011 [en ligne],[réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

En conclusion on note une amélioration de la qualité de l'accueil dédié aux personnes atteintes de MASA même si certains progrès significatifs restent à réaliser qui pourraient être porter par des politiques nationales.

- **Une amélioration qualitative des EHPAD grâce aux conventions tripartites**

Il faut signaler que la signature de convention tripartite a renforcé les moyens en personnel des EHPAD. Des avancée qualitatives ont été réalisées : toutes les EHPAD bénéficient d'un temps de psychologue financé. Toutefois, il semble que les missions des psychologues gagneraient à être structurées et cohérentes sur l'ensemble du territoire pour apporter des prestations homogènes en direction des personnes âgées et des aidants. Par ailleurs, le temps de psychologue nécessaire pour chaque établissement pourrait être réévalué. Dans cet objectif, le Département a validé dans le cadre des travaux du CODERPA, le cahier des charges du psychologue en établissement.

Les champs d'action du psychologue se déclinent dans deux rôles cliniques : un rôle clinique institutionnel et un rôle clinique auprès des résidents et des familles.

Le psychologue a un rôle à jouer dans la construction de l'institution gériatrique et de son projet. Il peut introduire des alternatives dans la façon de poser un problème, par conséquent dans le regard posé sur les situations et sur les résidents. Il appartient aussi aux psychologues d'être des tiers médiateurs dans les situations de crise et ils peuvent aider des équipes de soins à mettre en perspective des besoins psychologiques et matériels. Le psychologue de l'institution devrait faire partie de l'équipe de cadres de l'institution. Il est un acteur de santé publique dans l'institution.

L'entrée en institution est un moment difficile pour les personnes âgées et leurs familles. Le psychologue est dans l'accompagnement et pratique des thérapies de soutien dans les instants clés de la vie du résident et de sa famille au moment de l'admission et de l'accueil, de l'intégration, en fin de vie, et lors de situations de crise. Son travail se situe en lien avec les CMP (Centres médico-psychologiques) et les services d'hospitalisation.

Concernant la formation des professionnels, l'étude IFROSS constate que « 60 % des EHPAD déclarent former leur personnel sur les problématiques de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : la moitié des formations concerne des formations très générales sur la maladie, ses symptômes et son évolution. La formation doit constituer une priorité pour tous les établissements et doit notamment être axée sur la spécificité des prises en charge de ces malades. »<sup>105</sup> Les conventions tripartites de seconde génération permettront de soutenir financièrement ces établissements sur ces aspects prioritaires.

Enfin, il est admis actuellement qu'une architecture adaptée permet un meilleur accompagnement des personnes MASA tout en facilitant l'organisation du travail. Un certain nombre de préconisations architecturales sont inscrites dans le cahier des charges. Lumière naturelle, signalétique, éléments décoratifs, espaces extérieurs bien visibles plantés de végétaux mettant bien en valeur les saisons et création d'espaces de libre déambulation sont des outils permettant de créer des espaces distincts pour chaque lieu de vie .

Par ailleurs le plan national « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 prévoit de renforcer pour les patients ayant des troubles très importants du comportement des structures sous forme de petites unités accueillant nuit et jour une douzaine de personnes, à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activité adapté. Ces unités doivent être adaptées dans leur aménagement voire leur architecture à la prise charge des personnes atteintes de MASA. Le plan prévoit de lancer un important programme d'investissement dans ce sens. La Direction Générale de l'Action Sociale a édité le cahier des charges relatif à ces unités (cahier des charges du 28 avril 2009) : des pôles d'activité et de soins adaptés proposant, pendant la journée, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et permettant la déambulation.

---

<sup>105</sup> DDASS DU RHONE. *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Document d'orientation 2008 2011 [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

### 1.5.5 Les problématiques dans le Rhône

- **Un défaut d'information des usagers et des professionnels**

Le repérage des MDR n'est pas effectif. Il n'y a pas d'outil de communication disponible pour les patients et leur famille et pour les professionnels. Les médecins généralistes expriment un manque d'information sur l'orientation et les structures et services d'accompagnement des personnes atteintes de MASA.

- **Un accompagnement des aidants à renforcer**

Dans le cas des personnes MASA, le rôle des psychologues auprès des aidants revêt un caractère fondamental et spécifique notamment lorsque l'évolution est rapide et précoce. Très souvent l'aidant ne se reconnaît pas en difficulté alors que la souffrance est réelle et peut être grave. A ce jour, les attentes sont fortes et peu satisfaites à domicile.

- **Des formules nouvelles à inventer**

L'offre développée aujourd'hui présente des limites que les personnes mettent en évidence. Les attentes diverses, multiples, évolutives obligent à créer des réponses individualisées au plus près de la personne et de ses capacités. De nouvelles formules de type « baluchon Alzheimer », activités de lien social à domicile, pourraient être inventées.

- **Les difficultés rencontrées par les SAAD dans l'accompagnement de ces personnes et de leur famille**

Les SAAD rencontrent deux difficultés principales. D'une part, ils emploient essentiellement des aides à domicile et des auxiliaires de vie, qui ne sont pas formées sur ces pathologies. D'autre part, les responsables des SAAD manquent également de connaissance et de formation sur l'accompagnement de ces personnes et de leur famille. Ils ne prennent généralement pas en compte les spécificités de la maladie sur l'organisation du travail du personnel. L'intervention de plusieurs professionnels auprès d'une même personne malade est souvent constatée, alors qu'il est prouvé qu'une intervention sur la base d'un binôme est, de loin, plus adaptée.

- **Une réflexion sur la pertinence des accueils de jour**

On sait que les accueils de jour répondent à un besoin. L'offre d'activités diverses est à préserver du fait de l'hétérogénéité du public. Pourtant l'enquête réalisée par l'IFROSS fait apparaître de faibles taux d'occupation et une absence de liste d'attente. Il reste à identifier, analyser et développer des stratégies pour lever les obstacles à un meilleur fonctionnement de ces accueils de jour.

- **Une pratique informelle de l'hébergement temporaire dont l'offre est relativement faible et difficilement repérable**

- **Vers le développement du lien entre la géro-psycho-geriatrie et le secteur médico-social**

Les personnes atteintes de MASA résidant en EHPAD peuvent également avoir besoin de soins relevant de la psychiatrie. Les services et institutions doivent donc s'organiser en conséquence pour fournir à la personne et aux familles une coordination satisfaisante. Or aujourd'hui les liens entre les deux secteurs (soins et médico-social) sur ce point sont encore faibles. De nouvelles initiatives émergent et vont dans ce sens.

Le même constat peut être fait avec la filière gériatrique. L'accompagnement médico-social des personnes MASA est encore peu inscrit dans la filière gériatrique même si le SROS vieillissement fait de la structuration de la filière gériatrique un de ses objectifs principaux, tant pour les personnes âgées nécessitant des soins médicaux que pour les personnes MASA.

- **Des ratios de personnels dans les EHPAD insuffisants**

Les personnes MASA nécessitent un accompagnement important au quotidien notamment pour les postes d'aide soignantes et d'aide médico-psychologiques. Aujourd'hui, les ratios de personnel dans les unités spécifiques sont insuffisants. Les établissements souhaiteraient disposer de deux personnes pour une unité de 12 résidents, gage d'une prise en charge de qualité.

En dehors des moyens humains, l'analyse de la pratique et/ou la supervision constituent des leviers intéressants pour améliorer les pratiques et éviter l'usure psychologique des professionnels.

- **Vers un accompagnement en EHPAD plus humain**

L'accompagnement proposé par les établissements aux personnes MASA reste centré sur une approche sanitaire fondée sur des techniques de soins. Dans beaucoup d'établissements, il semble que les aspects relationnels et sociaux de l'accompagnement sont peu développés. La notion de « prendre soin », au sens large gagnerait à s'intégrer davantage dans les pratiques. Les approches non médicamenteuses rentrent dans ce cadre et suscitent l'intérêt des équipes de terrain.

DDASS : <http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/>

Cellule régionale observation démence : [http://www.chu-st-etienne.fr/qui/reseau\\_partenariat/crod/menu\\_crod.asp](http://www.chu-st-etienne.fr/qui/reseau_partenariat/crod/menu_crod.asp)

DDASS 69 Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées dans le Rhône – Document d'orientations : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

France Alzheimer Rhône : <http://www.francealzheimer.org/>

Fondation Médéric Alzheimer : <http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/>

Plan national Alzheimer : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

CNSA : <http://www.cnsa.fr/>

## 2 PERSONNES HANDICAPEES

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément modifié l'approche et l'accompagnement des personnes handicapées. La définition du handicap qu'elle propose en fait une loi d'orientation particulièrement novatrice (confère plus haut).

Cette loi consacre pour la société, l'obligation :

- de mobiliser tous les moyens pour garantir aux personnes handicapées, l'accès aux droits fondamentaux,
- d'organiser l'accessibilité systématique de l'espace public et privé,
- d'organiser le cadre institutionnel autour de la personne handicapée par la création d'un point d'entrée unique qui permette un accompagnement global et un accès à l'ensemble des dispositifs et prestations,
- d'associer les représentants des personnes handicapées et à l'ensemble des instances nationales et locales qui émettent un avis ou prennent des décisions relatives au handicap.

### • Les grandes avancées de la loi du 11 février 2005

La loi apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées.

- Le droit à compensation : la loi handicap met en oeuvre le principe du droit à compensation du handicap, en établissement comme à domicile. La prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique ou animalière, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée qui exprime ses choix et participe aux orientations qui la concerne.
- La scolarité : la loi handicap reconnaît à tout enfant porteur de handicap le droit d'être inscrit en milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile.
- L'emploi : la loi handicap réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés, renforce les sanctions, crée des incitations et les étend aux employeurs publics.
- L'accessibilité : la loi handicap définit les moyens de la participation des personnes handicapées à la vie de la cité. Elle crée l'obligation de mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai maximum de 10 ans.

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées : créées par la loi, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), elles exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

### • D'un statut de « sujet administré » à celui « d'acteur accompagné » : une nouvelle architecture institutionnelle

En alliant proximité et égalité de traitement, la loi du 11 février 2005 met en place une nouvelle architecture institutionnelle pour l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie en créant la MDPH.

« La Maison départementale des personnes handicapées a 8 missions principales :

- elle informe et accompagne les personnes handicapées et leurs familles dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution ;
- elle met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap ;

- elle assure l'organisation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et le suivi de la mise en oeuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap ;
- elle reçoit toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;
- elle organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées ;
- elle assure le suivi de la mise en oeuvre des décisions prises ;
- elle organise des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigne en son sein un référent pour l'insertion professionnelle ;
- elle met en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers. »<sup>106</sup>

La MDPH est un groupement d'intérêt public (GIP) sous tutelle administrative et financière du Département constitué de

- membres de droits :
  - l'Etat représenté par la DDASS, la DDTEFP et l'Inspection Académique,
  - des représentants d'organismes locaux d'assurance maladie et d'allocation familiale du régime générale de la sécurité sociale
- et des membres adhérents volontaires.

Le Directeur de la MDPH est nommé par le Président du Conseil général.

Elle est composée de plusieurs instances :

- Une commission exécutive présidée par le Président du Conseil Général. Elle est composée de 50% de représentants du Conseil Général et de 25 % de représentants d'associations de personnes handicapées désignés par le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées. Le quart restant est constitué de représentants de l'Etat, d'organismes locaux d'assurance maladie...
- La commission des droits et de l'autonomie qui prend, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée.

Les anciennes équipes des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel, des commissions départementales d'éducation spéciale et des sites pour la vie autonome sont aujourd'hui regroupées au sein des MDPH<sup>101</sup>.

#### • La CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un nouvel établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions. Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, chargée de :

- Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique.<sup>101</sup>

L'un des axes de travail de la CNSA est la poursuite de l'installation du système d'information dans le domaine handicap-autonomie. « Les travaux conduits par la CNSA et les services de l'État ont permis de finaliser l'organisation et la gouvernance des systèmes d'information du domaine « handicap-autonomie », grâce à un schéma directeur désormais validé. Ce schéma directeur a pour objectif de formaliser l'expression des besoins en information de l'ensemble des maîtrises

<sup>106</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Loi handicap, mettons la en place pour que chacun trouve sa place* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.myobase.org/GEIDEFile/guide\\_loihandicap.PDF?Archive=191596891977&File=guide\\_loihandicap\\_PDF](http://www.myobase.org/GEIDEFile/guide_loihandicap.PDF?Archive=191596891977&File=guide_loihandicap_PDF)



d'ouvrage (État, départements, CNSA), concourant à la visibilité du pilotage des politiques conduites dans le champ de l'autonomie. »<sup>107</sup>

Ce document structure les systèmes d'information autour de quatre axes ou «macro-projets» : personnes handicapées, personnes âgées, établissements et services médico-sociaux, informations sur les aides techniques. »

La CNSA est en contact étroit avec les Départements et les MDPH en proposant des outils de développement de leur système d'information.

Dans le Rhône, le Département s'est déjà engagé dans ce domaine et a créé l'Observatoire Départemental (OD), en 2005. Ce service contribue à l'observation et à l'aide à la décision pour la direction générale, les pôles et les services départementaux. En collaboration avec les services, l'OD rassemble et valorise les informations internes et externes contribuant à une connaissance élargie de l'action départementale et de son environnement. Les missions de l'OD sont de :

- développer et structurer l'observation avec les professionnels oeuvrant sur tous les champs d'intervention du Département
- analyser et évaluer les actions et programmes mis en oeuvre,
- construire des outils de pilotage pour la direction générale, les pôles et les services départementaux, leur apporter un appui méthodologique
- assurer la veille et la prospective sur les politiques départementales.

Le chantier de l'observation dans le champ du handicap reste considérable. En effet les acteurs institutionnels et associatifs qui ont participé aux travaux du schéma ont souligné la nécessité de disposer d'une observation exhaustive, ciblée, cohérente et de qualité qui permette de connaître et d'évaluer la demande, les besoins et d'établir des projections pour construire des réponses adaptées. Disposer d'une observation efficace, à long terme, se révélerait un très bon outil d'orientation des politiques pour une qualité de la réponse.

---

<sup>107</sup> CNSA. *Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*. Paris : CNSA, 2007.

## 2.1 L'accueil, l'information et l'accès aux droits

### 2.1.1 Le souhait d'un accueil personnalisé et d'une simplification des démarches

Si les besoins des personnes handicapées ont souvent été abordés sous l'angle d'aides humaines, d'aides techniques et d'orientation, l'accueil, l'information et l'accès aux droits cristallisent des attentes importantes.

- **Le souhait d'un accueil personnalisé, accessible et adapté**

Chaque personne handicapée aspire à un accueil personnalisé et réalisé par un personnel qualifié. L'accessibilité de l'accueil est également importante. Qu'il s'agisse d'accessibilité horaire, avec des horaires adaptés aux besoins de tous mais aussi, de l'accessibilité technique notamment pour les personnes en fauteuil roulant et pour les personnes avec un handicap sensoriel. D'autres personnes sont en difficulté de par leur handicap (notamment handicap psychique), maladie, ou situation sociale et ont besoin une écoute attentive par un personnel formé à la relation d'aide.

- **Le besoin d'une information globale et personnalisée**

Vivre avec un handicap est une situation particulière qui met la personne et son environnement dans une situation de difficulté. Que ce soit après l'annonce d'un handicap, ou au cours de la vie d'une personne, cette dernière et son entourage ont besoin d'information. L'information peut être assez générale, très spécifique et évolutive. Dans ce cas, elle demande des compétences plus pointues. Elle peut porter sur différents aspects :

- Le handicap, la maladie, son évolution
- La législation et les démarches administratives
- Le suivi des dossiers de demandes en cours
- Le travail
- La scolarité
- Les établissements et services
- Les loisirs
- Les aménagements de logements, véhicules
- L'accès aux soins
- Les actions en faveur de l'aide aux aidants...

Ce besoin d'information répond aussi au souhait des personnes d'être davantage actrices de leur vie, de se positionner comme un acteur accompagné plutôt qu'un sujet administré et d'être en capacité d'exprimer un choix éclairé.

- **Un accès aux droits à simplifier**

Même si la loi du 11 février 2005 a simplifié les dispositifs en faveur des personnes handicapées, le champ du handicap reste marqué par une diversité de dispositifs et de prestations. La complexité des droits et des aides offerts sont aussi la conséquence de la personnalisation attribuée aux différentes aides à destination des personnes handicapées.

La connaissance de l'ensemble des dispositifs reste difficile et même s'ils ont gagné en structuration au cours des années récentes, ils restent relativement peu connus de la population handicapée. L'enquête nationale Vie quotidienne et Santé (VQS), réalisée en 2008 comprenant une extension pour le Département du Rhône, devrait apporter des éléments précis concernant les attentes des personnes en matière d'accès aux droits.

- **L'expression des attentes et des besoins de la personne**

L'une des évolutions marquantes de la loi de 2005 est la prise en compte globale de la personne et de ses différents besoins. Même si elle n'est pas formulée explicitement, cette approche globale est souhaitée voire revendiquée par les personnes handicapées.

## 2.1.2 . La MDPH et les Maisons Du Rhône : des acteurs clés

L'information, l'accueil et les droits en direction des personnes handicapées relèvent des missions de la MDPH.

Un certain nombre d'associations et d'organismes fournissent également une information et un accueil pour les personnes handicapées et leur entourage parce qu'il répond à des besoins très spécifiques qui sont complémentaires aux missions de la MDPH.

- **L'accueil et l'information**

Point central des missions confiées à la MDPH par la loi du 11 février 2005, l'accueil a fait l'objet d'un soin tout particulier afin que l'utilisateur puisse obtenir un accompagnement de qualité. C'est dans cet objectif qu'a été fait, dans le Rhône, le choix d'adosser la gestion des dispositifs à l'organisation territorialisée du Département, rapprochant les usagers du point d'accueil physique de la MDPH.

- **Un accueil sur les territoires et à la MDPH**

Dans les territoires, deux niveaux d'accueil sont différenciés. Le premier niveau de renseignements est réalisé par un agent d'accueil. Ce dernier a pour mission d'organiser la remise de dossiers et la prise de rendez-vous et de délivrer des explications sommaires. Le second niveau, sur rendez-vous, est assuré par un professionnel spécialisé (travailleur social ou gestionnaire), qui a pour mission d'aider la personne à compléter son dossier, à formuler son projet de vie et cerner la globalité de ses besoins. Les MDR reçoivent en moyenne 90 personnes handicapées par mois en 2007.

Au niveau de la MDPH, un accueil physique est assuré par un professionnel formé. Même si les MDR sont la porte d'entrée principale pour les personnes handicapées, la MDPH conserve dans une période transitoire un accueil physique spécifique. Les personnes se présentant directement à la MDPH sont principalement les familles d'enfants handicapés car les dispositifs enfant sont encore gérés par la MDPH centrale. Enfin certaines personnes avec un handicap psychique ou en difficulté sociale se présentent elles aussi directement à la MDPH.

- **La plate-forme d'accueil**

Un numéro en libre appel gratuit a été mis en place (0800 869 869). Ce numéro vert, accessible tous les jours ouvrables, assure le rôle d'un guichet unique d'information et d'orientation en faveur des demandeurs et de leur famille.

La centrale d'appel répond aux demandes des usagers qui ont trait principalement à l'avancement du traitement des dossiers.

- **L'évaluation des besoins**

En fonction des attentes et des besoins de la personne handicapée, une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins d'aide de la personne, intervient sur les territoires et au domicile. Le plan d'aide est ensuite validé en équipe pluridisciplinaire et présenté à la Commission des droits et de l'autonomie. Cette instance décisionnaire de la MDPH valide les propositions des équipes pluridisciplinaires et ses décisions sont notifiées à l'utilisateur.

- Une forte augmentation des décisions en 2008

**Tableau 16 : CDAPH <sup>108</sup>: Evolution globale des dossiers examinés de personnes adultes handicapées entre 2006 et 2008**

	Année 2006	Année 2007	Année 2008
Dossiers hors PCH adultes	24539	20203	24867
<i>dont Reconnaissance de Travailleur Handicapé</i>	8 784	8 139	9 337
<i>Orientation professionnelle</i>	5 990	5 200	6 218
<i>Allocation Adulte Handicapé</i>	9 036	7 872	9 333
<i>Complément de Ressource</i>	ND	ND	3 356
<i>Renouvellement Allocation Compensatrice</i>	1 211	767	854
<i>Carte d'invalidité / de priorité</i>	12 021	10 695	11 913
<i>Placement en établissement spécialisé</i>	2 279	2 463	2 679
<i>Autres <sup>1</sup></i>	6 346	7 593	8 204
Dossiers PCH*	734	1588	2325
<b>TOTAL</b>	<b>25 273</b>	<b>21 791</b>	<b>27 192</b>

Source : MDPH 69

**Tableau 17 : Evolution des décisions prises en CDA relative aux personnes adultes handicapées entre 2006 et 2008**

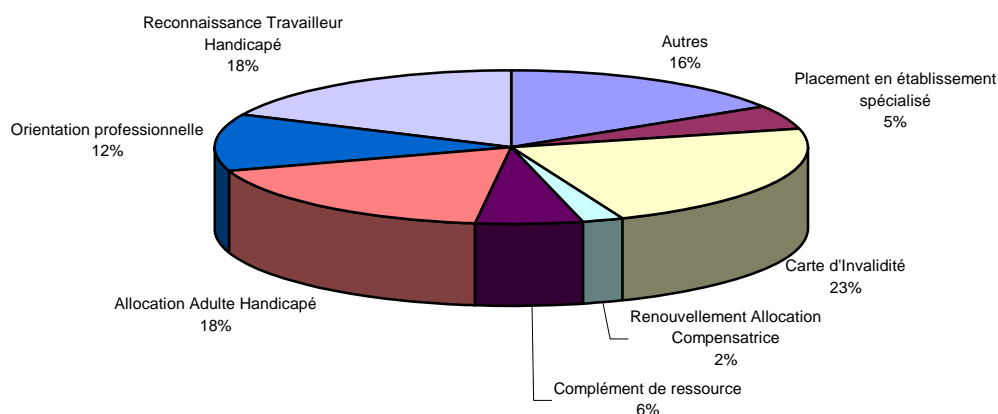
	Année 2006	Année 2007	Année 2008
<b>Décisions hors PCH adultes</b>	45 693	42 729	51 894
<b>Décisions PCH*</b>	1 143	2 687	4 278
<b>TOTAL</b>	<b>46 836</b>	<b>45 416</b>	<b>56 172</b>

la CDA a commencé à statuer en juin 2006

Source : MDPH 69

<sup>108</sup> La CDA a commencé à statuer en juin 2006

**Figure 28 : Répartition des décisions prises par la CDA en 2008**



Source : MDPH 69

Le nombre de dossiers traités et de décisions prises en CDAPH a fortement progressé en 2008, plus de 21 % pour les décisions. Cet accroissement des décisions intervient pour chaque dispositif. Ce sont les décisions d'orientation professionnelle qui ont le plus fortement augmenté (+19,58%) en 2008.

**Tableau 18 : Evolution du nombre de commissions, du nombre de dossiers, et du nombre de décisions par commission pour les dispositifs adultes hors PCH**

	2005	2006	2007	2008
Nombre de commissions	136	104	94	96
Moyenne de dossiers / commission	172	490	215	259
Moyenne de décisions / commission	330	925	455	540

<sup>1</sup> : Carte de stationnement, Affiliation à l'assurance vieillesse, Prime de reclassement, Subvention à l'installation, Complément de ressources (jusqu'en 2007)

Source : MDPH 69

### 2.1.3 Les problématiques dans le Rhône

- **Une accessibilité de la MDPH à parfaire**

Malgré les efforts en terme de déploiement territorial des missions MDPH, force est de constater que l'axe formation des professionnels sur les différents dispositifs est à parfaire. Il s'agit notamment de permettre :

- Une information exhaustive sur les dispositifs de droits communs et spécialisés<sup>109</sup>,
- Une plus grande accessibilité physique des MDR,
- Une meilleure disponibilité téléphonique avec horaires élargis en MDPH.

- **Pour une approche globale de la personne handicapée**

Cette approche répond aux attentes des usagers : à savoir, recourir à un référent. La mise en place de ce référent usager permettrait un traitement égal des demandes favorisant ainsi l'approche globale.

<sup>109</sup> CREA RHONE ALPES. *Les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivant à domicile*. LYON : CREA, 2009.

- **Un accès à l'expertise**

La mise en œuvre de la loi au travers la MDPH est relativement récente. Le chantier MDPH est dans une phase de construction pour un service de qualité. Le recours à l'expertise a lieu sous forme de convention avec les centres ressources et les consultations pluridisciplinaires (tel que le Centre Régional Autisme).

- **Des aidants peu pris en compte dans l'évaluation**

Certains aidants familiaux de personnes handicapées estiment que l'évaluation multidimensionnelle ne prend pas suffisamment en compte la dimension accompagnement assurée au quotidien, parfois plusieurs heures par jour et sur une longue période de vie. Il serait utile de sensibiliser les professionnels de l'évaluation à cette dimension environnement, accompagnement. Par ailleurs, un meilleur suivi du plan d'aide quelques mois après l'évaluation initiale est nécessaire, étant donné le caractère évolutif des besoins de la personne handicapée et des aidants.

Il est toutefois à noter que des efforts visent à mieux inclure la place des familles dans les réponses. Celles-ci participent notamment à la CDA.

- **Des problématiques spécifiques pour le handicap psychique**

Afin d'améliorer l'accueil des personnes atteintes d'un handicap psychique, des formations seront organisées pour qualifier le personnel d'accueil des MDR au niveau 1 (premier accueil) et niveau 2 (accueil spécialisé PH).

Concernant l'évaluation du handicap psychique, un groupe de travail a créé un « outil d'évaluation médico-social du handicap psychique » qui sera utilisé par l'ensemble des professionnels dans un souci de communication plus efficient. Le Rhône a été reconnu pilote dans l'évaluation du handicap psychique par la CNSA, aux côtés d'autres Départements.

Enfin un cadre d'échanges inter professionnels réunissant les trois secteurs psychiatriques du Rhône et les professionnels des MDR est envisagé pour permettre une meilleure connaissance.

CNSA : <http://www.cnsa.fr/>

## 2.2 L'accès à une vie sociale et culturelle

### 2.2.1 Un contexte législatif prenant en compte la dimension de la vie sociale et culturelle

- **La loi du 11 février 2005**

La loi du 11 février 2005 engage les pouvoirs publics à prendre les mesures nécessaires pour garantir aux personnes handicapées, quels que soient leur âge, la nature et l'origine de leur handicap, leur participation à la vie sociale. « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ».

Il en résulte que la personne handicapée doit trouver toute sa place, à l'école, dans l'emploi et pouvoir participer aux activités culturelles et de loisirs. L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant les discordances entre les capacités, besoins, souhaits et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement.

Selon le ministère de la culture, l'accessibilité à la vie sociale et culturelle se décline par les champs suivants :

- accès aux lieux-question d'architecture et d'accueil,
- accès aux produits de l'industrie culturelle, aux œuvres et à leur connaissance active-question d'adaptation de l'offre culturelle, de dispositifs techniques et de médiation humaine,
- accès à l'information, aux outils de la pensée, à l'échange culturel, à la parole citoyenne, aux pratiques artistiques en tant qu'acteur-professionnel ou non.

- **La vie sociale : expression des aspirations de la personne**

Le projet de vie est l'expression de la projection dans l'avenir de la personne en situation de handicap et l'expression de ses aspirations et de ses choix. Le projet de vie donne du sens à ce que vit la personne. Il est une « orientation vers » et non pas un « bilan sur »... Le projet de vie est donc par définition personnel et singulier, dépendant de ce que vit et de ce qu'a vécu la personne, de son ressenti (lien entre passé-présent-futur). Il est aussi évolutif : il ne peut être figé et n'est le reflet que d'un moment de l'existence.

La notion de participation à la vie sociale renvoie aux besoins d'aide humaine et d'aides techniques pour se déplacer à l'extérieur et pour communiquer afin d'accéder notamment aux loisirs, à la culture, à la vie associative. L'aide humaine, modulée en fonction du niveau de handicap du demandeur, peut revêtir des modalités différentes : suppléance partielle ou complète, aide à l'accomplissement ou accompagnement. Les aides techniques jouent un rôle grandissant dans la vie sociale.

Faciliter les déplacements des personnes en situation de handicap garantit leur participation à la vie sociale.

L'accessibilité est une condition essentielle pour permettre à tous d'exercer les actes de la vie quotidienne et participer à la vie sociale. Dans son article 41, la loi du 11 février 2005 prévoit le principe d'accessibilité généralisée, quelle que soit la nature du handicap de la personne. La loi affirme ainsi la volonté d'associer les personnes handicapées à la vie de la cité aussi bien dans les domaines culturels que civiques. Les bureaux et les techniques de vote doivent être accessibles quel que soit le handicap.

Des services spécifiques dont la mission est d'accompagner à la vie sociale ont été mis en place. Il s'agit des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Cet élément est développé dans le chapitre sur les services et structures pour personnes handicapées.

- **PCH et accès à la vie sociale et culturelle**

Par ailleurs, la participation à la vie sociale est favorisée dans le cadre du droit à compensation des conséquences du handicap via la PCH (Elément 1). Si les personnes sont éligibles à cette prestation et aux aides humaines, un temps d'aide humaine, dans la limite de 30 heures par mois capitalisable sur 12 mois, peut être attribué sous forme de crédit de temps pour se déplacer et pour communiquer en accédant à la culture, aux loisirs, à la vie associative. De plus, dans le cadre de l'élément 4 de la PCH, certaines dépenses peuvent être prises en compte au titre des aides exceptionnelles, notamment le surcoût lié à des séjours de vacances.

- **Premières mesures gouvernementales en faveur de l'accès à la vie culturelle 2002-2008**

Dans le cadre du chantier présidentiel que constitue la politique du handicap, 18 ministères ont été appelés à proposer un ensemble de mesures, réalisées sur la période 2002-2008, sous l'égide du Secrétariat d'Etat aux Personnes handicapées. Parmi ces mesures, deux concernent plus particulièrement l'amélioration de la vie sociale des personnes handicapées :

- Améliorer l'accès des personnes handicapées à la cité (cadre bâti, transports, nouvelles technologies, information et formation),
- Faciliter la participation des personnes handicapées aux activités culturelles, sportives et de loisirs :
  - o promotion des rencontres d'artistes –handicapés ou non,
  - o sensibilisation des professionnels de la culture et des responsables associatifs via un cycle de formation au sein des DRAC (Direction régionale des affaires culturelles),
  - o développement du nombre d'ouvrages accessibles aux mal-voyants, développement des programmes sous-titrés sur les 3 chaînes de télévision,
  - o création d'un label Tourisme et handicap, désignation d'un référent Sport/handicap dans chaque direction départementale de la jeunesse et des sports,
  - o campagne de sensibilisation sur la fonction sociale du sport et sur l'apport de ce dernier en matière d'intégration,
  - o signature de conventions entre les fédérations sportives généralistes et les fédérations spécifiques (Handisport, FFSA...) pour l'accueil des personnes handicapées dans des clubs pour personnes « valides ». (30 conventions ont déjà été signées).

## **2.2.2 Les actions développées dans le Rhône**

- **Le soutien à des projets de développement culturel pour l'accès de tous à la culture et aux sports**

Le Département du Rhône accorde chaque année un ensemble de subventions annuelles à des associations de personnes handicapées mobilisées autour de la réalisation d'un projet culturel ou socio-éducatif : 35 projets ont ainsi été soutenus en 2008, ayant trait principalement à l'accompagnement et à l'insertion sociale et culturelle de personnes handicapées (action culturelle en faveur de handicap spécifique, activité physique adaptée, développement de bibliothèque sonore et conversion de livres en CD, vacances adaptées...).

Il mène en parallèle une politique volontaire et ambitieuse dans le domaine de la culture tenant compte de la grande diversité des richesses artistiques et historiques départementales. La diffusion culturelle constitue l'un des quatre domaines d'action culturelle développés, aux côtés de la lecture publique et de la valorisation du patrimoine.

Il entend favoriser l'accès de la culture au plus grand nombre, quel que soit le lieu d'habitation ou l'origine sociale. Dans le cadre de conventions triennales, les institutions culturelles mènent des actions artistiques, favorisent des projets et proposent des spectacles en faveur de publics empêchés ou éloignés de l'offre culturelle (Etablissements pour personnes âgées, hôpitaux).

Certains musées, dont le futur « *Musée des Confluences* », mènent une démarche spécifique au plan de l'accessibilité aux collections.



Le Rhône conduit une politique culturelle et muséale ciblée prenant en compte les singularités des publics dans leur mode d'accessibilité à l'offre, en musées notamment. Sont ainsi visés, une plus grande accessibilité de contenu, qui nécessite des supports adaptés à des niveaux de compréhension multiples, une plus grande accessibilité physique qui tient compte d'un large éventail de particularités liés à divers handicaps, et enfin une plus grande accessibilité sociale à des publics dits éloignés. Dans cette perspective et dans chaque musée du Département, des médiateurs culturels, sensibilisés au handicap, permettent une véritable interface entre le contenu d'une exposition et les divers publics. Tous les publics, dits « empêchés » ou « éloignés » sont concernés (patients hospitalisés, détenus, personnes en situation de précarité, personnes âgées, personnes handicapées). La médiation peut se faire par le toucher, parcours tactile d'objets à toucher, audio guides et visio guides.

Le futur musée des confluences est doté d'un cahier des charges conséquent pour l'accessibilité de tous au bâtiment. Des référents handicap auront une mission de conseil pour l'accès aux collections et aux œuvres par un effort d'attention, d'espace et de confort. La notion d'adaptation par des approches multiples alliant plaisir, émotion, intelligence permettra au musée de devenir un lieu accessible, universel, rendant compte de la complexité du monde.

En matière d'activité sportive, le département entend conduire une politique spécifique en faveur des personnes handicapées, afin que le sport soit un outil de promotion individuelle, de rééducation, d'intégration sociale et professionnelle autant qu'un espace de loisir, de convivialité, de solidarité et d'espoir. Plusieurs actions ont été développées en ce sens.

Ce même objectif prévaut pour l'action sportive via la Mission Sports, qui a signé une convention pour le développement, via les associations sportives du Rhône, d'actions sportives adaptées en faveur des personnes handicapées :

- Une charte sera signée par le Département, la MDPH et les comités départementaux, où les signataires s'engageront à unir leurs efforts pour promouvoir la pratique sportive en faveur de toutes les personnes handicapées,
- Un guide qui recense les associations et clubs sportifs, classés par discipline et par nature des activités, sera édité ; l'accessibilité au handicap y sera précisée,
- Une campagne sur les bienfaits de la pratique sportive sera lancée.

Par ailleurs, un effort de développement de l'offre sportive dans les services est réalisé : mise à disposition de places à des manifestations sportives, insertion d'un volet activité sportive dans les projets d'établissements, création ou rénovation d'équipement sportif au sein des établissements.

Il est enfin proposé de subventionner le matériel sportif adapté nécessaire à la pratique sportive au travers du fonds de compensation du handicap.

Enfin, le Département consacre une enveloppe significative au sport handicapé via des aides aux clubs, aux comités et aux manifestations.

#### • **La promotion du tourisme adapté**

Le département compte 18 sites agréés Tourisme et handicap, tous types de handicap étant concernés (2 restaurants, 9 hébergements et 7 sites d'activités). Sur ces 18 sites, 17 sont labellisés pour la déficience mentale, 11 pour la déficience motrice et 7 pour la déficience auditive.

Via le Comité Départemental du Tourisme, des actions de formation ont été menées en direction des professionnels du tourisme, notamment sur les implications liées à l'accueil de personnes handicapées.

#### • **Un tissu associatif très vivant**

De nombreuses associations spécialisées oeuvrent sur le territoire départemental et offrent un panel varié d'activités (loisirs, rencontres conviviales, sorties...) et une vie associative riche permettant expression et valorisation de la personne dans l'esprit du projet de vie.

### 2.2.3 Les problématiques dans le Rhône

- **Des efforts à poursuivre**

Même si des progrès sensibles ont été réalisés en matière d'accès à la vie sociale et culturelle, il n'en reste pas moins nécessaire de poursuivre dans cette voie, de sorte que la cité soit ouverte à tous, rendant à la personne en situation de handicap sa qualité de citoyen.

L'une des difficultés pour les personnes handicapées résulte d'une appréhension à choisir des modes d'appartenance, réseaux ou modes affinitaires, de partage de vécu, de pratiques culturelles. Pour les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire, un accompagnement personnalisé à la vie sociale peut être nécessaire d'où l'importance des SAVS qui ont pour mission l'accompagnement à la vie sociale. Leur rôle de « passeur » vers le droit commun est essentiel.

Si le soutien des associations spécialisées dans l'accompagnement de la personne handicapée est tout à fait essentiel, des efforts sont à poursuivre pour une inscription des activités de vie sociale et de loisirs dans le droit commun. Une prise de conscience est en cours et des évolutions peuvent être mises en perspective.

Musée des confluences : <http://www.museedesconfluences.fr/>

## **2.3 L'accès à un environnement adapté**

Une personne handicapée vit dans un environnement qu'il faut adapter le plus possible à ses possibilités.

Cet aspect concerne toutes les personnes en difficulté d'autonomie et quel que soit son âge. Il faut donc se reporter aux chapitre communs PA PH concernant le logement, le transport et les technologies de l'information et de la communication.

## 2.4 L'accès aux soins : droit commun et spécificités

Il convient de distinguer l'accès aux soins spécifiques des personnes en situation de handicap de l'accès aux soins courants de droit commun.

Les données présentées dans ce chapitre sont issues du rapport de l'HAS et du projet de recherche qualitative sur les possibilités d'améliorer la santé des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap et de leur entourage de la CNSA et de l'INPES<sup>110</sup>.

- **Une préoccupation de santé publique**

Aujourd'hui en France, environ 3 millions et demi de personnes sont en situation de handicap, dont 650 000 souffriraient d'un handicap mental ou psychique. La population concernée va s'accroître en raison des progrès de la médecine et de l'allongement de la durée de vie. Ainsi, l'espérance de vie des personnes atteintes de trisomie 21 est passée de 9 ans en 1929 à 55 ans en 1990. La problématique de l'accès aux soins est encore plus importante pour les personnes polyhandicapées et handicapées mentales qui sont touchées par davantage de problèmes de santé et une mortalité prématurée accrue.

L'accès aux soins courants constitue un des enjeux majeurs de l'égalité des chances.

- **Une mobilisation importante des acteurs via une audition publique sur l'accès aux soins des personnes handicapées**

Face à ce problème, la Haute Autorité de Santé a organisé une audition publique en 2008 sur ce thème, pour les personnes handicapées à domicile et en établissement.

Cette audition publique revêt un caractère très participatif et consensuel. Elle a été organisée à la demande d'acteurs hospitaliers et d'un comité d'entente regroupant les principales associations de patients et de personnes en situation de handicap.

Un rapport a été publié. Il présente un état des lieux des données disponibles et des principaux freins et obstacles habituellement constatés de façon éparse :

- manque d'accessibilité (architecture, transport, matériel, etc.) dans la cité ,
- manque de formation et d'information des acteurs concernés,
- insuffisance de disponibilité des professionnels,
- organisation complexe de l'offre de soins.

Les préconisations sont centrées sur trois objectifs : garantir aux personnes en situation de handicap la liberté de choix de leurs soignants, des modalités de soins, leur non discrimination et un accompagnement personnalisé. Elles portent sur les moyens matériels (établissement d'annuaires recensant les ressources disponibles, généralisation des aides techniques à la mobilité) et sur des mesures organisationnelles (création de cellule handicap au sein de chaque établissement de santé, possibilité d'accès au 15 – services d'urgences – par SMS). Elles concernent également les moyens humains à dégager (formations, financement de consultation à tarif préférentiel) et les modifications réglementaires à introduire.

---

<sup>110</sup> CNSA INPES. PROJET D'ETUDE CNSA/INPES, Recherche qualitative sur les possibilités d'améliorer la santé des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap et de leur entourage, Auditions auprès des structures d'aide. Revues de littérature sur les besoins en matière de santé Entretiens exploratoires. 2009.

## 2.4.1 Besoins en matière d'accès et d'offre de soins

Des difficultés spécifiques en matière d'accès aux soins ont été repérées notamment par type de handicap.

### 2.4.1.1 Handicap psychique

Le suivi en psychothérapie est insuffisant et devrait avoir lieu hors du milieu psychiatrique, notamment pour que les personnes progressent dans la compréhension de leur maladie, de leur traitement et de l'organisation sociale que cela implique. L'objectif est de permettre la mise en place d'un suivi précoce, de façon à éviter une désinsertion sociale et professionnelle. En effet dans suivi médical certaines personnes sont orientées vers des activités totalement décalées par rapport à leur(s) métier ou compétences.

Dans le cadre du handicap psychique, l'UNAFAM souligne l'importance de l'aide psychologique à mettre en place dès la survenue de la crise, qui permet d'envisager la vie de la personne avec sa maladie. Une dynamique doit être enclenchée avec la personne dans un esprit d'élaboration de projet de vie. Sans cela, la personne risque de s'isoler sur le long terme plusieurs années aboutissant à un comportement de désespérance.

A l'issue d'une longue étude auprès de familles de malades réalisée en 2003, M. Bungener indique qu'« une proximité forte du malade et de son entourage fonde [...] la majorité des modes actuels de gestion de la maladie mentale, proximité plus souvent subie que souhaitée par chacun d'eux et essentiellement imposée par le manque de structures médico-sociales d'accueil. »

#### • Une relation soignant/malade/proches à améliorer

Certains auteurs comme Schauer, et collaborateurs discutent dans un article paru en 2007, la notion de décision partagée, mettant en balance ses avantages :

- meilleure information sur la maladie et les traitements,
- possibilité de faire des choix basés sur leurs valeurs et leurs besoins,
- meilleure observance aux traitements,
- investissement et responsabilité du patient dans sa prise en charge...

...et ses inconvénients :

- difficultés à prendre des décisions face aux choix,
- regret des choix par le patient,
- frustration face au manque de directives.

Dans une étude française de Bungener, les familles dénoncent par ailleurs des interactions insuffisantes avec l'équipe de soins, le manque d'information sur les besoins de la personne malade, d'écoute face aux difficultés qu'elles rencontrent et « surtout la mauvaise, voire l'inexistante concentration qui entoure les multiples réhospitalisations qui s'imposent, qu'il s'agisse de l'entrée à l'hôpital ou de sa sortie. »

#### • Un accès aux soins primaires insuffisant

Les personnes concernées par un handicap psychique ne prennent généralement pas suffisamment soin de leur santé et plus particulièrement de leur état somatique.

Les soins psychiques, dans les centres médico-psychologiques et lors des hospitalisations en psychiatrie par exemple, pourraient être l'occasion d'organiser une prise en charge globale au plan de la santé.

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux soins découlent du handicap psychique lui-même :

- Symptômes d'apathie de la maladie mentale qui diminuent la capacité et le désir des personnes de maintenir une bonne santé

- Déficits cognitifs avec une faible mémoire qui peuvent empêcher les personnes de bénéficier de programmes de formation
- Effets secondaires des médicaments antipsychotiques.

A ces difficultés s'ajoutent une couverture maladie insuffisante et un manque de connaissances sur les maladies ou les traitements.

### 2.4.1.2 Handicap mental

- **Des besoins en promotion santé et prévention peu satisfaits**

Les équipes de recherche font état pour ce handicap d'un faible engagement dans la promotion de la santé et des activités de prévention dont plus particulièrement :

- la protection de la santé (incluant la vaccination, les visites de contrôle, l'arrêt du tabac)
- la visite chez l'ophtalmologue,
- les examens sanguins,
- la gestion du poids,
- les examens ORL,
- les examens gynécologiques et associés pour les femmes.

- **Une gestion insuffisante du traitement et de la continuité des soins de la personne**

Parmi les principales difficultés repérées et qui concernent majoritairement les professionnels en matière d'accès aux soins primaires :

- une faible connaissance des services et des ressources disponibles,
- un temps de soin trop court,
- un manque de connaissances des professionnels de santé de la personne en situation de handicap intellectuel qui entraîne une mauvaise reconnaissance des besoins de santé,
- un manque de relation entre les professionnels de santé et les parents.

Les difficultés en termes de communication entre professionnels et personnes concernées sont aussi mises en évidence.

- **D'autres difficultés influençant les soins**

D'autres paramètres influencent l'accès aux soins des personnes avec un handicap mental :

- Des difficultés de transport,
- La prise en charge de l'assurance maladie,
- Une répartition inégale des services de santé, et/ou du manque d'assistance dans les salles d'examen,
- Un matériel inadéquat incluant l'inaccessibilité des tables d'examen, le manque de chambre de repos, de signalisation de l'accessibilité,
- Le manque de mesures fiables et valides utilisables pour les soignants pour étudier la santé des personnes atteintes de déficiences intellectuelles,
- Une articulation insuffisante entre services généralistes et spécialisés, chacun se renvoyant la responsabilité de la prise en charge des soins primaires.

- **Zoom sur la santé orale et bucco-dentaire**

La santé bucco-dentaire est un problème spécifique des personnes avec handicap mental. Le comportement des patients est considéré comme une source de complication pour les soins. Les stratégies recommandées pour améliorer la situation reposent sur la promotion des pratiques régulières d'hygiène dentaire auprès des personnes en situation de handicap mais aussi des professionnels et des familles.

- **Le cas des personnes trisomiques**

Concernant les personnes porteuses de trisomie, et dans la mesure où elles ont des difficultés à exprimer leurs problèmes de santé, il est nécessaire que les professionnels portent une attention

particulière au dépistage, au risque de voir la personne se dégrader physiquement et/ou psychiquement. Ces personnes ont besoin d'une prévention plus importante. Des formations et actions de communication devraient viser les professionnels qui, de manière générale, connaissent mal ces spécificités en particulier les généralistes et les dentistes.

Ces personnes expriment généralement moins de plaintes somatiques ce qui ne favorise pas l'engagement des professionnels de santé dans le suivi de ces patients. Le temps des consultations n'est pas suffisamment long pour permettre aux professionnels de comprendre et de se faire comprendre par la personne, notamment via l'accompagnant. Une cotation d'actes spécifiques représenterait une solution dans le cadre d'un réseau de santé.

#### 2.4.1.3 Handicaps physiques et sensoriels

Des recherches mettent en évidence un comportement des professionnels inadapté par manque de connaissances sur les déficiences et handicaps. D'autres obstacles environnementaux sont par ailleurs soulevés :

- Des difficultés de transports pour se rendre aux services de santé
- Des bureaux de professionnels de santé inaccessibles,
- Un accès aux informations de santé réduit,
- Des problèmes d'articulation entre les systèmes de soins, les services sociaux, les services publics comme les transports.

Les difficultés spécifiques des personnes avec un handicap visuel sont doubles. Le personnel soignant s'adresse souvent à l'accompagnant et non au non-voyant. Il n'est pas souvent possible d'accéder aux centres de soins avec un chien guide. De plus, la perte de la vue entraîne un deuil important à faire qui nécessite un accompagnement psychologique des personnes et des proches et parfois une orientation en centre de rééducation.

En matière de handicap auditif, les difficultés relèvent d'un dépistage et d'une prise en charge insuffisants, notamment concernant le port d'un appareillage, nécessitant une acceptation du handicap.

Pour les personnes avec un handicap neuro-moteur, on constate que les professionnels se préoccupent assez bien du handicap mais ont tendance à négliger d'autres aspects. Même si des besoins spécifiques se posent en lien avec la déficience motrice, il ne s'agit donc pas forcément à ce niveau de développer des réponses particulières, mais de faciliter l'accès au milieu ordinaire. Il s'agit de développer la prévention gynécologique, cardiovasculaire ou encore de faciliter l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires. Le développement des services de soins à domicile étant récent, un travail de sensibilisation des familles est nécessaire pour qu'elles y aient recours. Pour la même raison, la formation des personnels (aides à domicile, aides-soignantes, infirmiers...) sur les aspects relatifs aux pathologies liées aux handicaps devrait être renforcée.

#### 2.4.1.4 Polyhandicap

Les services de soins non liés directement au handicap (médecine générale, psychiatrie...) se trouvent particulièrement démunis face à des personnes touchées par des polyhandicaps. La spécialisation de l'offre de soins entraîne pour chaque service un sentiment de manque de compétence. Cette difficulté de prise en charge tient aussi à un manque de communication entre les différents professionnels de santé intervenant auprès de la personne.

### 2.4.2 Les offres spécifiques existantes dans le Rhône

Ce paragraphe n'aborde que les aspects spécifiques de soins à destination des personnes handicapées. Dans le Rhône, trois types de consultations sont proposés en fonction du handicap ou de problématiques spécifiques : les consultations pluridisciplinaires, les réseaux, les équipes mobiles et autres ressources.

- **Les consultations pluridisciplinaires**

- La **consultation pluridisciplinaire adulte neuro-moteur** du Centre des Insuffisants Respiratoires (CIR) de l'Hôpital de la Croix-Rousse est centre de référence « maladies neuromusculaires », centre de compétence « Spina Bifida » et consultation de médecine physique et de réadaptation pluri adulte neuromoteur d'origine infantile ;
- La **consultation spécialisée pour adultes et adolescents porteurs de trisomie 21** de l'hôpital St-Luc-St-Joseph assure une consultation pour les personnes handicapées atteintes de trisomie 21. Cette consultation est issue d'un constat effectué par l'association Reflet 21 sur le vieillissement spécifique des personnes trisomiques 21 ;
- Le **service de Médecine Interne au service des malades ou handicapés psychiques** implanté dans le pavillon REVOL de l'hôpital du Vinatier a pour objet de donner des soins médicaux somatiques à des malades présentant par ailleurs des troubles du comportement qui rendent difficile la pratique de tels soins dans les lieux d'hospitalisation habituels ;
- Le **Service Consultation SLA de l'unité 800 du l'Hôpital Neurologique et Neuro-chirurgical Pierre Wertheimer** de LYON 3 assure une consultation spécialisée pour la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ;
- Le **Service Consultation SEP du Centre Médical Germaine REVEL**, est un établissement sanitaire de moyen séjour pour des patients atteints de troubles neurologiques, essentiellement de sclérose en plaques à Saint Maurice sur Dargoire.

### **Les réseaux**

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

A ce jour, un seul réseau santé handicap a été créé : Le réseau de santé bucco-dentaire et handicap Rhône-Alpes. Ce réseau répond aux besoins spécifiques des personnes handicapées en proposant une prise en charge personnalisée afin d'améliorer leur santé bucco-dentaire. Ce service comprend un service de soins d'odontologie au Centre hospitalier Le Vinatier de Bron. Il permet la réalisation de soins de proximité dans un véhicule sanitaire aménagé et la formation/sensibilisation des praticiens dentistes locaux volontaires.

### **Les équipes mobiles**

Une équipe mobile Autisme avec le Centre Ressource Autisme Rhône-Alpes (CRA) est en cours de création. Cette équipe s'appuiera sur le plateau du CRA en y intégrant les 3 CHS et sera dans un 1<sup>er</sup> temps destiné aux établissements médico-sociaux avant de s'étendre aux personnes à domicile. Au-delà de sa fonction de diagnostic et de réflexion sur les conduites de bonnes pratiques autour de l'autisme, cette équipe permettra d'observer et d'accompagner les travailleurs sociaux confrontés à des situations problématiques.

### **Autre ressource**

Une permanence sous forme d'une consultation téléphonique d'urgence psychiatrique est en projet. Cette dernière s'adresse à des professionnels de santé du département. Elle est rattachée à l'Urgence médicale ambulatoire (UMA) du CHS Le Vinatier.

## **2.4.3 Les problématiques dans le Rhône**

- **Un manque de formation des médecins généralistes et spécialistes**

Les personnes souffrant d'un handicap présentent davantage de problèmes de santé que celles n'en souffrant pas, en raison de leurs besoins spécifiques et des pathologies associées à leur handicap. Le médecin généraliste constitue souvent le premier interlocuteur des personnes handicapées pour leur prise en charge médicale mais également sociale. Plusieurs études montrent cependant que celui-ci n'identifie pas toujours correctement les besoins de ces patients et met moins souvent en oeuvre des pratiques de prévention vis-à-vis des personnes handicapées qu'envers la population générale (suivi de la tension artérielle, prévention de l'usage d'alcool et de tabac ou celle relative aux pratiques sexuelles, dépistage de cancers gynécologiques).



Parmi les problèmes repérés, certaines pratiques s'avèrent inadéquates dans la prise en charge et le suivi des personnes handicapées. Les obstacles semblent liés à un manque de formation, à des problèmes d'organisation mais aussi aux attitudes des médecins. La formation des médecins à la prise en charge des personnes handicapées et le travail en réseau devront être encouragés.

- **Un manque d'offres spécifiques**

Afin de favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement de qualité de certains handicaps, il semble nécessaire de favoriser, voire de créer des centres ressources de référence. Ces centres seraient à disposition des personnes vivant dans des structures médico-sociales ou à domicile. Des équipes mobiles pourraient être rattachées à ces centres. Elles associeraient des professionnels de santé locaux afin de toucher une tranche de la population handicapée, désocialisée, ou en danger, car en déni de soins.

Les établissements non médicalisés accueillant des personnes handicapées (foyer de vie, foyer d'hébergement pour travailleurs en ESAT, centre d'accueil de jour) ne disposent pas ou peu de personnel soignant. Les foyers les plus importants ont un temps partiel d'infirmière coordinatrice qui assure le suivi de la santé des personnes handicapées en plus de la préparation des médicaments. Il manque à ce jour un référentiel à l'ensemble des établissements pour centraliser et lister le parcours, les soins et les traitements en cours pour chaque résident.

De même, il existe une absence de sensibilisation à l'accueil hospitalier au long cours et à l'accueil d'urgence des personnes handicapées. En effet, l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental, psychique, neuro-moteur et sensoriel nécessitent une accessibilité, un savoir-faire et un savoir-être spécifique. Cette disponibilité est parfois en contradiction avec l'organisation du service des urgences et l'accompagnement pendant l'hospitalisation.

Enfin, la dimension éducation à la santé envers les personnes handicapées est peu développée.

Haute autorité de santé : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j\\_5/accueil](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil)

CNSA : <http://www.cnsa.fr/>

## 2.5 L'emploi

L'emploi et les ressources sont une dimension particulièrement importante pour l'insertion de la personne handicapée dans la société. Certains auteurs évoquent l'emploi le troisième pilier de la politique du handicap.

Qui sont les personnes handicapées en activité ? Comment évolue leur situation dans l'emploi et dans le chômage ? Questions récurrentes pour lesquelles il n'est pas toujours aisé d'avoir une vision précise et globale, en particulier dans un contexte juridique fortement évolutif, avec l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005.

Le contour statistique de la population handicapée n'est pas univoque car le handicap renvoie à une réalité multiple : selon la définition que l'on retiendra, la population et le profil des personnes varieront. En outre, les données sur la population handicapée résidant en France en activité sont nombreuses et hétérogènes : chaque source informe selon un angle particulier sur un champ qui lui est propre. Enfin, d'importants changements institutionnels et juridiques ont eu lieu, faisant évoluer de nombreuses sources administratives.

Dès la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, l'emploi des personnes handicapées constitue un enjeu majeur de la politique du handicap. Cette politique de l'emploi des personnes handicapées a été renforcée par la loi du 10 juillet 1987, qui a créé au profit des travailleurs handicapés, une obligation d'emploi.

La loi du 11 février 2005 promeut l'intégration professionnelle des personnes handicapées, qui devient un élément de leur citoyenneté. Elle réaffirme le principe de non-discrimination en raison du handicap et l'égal accès à l'ensemble des dispositifs de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle, elle renforce la portée de l'obligation d'emploi et refonde les relations entre les personnes handicapées et le service public de l'emploi (SPE). Les politiques d'emploi et de formation professionnelle à l'égard des travailleurs handicapés doivent s'appuyer, autant que possible, sur les dispositifs de droit commun, complétés, autant que nécessaire, par des dispositifs spécifiques.

La loi de 2005 consacre ainsi un changement radical de philosophie dans la politique de l'emploi des personnes handicapées : alors que la question de l'emploi des personnes handicapées était traditionnellement appréhendée à partir de l'incapacité de la personne handicapée, dont la capacité n'était jugée que résiduelle, l'objectif de la nouvelle politique de l'emploi est de partir de l'évaluation des capacités de la personne, notamment pour tenir compte des capacités que les personnes handicapées peuvent être amenées à développer pour compenser leur handicap. Le projet professionnel de la personne handicapée devient ainsi un élément à part entière de son projet de vie.

La mobilisation pour l'emploi des personnes handicapées a également pour objectif de garantir, au-delà des dispositifs de compensation, le niveau de ressources des personnes handicapées. Les questions de l'emploi et des ressources des personnes handicapées sont donc indissociables. »<sup>111</sup>

Les modifications apportées par la loi de 2005 comprennent quatre objectifs :

1. Garantir que le taux d'emploi reflète davantage la réalité de la présence des personnes handicapées dans l'effectif de l'entreprise : c'est la raison pour laquelle le mode de calcul de l'effectif total des salariés de l'établissement a réintégré les emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières (ECAP), jusque-là exclus,
2. Ensuite, favoriser l'accès à l'emploi des personnes les plus éloignées de l'emploi : ainsi, le champ des bénéficiaires de l'obligation d'emploi est élargi aux titulaires de la carte d'invalidité et aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). L'entreprise peut diminuer sa contribution et peut bénéficier d'une aide versée par l'AGEFIPH pour compenser le surcoût économique,
3. Prendre en compte la lourdeur du handicap par l'appréciation du surcoût réalisée par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP),

---

<sup>111</sup> <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000070/0000.pdf>

4. Encourager le recrutement durable des personnes handicapées,
5. Enfin, garantir le respect de l'esprit de l'obligation d'emploi : par une augmentation du montant de la contribution à l'AGEFIPH, et un cadre juridique étendu aux fonctions publiques.

« La loi étend aux employeurs publics le dispositif de contribution annuelle financière pour compenser le non-respect de l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés, en créant le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).<sup>112</sup>L'article 31 de la loi du 11 février 2005 étend à l'État, aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics administratifs l'obligation générale d'appliquer ces directives »<sup>106</sup>.

La création des PDITH<sup>113</sup> à l'initiative de l'Etat, il y a dix ans, est issue d'un constat partagé sur les difficultés rencontrées par les personnes handicapées pour leur reclassement ou insertion professionnelle. Le Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH) se doit donc d'être un "facilitateur" pour :

- Permettre la compréhension par la personne handicapée de son environnement professionnel,
- Repérer et analyser des besoins,
- Développer des ressources, des actions,
- Articuler les actions des multiples intervenants et améliorer les partenariats existants.

Le PDITH du Rhône, dont le pilotage est assuré conjointement par la DDTEFP en étroite liaison avec l'AGEFIPH, reste dans sa définition un outil dédié à la mise en oeuvre de la politique d'emploi des travailleurs handicapés. Il a vocation à compléter le dispositif de droit commun, mené par les acteurs du service public de l'emploi au niveau local (DDTEFP, Pôle Emploi,...), et les dispositifs spécialisés (AGEFIPH). En outre, il assure la cohérence d'ensemble de ces dispositifs. Le PDITH favorise la mobilisation de nombreux acteurs et la mise en oeuvre d'actions spécifiques, complémentaires et innovantes répondant à des besoins nouveaux ou particuliers.

## **2.5.1 L'emploi des personnes handicapées, besoins, attentes**

### **2.5.1.1 L'emploi et le chômage des personnes handicapées**

Sur les 25,7 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans en emploi en 2007, 2,4 % ont une reconnaissance administrative de leur handicap leur permettant éventuellement de bénéficier de la loi sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. C'est la CDAPH qui est compétente pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé.

Si on y ajoute celles qui déclarent avoir un problème de santé depuis au moins six mois et en éprouver des gênes importantes dans leurs activités, la part de la population handicapée définie au sens large dans la population en emploi est de 24 %.

Les personnes handicapées au sens large ne souhaitent pas toujours faire une demande de reconnaissance de travailleur handicapé du fait, soit d'un déni du handicap -surtout dans le handicap psychique- ou chez les jeunes sortant du système scolaire sans avoir été accompagnés sur des dispositifs spécifiques, soit par peur de discrimination ou de stigmatisation. Parfois, il peut également s'agir d'une méconnaissance des avantages de la RTH ou des aides et des dispositifs existants.

En 2007, plus de la moitié des personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap leur permettant éventuellement de bénéficier de la loi sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés sont inactives.

Au sein de cette population, seulement 44 % des personnes déclarent avoir un emploi ou en rechercher un alors que le taux d'activité atteint 71 % pour l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans (tableau 21).

---

<sup>112</sup> SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA SOLIDARITE. Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap [en ligne]. [réf. 15 mai 2009]. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000070/0000.pdf>

<sup>113</sup> <http://pdith.handiplace.org/>

Les points de difficultés se concentrent sur les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative, davantage touchées par le chômage et l'inactivité.

**Tableau 19 : Structure de la population handicapée par activité selon la définition du handicap en 2007**

		en %		
		Population handicapée au sens large*	Population bénéficiant d'une reconnaissance administrative**	Ensemble de la population (15-64 ans)
Actifs	En emploi	65	35	65
	Chômeurs	5	9	6
Inactifs		30	56	29
Total		100	100	100
Effectifs		9 595 000	1 813 000	39 390 000

\* : Personnes ayant une reconnaissance administrative ou déclarant un problème de santé de plus de 6 mois et connaître des difficultés importantes dans le déplacement et/ou dans les activités quotidiennes et/ou vis à vis du travail et/ou ayant eu un (ou plusieurs) accident(s) du travail au cours de la dernière année.

\*\* : Personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap.

Champ : population âgée de 15 à 64 ans en France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (collectivités exclues).

Source : Enquête complémentaire à l'enquête emploi 2007 ; exploitation DARES.

Le niveau de diplôme atteint par les personnes en inactivité ayant une reconnaissance administrative du handicap est inférieur à celui atteint par l'ensemble des personnes inactives. La population handicapée prise au sens large en inactivité est également moins diplômée que la population totale en inactivité mais les écarts sont plus faibles.

Les personnes handicapées occupant un emploi, quel que soit le profil considéré, sont plus âgées et moins diplômées en moyenne que la population des 15-64 ans en emploi (tableau 19).

- Elles ont plus souvent une qualification d'ouvrier : jusqu'à 38 % des personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap. Elles travaillent plus fréquemment dans le secteur de l'éducation, la santé, l'action sociale et un peu moins dans les services aux entreprises. Elles sont présentes dans les mêmes proportions dans le commerce (tableau 20).

- Les personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap travaillent plus souvent dans des établissements de 20 salariés et plus (41 %) : les effets de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés incombant à ces établissements transparaissent à travers ces données déclaratives (tableau 21).

- Les personnes déclarant un handicap travaillent plus souvent que les autres à temps partiel, surtout si elles ont une reconnaissance administrative du handicap : 28 % contre 18 % pour l'ensemble de la population de 15 à 64 ans (tableau 22).

**Tableau 20 Population en emploi : Caractéristiques individuelles des personnes handicapées et de l'ensemble de la population en 2007**

	Population handicapée définie au sens large*	Population bénéficiant d'une reconnaissance administrative**	Ensemble de la population (15-64 ans)
<b>Effectifs</b>	<b>6 206 000</b>	<b>641 000</b>	<b>25 670 000</b>
<b>Sexe</b>			
Hommes	49	61	53
Femmes	51	39	47
Total	100	100	100
<b>Tranches d'âge</b>			
Moins de 25 ans	6	3	9
25 - 39 ans	35	27	39
40 - 49 ans	31	38	29
50 ans et plus	28	32	23
Total	100	100	100
<b>Diplôme</b>			
Bac + 2 ou supérieur	23	14	30
Bac ou Brevet Pro	17	12	19
CAP, BEP	31	31	26
BEPC ou sans diplôme	29	43	25
Total	100	100	100

\* : Personnes ayant une reconnaissance administrative ou déclarant un problème de santé de plus de 6 mois et connaître des difficultés importantes dans le déplacement et/ou dans les activités quotidiennes et/ou vis à vis du travail et/ou ayant eu un (ou plusieurs) accident(s) du travail au cours de la dernière année.

\*\* : Personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap.

Champ : population âgée de 15 à 64 ans en France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (collectivités exclues).

Source : Enquête complémentaire à l'enquête emploi 2007 ; exploitation DARES.

La part des travailleurs handicapés dans l'ensemble des salariés en ETP reste stable autour de 2,3% en 2006. La part des travailleurs handicapés dans l'ensemble des salariés en ETP est plus faible dans les établissements de moins de 50 salariés et plus élevée dans ceux de 200 salariés et plus.

Dans le Rhône, le nombre de demandeurs d'emploi handicapés inscrits au Pôle emploi à fin décembre 2007 est de 2 758 personnes en catégorie 1 pour un emploi à durée indéterminée et à temps plein. La part des travailleurs handicapés par rapport à tout public est de 5,7 %<sup>114</sup>

#### • L'emploi en entreprise adaptée

En dehors de l'emploi en milieu « classique », il existe des entreprises adaptées anciennement Atelier Protégé. Une entreprise adaptée ou centre de distribution de travail à domicile (CDTD) est une entreprise dans laquelle les employés peuvent exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Ces entreprises ont pour objectif de faciliter l'accès des personnes au monde du travail.

En 2008, dans le Rhône, « il y a 14 entreprises adaptées et un centre de distribution de travail à domicile, qui ont fait l'objet d'un contrat avec l'Etat. Elles emploient les personnes orientées vers le marché du travail par la CDAPH : proposées avec leur accord par le Pôle emploi ou CAP EMPLOI Rhône ou recrutées directement si elles répondent à certains critères (sortie d'un ESAT, d'un IME, ou IMPRO...). Plusieurs dispositions sont prévues pour faciliter le passage d'une entreprise adaptée

<sup>114</sup> Source CRDI Rhône Alpes au 31 décembre 2007)

vers une entreprise ou employeur ordinaire (mise à disposition, priorité d'embauche ou le nouveau dispositif PASSMO, qui a pour but de favoriser les recrutements en entreprise ordinaire de salariés aujourd'hui en ESAT ...). »<sup>115</sup>

- **L'emploi en ESAT**

« Les 22 établissements du Rhône accueillent les personnes sur orientation exclusive de la CDAPH. Ces établissements médico-sociaux accueillent des personnes dont la CDAPH a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, d'être salarié d'une entreprise ordinaire ou d'une entreprise adaptée.

Les activités réalisées ont avant tout un caractère professionnel, comprenant des temps de formation. Le travail peut s'accomplir aussi dans une entreprise, il s'agit de l' « ESAT Hors les murs ». Un soutien médico-social et éducatif est mis en place dans chacun des établissements à partir d'un projet personnalisé.

L'orientation vers un ESAT vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Tout travailleur handicapé accueilli dans un ESAT a droit à une « rémunération garantie » qui s'est substituée à l'ancienne « garantie de ressources ».

Des passerelles existent avec le milieu ordinaire du travail, par exemple sous la forme de contrat de mise disposition, de période de formation... La demande d'orientation vers un ESAT doit se faire auprès de la Maison du Rhône<sup>109</sup>.

La crise économique actuelle impacte directement l'activité des ESAT. La diminution des marchés, notamment de sous-traitance, peut conduire à une modification importante de leur fonctionnement et donc des conditions d'accueil des travailleurs handicapés. Cet aspect peut avoir des conséquences sur les dimensions de l'accompagnement autres que celle du travail protégé.

S'agissant des situations de handicap psychique, outre la formation au travail, des actions de ré-médiation psychique sont également souhaitables.

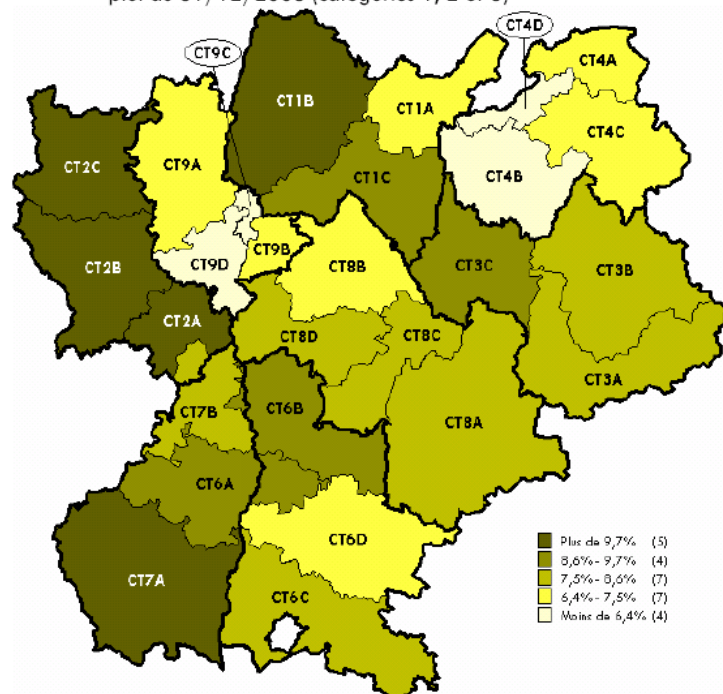
---

<sup>115</sup> PDITH 69. *Le Guide de l'emploi dans le Rhône - Etre actif et en situation de handicap* [en ligne]. [réf. 15 mai 2009]. Disponible sur : <http://www.pdith69.fr/index.php?idtf=24>

- Le chômage des personnes handicapées

**Figure 29 : Pourcentage de demandeurs d'emploi en situation de handicap parmi l'ensemble de la demande d'emploi au 31/12/2008 (catégories 1, 2 et 3)**

Carte n°1 : Pourcentage de demandeurs d'emploi en situation de handicap parmi l'ensemble de la demande d'emploi au 31/12/2008 (catégories 1, 2 et 3)



**Définition :**

Nombre de demandeurs d'emploi handicapés parmi les demandeurs d'emploi, tous publics confondus.

**Indicateurs de cadrage :**

Au 31/12/2008, le pourcentage de demandeurs d'emploi handicapés dans la demande d'emploi (catégories 1, 2 et 3) s'élève à :  
 - 7,1% en France,  
 - 7,9% en Rhône-Alpes.

**Caractéristiques de la dispersion :**

Moyenne : 8,0%  
 Maximum : 11,1%  
 Minimum : 4,3%  
 Ecart-type : 1,7

5 ZTEF présentent un pourcentage supérieur à 9,7%.

Source : Pôle Emploi, DEFM Persée au 31/12/2008 - Traitement : CRDI Rhône-Alpes, Pôle Observatoire

Les difficultés d'accès à l'emploi relèvent de plusieurs domaines :

- Une moyenne d'âge élevée pour les personnes ayant eu un accident de travail ou une maladie professionnelle entraînant des difficultés de reclassement, de transfert de compétences,
- Des parcours professionnels peu capitalisables en raison du morcellement des expériences,
- Des besoins en lien avec des postes à temps partiel,
- Un cumul de difficultés liées au handicap, à la situation sociale difficile.

En 2007, selon l'enquête complémentaire à l'enquête emploi, le taux de chômage des personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap, leur permettant éventuellement de bénéficier de la loi sur l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, s'établit à 19 %, soit plus du double de celui atteint pour l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans.

Parmi les personnes reconnues handicapées vivant à leur domicile et ayant un emploi, 8 % travaillent dans des établissements ou services d'aide par le travail qui offrent des conditions de travail et un environnement adaptés et 1 % dans des entreprises adaptées ou des centres de distribution de travail à domicile. 4 % sont sur des emplois réservés dans la fonction publique. Enfin, 87 % travaillent dans des emplois ordinaires y compris ceux obtenus au titre de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé dans les établissements qui y sont assujettis.



### 2.5.1.2 Les besoins

- **Des besoins importants d'adaptation du poste de travail et de compréhension des collègues**

Une enquête de la DARES -*Santé Handicap et travail*- réalisée en 2007 précise les besoins des personnes handicapées en matière d'aménagement ou d'adaptation du poste de travail.

Dans l'emploi ordinaire, les personnes ayant un handicap reconnu par l'administration expriment des besoins importants en matière d'organisation et d'aide au poste de travail ainsi qu'en soutien et compréhension par leurs collègues et leur supérieur hiérarchique. Seulement, une sur cinq bénéficie d'un aménagement de son temps de travail ou d'un allègement de ses tâches. Parmi celles qui n'en bénéficient pas, un quart souhaiterait avoir ce type d'adaptation du poste de travail. 36 % des personnes reconnues handicapées occupant un emploi ordinaire considèrent que leurs collègues et leur supérieur sont compréhensifs face à leur handicap et les soutiennent. 25 % de ceux qui ne ressentent pas ce soutien de leur entourage professionnel disent qu'ils en auraient besoin. »<sup>116</sup>

- **Les problèmes de santé rendent difficile la recherche d'emploi**

Les trois quarts des personnes reconnues handicapées touchées par le chômage jugent que leur(s) problème(s) de santé rend plus difficile leur recherche d'emploi. Ce sentiment est partagé par un peu plus de la moitié de la population handicapée définie au sens large et un cinquième des personnes âgées ayant connu un problème de santé et/ou un accident du travail au cours des douze derniers mois.

Les problèmes de santé semblent donc être un obstacle important à la recherche d'un emploi.

44 % des personnes reconnues handicapées pensent qu'au moins une de leurs candidatures à un emploi a été rejetée du fait de leur santé. Un peu plus d'un tiers des personnes reconnues handicapées se fait aider par les associations spécifiques dans leur recherche d'emploi.

- **Une reconnaissance officielle du handicap n'implique pas nécessairement des difficultés importantes.**

Un quart des personnes reconnues handicapées ne déclarent pas rencontrer de difficultés importantes dans leurs activités quotidiennes, vis-à-vis du travail et ne mentionnent pas d'accident du travail dans l'année. Ces personnes sont aussi un peu plus jeunes et plus diplômées que l'ensemble de celles ayant une reconnaissance du handicap.

### 2.5.2 Les acteurs et les dispositifs dédiés à l'insertion des personnes handicapées

**Le Pôle Emploi** dont la mission est d'accueillir, d'indemniser, d'orienter et d'accompagner les demandeurs d'emploi est un acteur clé. Le Pôle emploi accueille également les personnes en activité qui souhaitent évoluer dans leur projet professionnel, ou les salariés en situation précaire qui recherchent un emploi durable.

**L'AGEFIPH**, fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées est un fonds qui contribue au financement des projets professionnels des personnes et oriente vers les partenaires de l'insertion professionnelle. Son intervention couvre toute les étapes du projet de Préparation à l'emploi, la formation, le soutien à la recherche d'emploi, l'accès à l'emploi, la création d'activité. Les interventions complémentaires de l'AGEFIPH sont destinées aux salariés et aux demandeurs d'emploi en cours de formation : aide au bilan de compétences, aide à la formation stage de formation et de préparation à l'emploi ou stages qualifiants.

**Le FIPHP** a pour mission de favoriser, grâce à une politique incitative, le recrutement des personnes en situation de handicap dans les trois fonctions publiques et la Poste, le maintien de

---

<sup>116</sup> DARES. *L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007. Première synthèse.* 2008.



ces personnes dans l'emploi. Il met ses moyens et ses financements au service des employeurs publics qui mettent en œuvre des politiques en faveur de l'emploi des personnes handicapées dans leurs services. Le FIPHP aide ainsi les fonctions publiques à remplir leurs engagements vis-à-vis des personnes handicapées et à atteindre le taux légal des 6 %.

**CAP EMPLOI Rhône** est un organisme de placement spécialisé géré par l'Association pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées dans le Rhône, et assure une mission de service public départemental en faveur de l'emploi des personnes handicapées. Il propose des services aux employeurs et aux demandeurs d'emploi en matière de recrutement, de formation, et de reclassement professionnel »<sup>117</sup>. Cap Emploi Lyon-Rhône a ainsi placé 1 233 personnes pour 1 493 contrats correspondants.

**La MDPH** qui a une bonne connaissance des demandeurs de reconnaissance de travailleurs, a aussi une mission importante d'information et de formation et répond aux diverses sollicitations des partenaires : Education nationale, travailleurs sociaux, entreprises adaptées et ESAT, Missions locales. La MDPH organise des actions spécifiques comme la Semaine pour l'emploi des personnes handicapées, qui suscite un réel intérêt des usagers avec une fréquentation importante tout au long de la journée.

Diverses rencontres ont également été organisées entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et les partenaires afin de favoriser aussi bien les échanges qu'une mutualisation de la connaissance des différentes actions et dispositifs.

**Les Centres de rééducation professionnelle (CRP) et les Centres de pré-orientation** accueillent les travailleurs handicapés en formation. La formation vise le retour à l'emploi en milieu ordinaire grâce à l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles.

La majorité des formations proposées par les CRP débouchent sur des diplômes homologués par l'Etat. Il s'agit de formations professionnelles de longue durée (souvent supérieure à un an). Elles permettent l'adaptation à un nouveau milieu professionnel grâce à des périodes d'application en entreprise. Un suivi médical, social, psychologique et un accompagnement à l'emploi des stagiaires est assuré. Par ailleurs, elles développent des actions spécifiques dans le cadre de l'élaboration du projet professionnel. Pour être admis dans un Centre de rééducation professionnelle (C.R.P.), il faut être reconnu travailleur handicapé et orienté dans un C.R.P par la CDAPH.

**Le DRSP** (Département de réinsertion professionnelle rattaché à l'hôpital du Vinatier) s'adresse plus particulièrement aux personnes ayant un handicap psychique et prises en charge dans les services de psychiatrie.

### 2.5.3 L'offre départementale

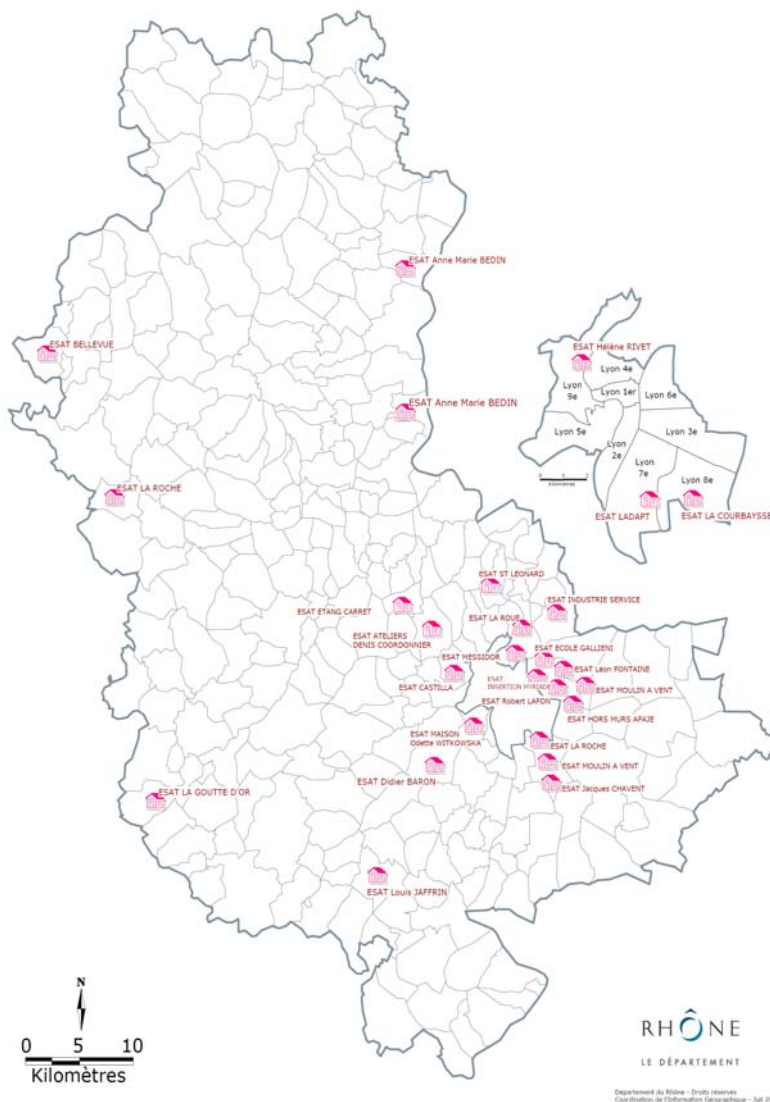
On comptabilise 2 911 places en ESAT installées en avril 2008. 382 places ont été récemment créées dont l'ESAT LAROCHE à Vénissieux avec 50 places pour le handicap psychique et 3 ESAT hors les murs offrant 27 places pour les cérébrolésés, 26 places pour tout type de handicap et 20 places pour le handicap psychique.

---

<sup>117</sup> PDITH 69. *Le Guide de l'emploi dans le Rhône - Etre actif et en situation de handicap* [en ligne]. [réf. 15 mai 2009]. Disponible sur : <http://www.pdith69.fr/index.php?idtf=24>

Figure 30 : Les établissements et services d'aide (ESAT) par le travail dans le Rhône

LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL DANS LE RHONE



Le CREA Rhône-Alpes en partenariat avec la DDASS a mis en place un outil d'évaluation des capacités professionnelles des travailleurs en ESAT pour favoriser leur passage en milieu ordinaire et optimiser l'adéquation entre les capacités de la personne et le poste de travailleur.

Pour le handicap psychique, un dispositif dit de PREO DAE permet l'élaboration d'un projet professionnel en vue d'une insertion progressive dans le milieu ordinaire. Ce dispositif est porté par l'ADAPT et MESSIDOR.

**2.5.4 Les problématiques dans le Rhône**

- **Une méconnaissance des besoins réels et de l'offre**

Il est encore très difficile d'avoir une connaissance fine des besoins réels des personnes handicapées en matière d'emploi. En effet, dans le cadre du projet de vie, certaines n'expriment pas de projet de travail, d'autres au contraire expriment des projets précis. La MDPH ne connaît pas le nombre de personnes en recherche d'emploi. Elle ne dispose pas encore d'outils de suivi des décisions par rapport à l'emploi.

Il existe un défaut de suivi des décisions d'orientation professionnelle et un manque de référent de parcours pour un accompagnement continu et pérenne. La MDPH se situe en effet, en amont des dispositifs nécessitant une décision de la CDAPH. Toutefois, elle devrait également être davantage dans le suivi des décisions pour assurer une meilleure fluidité des parcours des personnes mais aussi pour disposer d'indicateurs sur la pertinence des dispositifs. Pour les jeunes sortant du milieu ordinaire ou spécialisé UPI, IMPRO et en particulier lors de l'entrée en ESAT, un service d'accompagnement SAVS performant sur le modèle de celui de l'OVE aurait toute sa pertinence comme pour les personnes quittant les ESAT pour intégrer le milieu ordinaire. Dans une grande majorité de cas, la suite de leur parcours n'est pas connu, entraînant un délai de plusieurs années pour intégrer une filière adéquate.

- **Une méconnaissance du réseau**

On note clairement un manque de perception du réseau et de coordination entre les différents professionnels de l'insertion.

- **La formation**

Elle devrait se centrer sur le développement des capacités restantes notamment en passant par la voie des « reconnaissances des savoir-faire professionnels ». En effet, un certain nombre de personnes ne sont pas en mesure de suivre des formations en CRP en lien avec leur niveau réel. Il s'agirait d'en tenir compte et d'adapter le contenu des formations aux capacités réelles des personnes auxquelles elles sont destinées. Beaucoup de jeunes sont en effet capables de travailler mais pas en mesure de suivre une formation diplômante/qualifiante.

Dans les suites de la formation, il manque par ailleurs des entreprises partenaires pour mettre en place un suivi individualisé.

- **Le tutorat**

Le tutorat a montré tout son intérêt pour intégrer de manière optimale et sur le long terme les personnes handicapées, notamment les personnes avec un handicap psychique. Par ailleurs, un manque de formation des tuteurs en entreprise est constaté, entraînant parfois des difficultés d'intégration. Sous l'impulsion de la Coordination 69, MESSIDOR envisage de travailler sur cette question avec le Centre d'Etudes de Formation et de Recherches Appliquées (CEFRA). En effet, certaines structures comme le CEFRA ont pour mission de favoriser l'intégration en entreprise en accompagnant la personne et l'employeur.

Les liens entre les ESAT et les tuteurs internes dans le respect de la déontologie seraient à développer notamment en ciblant des points de vigilance pour accompagner l'employeur dans la démarche d'intégration. Le volet des aides techniques peut être une source de solutions à explorer.

- **Autres problématiques**

#### **Les transports**

...sont toujours une problématique d'actualité. Les ESAT ont des difficultés à organiser les transports des travailleurs, surtout s'ils résident loin du trajet des navettes. Le manque de cartographie sur les circuits de ramassage rend difficile la mutualisation des transports et l'affectation adéquate en ESAT.

#### **Les ressources**

...constituent une problématique importante à prendre en compte dans la mesure où le passage en milieu ordinaire entraîne une diminution des revenus et n'incite pas les travailleurs à passer du milieu protégé au milieu ordinaire.

## **L'éclatement des dispositifs (Insertion professionnelle, SAVS ...)**

Il n'existe pas de cohérence dans les dispositifs qui sont multiples, éclatés et divers en fonction des tranches d'âge. Par ailleurs, certaines personnes handicapées sont en droit de sortir des dispositifs, rendant le suivi complexe même si le respect de la liberté de chacun est à prendre en compte.

## **Le maintien dans l'emploi**

En 2007, 1 500 personnes ont été licenciées pour inaptitude dans le Rhône. On constate des difficultés de repérage des situations d'inaptitude à l'emploi. Les liens avec la médecine du travail ne sont pas toujours réalisés en amont du licenciement.

Le *Schéma de Maintien dans l'emploi* réfléchit sur ces questions pour un meilleur accompagnement en amont.

### **• L'amélioration de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire**

Les dispositifs d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire sont peu connus des personnes handicapées. 56 % des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête du PDITH du Rhône déclarent ne pas connaître Cap Emploi. Une attente importante est exprimée pour mieux connaître les organismes spécialisés et leur modalités d'intervention.

Un certain nombre de situations relèvent de la prise en charge en urgence qui n'est pas réellement traitée.

Les prestations sont le plus souvent limitées dans le temps alors qu'il existe :

- Un besoin de sensibilisation et d'accompagnement des employeurs : les craintes des employeurs sur l'accueil d'une personne handicapée sont nombreuses du fait notamment d'un manque de connaissance du handicap,
- Un besoin de repérage et d'amélioration de l'accès aux dispositifs de formation professionnelle en raison de l'inadéquation entre les compétences des personnes et les attentes des employeurs,
- Une insuffisance repérée, notamment sur le long terme, d'accompagnement global des travailleurs handicapés en milieu ordinaire.

### **• Pour une plus grande fluidité des parcours**

**Entre les parcours de scolarisation et ceux de formation et d'insertion professionnelle**, on constate des difficultés de repérage de ce public jeune et de continuité de l'accompagnement. Ces parcours sont fréquemment marqués par la rupture. On peut citer par exemple :

- Les jeunes connus de la *MDPH Enfant* mais pour lesquels une rupture à un certain moment occasionne la perte des éléments au niveau médical, social, éducatif, scolaire;
- Les jeunes relevant du champ du handicap mais non connus de la MDPH ; la scolarisation s'effectue en milieu normal sans diagnostic, couplé souvent avec un déni du handicap;
- L'insuffisance d'accompagnement structuré post-scolarisation et d'identification d'un référent de parcours du jeune;
- Il n'existe pas de repérage précoce qui permette à chaque enfant de bénéficier d'une scolarité adaptée puis d'une insertion professionnelle réussie, celle-ci passant par un lien avec la MDPH au moment de l'intégration dans le monde du travail ;
- De l'adéquation entre besoins et offres en UPI et leur répartition sur le département.

Ces constats interrogent sur la place de l'enseignant référent, du médecin scolaire et des Missions locales.

### **• Entre milieu protégé et/ou spécialisé et milieu ordinaire de travail**

On constate que les dispositifs actuels liés à la « sécurité » de l'emploi financière et liés à la permanence de l'encadrement en ESAT, ne facilitent pas le passage entre les deux secteurs. Une insuffisance du suivi socio-professionnel post-ESAT est également repérée par manque de moyens et de dispositifs spécifiquement dédiés.

Il persiste une dichotomie entre le cheminement dans le milieu spécialisé nécessitant une décision de la CDAPH et le milieu ordinaire, qui entraîne une certaine lourdeur administrative.

Parmi les autres problématiques, on note une difficulté d'accès des ESAT aux offres d'emplois. Les ESAT hors murs n'ont pas de prospection organisée. On note un manque d'information des employeurs sur le milieu protégé, d'autant plus que ceux qui font appel à la sous-traitance ne sont pas forcément ceux qui embauchent, mais aussi un manque de coordination des acteurs en terme de communication vis-à-vis des employeurs.

- **Problématique du positionnement des Entreprises adaptées**

On constate un recul en terme d'orientation

- **Adapter le dispositif d'insertion professionnelle en milieu protégé**

On observe un manque de lisibilité sur l'offre existante et de mesure sur les besoins tant en termes quantitatifs que par type de handicap ou d'âge.

Des avancées notables en terme de réponse aux besoins sur le handicap psychique sont constatées en raison notamment du nombre de places récemment créées même si les besoins demeurent importants. A noter sur le handicap psychique, la réalisation d'orientations plus affinées, avec un entretien effectué en amont par les psychologues de la MDPH ou par les bilans faits par le dispositif : D.A.E. = diagnostic d'accès à l'emploi.

Par ailleurs, les places d'ESAT Hors Murs constitue une offre nouvelle et complémentaire valorisant les parcours professionnels des travailleurs handicapés.

Néanmoins une attention doit être portée à l'accompagnement social et médico-social en ESAT des personnes présentant des troubles associés au handicap principal, notamment les troubles du comportement nécessitant une prise en charge adaptée et prolongée. Pour les jeunes, la problématique d'instabilité liée au handicap est accentuée par l'âge et le statut social, un déni du handicap et la non acceptation du milieu protégé.

Le vieillissement de la population en ESAT nécessite une réflexion sur l'adaptation des activités.

En ce qui concerne les sections « jeunes », il existe un manque de lisibilité sur l'organisation et le suivi. La durée de prise en charge des personnes orientées devrait être limitée dans le temps (2 ans), afin de permettre à la personne de progresser, de s'adapter au monde professionnel, et, en cas d'échec, de permettre à l'équipe de travailler sur une ré-orientation vers une structure occupationnelle. Cet accompagnement sur l'insertion professionnelle doit porter sur le volet éducatif et social.

Au regard de l'offre, on peut évoquer une insuffisance de places sur le nord du département et sur le sud-ouest, obligeant des orientations sur d'autres départements limitrophes ou des rejets d'orientation.

Certains types de handicaps sont insuffisamment pris en compte (autisme, épilepsie non stabilisée, maladies orphelines) avec un manque de sections plus spécialisées ayant du personnel formé.

On note une faiblesse des mises à disposition de travailleurs handicapés en milieu ordinaire liée à de nombreux freins.

La mobilité de travailleurs handicapés en ESAT (intra et inter ESAT) est très peu développée.

D'autres difficultés relèvent du manque d'adaptation des actions développées en IMPRO aux besoins des ESAT, tant en terme de contenu des formations qu'au niveau éducatif en terme de préparation à occuper un emploi.

AGEFIPH : <http://www.cnsa.fr/>

PDITH : <http://www.pdith69.fr/>

DARES : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/travail/>

Pôle emploi : <http://www.pole-emploi.fr/accueilpe/>

FIPHFP: Le guide de l'employeur public : <http://www.fiphfp.fr/spip.php?rubrique39>

Fonction publique : le recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique <http://www.fonction-publique.gouv.fr/article637.html>

Cap emploi: <http://www.capemploi.net/>

## 2.6 Des structures et des services pour plus d'autonomie

### 2.6.1 Un souhait de souplesse et de prise en compte d'une demande particulière

- **Vers plus d'autonomie**

Les personnes handicapées aspirent à une plus grande autonomie, à une prise en charge plus souple et évolutive. Elles souhaitent évoluer librement entre établissement et domicile.

Il s'agit de proposer une offre innovante et diversifiée, comme les domiciles collectifs ou les appartements semi-collectifs en particulier. L'environnement est un élément-clé à prendre en compte pour répondre à ces attentes. L'absence d'environnement familial bienveillant, un environnement architectural incompatible avec une vie à domicile ou la nécessité de soins techniques trop importants sont autant de facteurs qui peuvent conduire la personne à entrer en établissement.

Pour répondre à la diversité des demandes, il est nécessaire d'envisager une palette d'offre large, permettant le passage d'une structure à une autre, selon l'évolution des besoins de la personne. Il s'agit de mettre la personne au centre de l'action pour définir une forme d'architecture institutionnelle adaptée aux besoins de chacun.

- **Un besoin de souplesse pour répondre aux attentes diverses et évolutives**

Les aspirations d'un grand nombre de personnes handicapées impliquent une plus grande souplesse d'accueil et d'horaires.

- Certaines demandes portent sur l'alternance de deux types de structures : par exemple un établissement d'hébergement et un accueil de jour, selon un rythme atypique. Par exemple, la personne pourrait souhaiter passer trois nuits par semaine en établissement et toute la semaine en accueil de jour. Ce type de demandes est de plus en plus fréquente et doit être prise en compte. D'autres demandes portent sur un accueil en foyer d'hébergement ou un accueil de jour médicalisé, en accueil temporaire...
- Les personnes aspirent aussi à pouvoir changer d'établissement ou expérimenter plusieurs types d'accueil. Pour cela, il convient de prévoir les modalités de passage d'un accueil à un autre et de développer les liens entre structures (ex : modalités de stage d'essai, relais, passerelles).
- Cette souplesse devrait aussi s'appliquer dans la transition entre les secteurs enfant et adulte. Les jeunes adultes et leurs parents souhaitent parfois maintenir le rythme des retours en famille instauré lorsque les personnes sont accueillies dans une structure pour enfant. Il s'agit également d'aider le jeune à intégrer progressivement la structure pour adulte. Or, cette pratique a un impact direct sur le taux d'occupation et la facturation des prix de journée.

Le développement de solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement répondant aux souhaits des personnes (ex : domicile collectif, SAVS ou SAMSAH avec logement proposé) rend la frontière entre le domicile et l'établissement de plus en plus floue. Or, la définition du statut domicile/établissement a des conséquences directes sur les prestations attribuables et les orientations de la CDAPH. Il convient donc de clarifier le cadre institutionnel de ce type de structure.

Un autre enjeu est la prise en compte des spécificités de l'avancée en âge des personnes handicapées. En effet, les accueils de jour à mi-temps pour travailleurs vieillissants sont actuellement réservés aux personnes âgées entre 40 et 60 ans. Il serait souhaitable d'introduire davantage de souplesse concernant l'âge des personnes et le nombre de jours d'accueil (temps partiel). Un chapitre spécifique est consacré aux personnes handicapées vieillissantes.

Par ailleurs, les personnes handicapées accueillies en établissement peuvent nécessiter de soins médicaux, notamment les personnes avec un handicap psychique ou les personnes atteintes d'autisme. Certaines de ces personnes vivent dans des structures non médicalisées et ont parfois le statut de travailleur, incompatible avec un accueil en FAM.

Un autre enjeu consiste à accompagner les établissements vers une évolution de leur offre au sein d'un même site pour mieux prendre en compte l'évolution des besoins de la personne. L'objectif est de permettre à la personne handicapée d'acquies une plus grande autonomie tout en étant accompagnée.

De manière générale, pour répondre à ces attentes, il ne s'agit pas d'opposer le domicile et l'établissement, mais de favoriser la fluidité entre les structures et les possibilités d'aller-retour selon les besoins de la personne.

- **Des besoins en urgence**

Lors de la perte de l'aidant, ou d'une dégradation brutale de l'état de santé, il arrive que les personnes aient besoin de bénéficier d'un hébergement en établissement ; ces changements se font souvent dans l'urgence et en fonction de la disponibilité des places.

Les places d'accueil temporaire existantes proposent un accueil séquentiel ou de dépannage programmé. L'hôpital répond par défaut à ce type de situation. Il s'agit donc d'organiser un accueil de premier niveau structuré, dans le secteur médico-social.

## 2.6.2 Des services et des établissements

### 2.6.2.1 Les différents types de structures existantes relevant de la compétence du Département

Le développement des services SAVS et SAMSAH a rendu la frontière floue entre établissement et domicile. C'est pour cette raison que ce chapitre aborde à la fois les établissements et les services.

- **L'accueil de jour**

...propose aux personnes des activités de vie sociale à la journée.

- **Le foyer-appartement**

...permet aux personnes de vivre de façon autonome au sein d'appartements individuels ou collectifs en bénéficiant d'un soutien éducatif et social. Le Département finance l'ensemble des frais (hébergement, accompagnement), mais ne laisse à la libre disposition de la personne que 10% de ses ressources.

- **Le domicile collectif**

...s'apparente au foyer-appartement, mais est dérogatoire aux règles de l'aide sociale : la personne handicapée assume elle-même son loyer, ses frais d'alimentation, le Département ne finance que les frais d'accompagnement éducatif.

- **Le foyer d'hébergement**

...assure l'hébergement des personnes handicapées qui travaillent en milieu ordinaire ou protégé.

- **Le foyer de vie**

...accueille jour et nuit des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler et propose des activités de vie sociale.



- **Le foyer d'accueil médicalisé**

...accueille jour et nuit des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants (compétence conjointe avec la DDASS).

- **Le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)**

...propose un accompagnement à domicile et permet à la personne de vivre de manière autonome.

- **Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)**

...offre le même type d'accompagnement qu'un SAVS, mais assure également des soins (compétence conjointe avec la DDASS).

- **Le club**

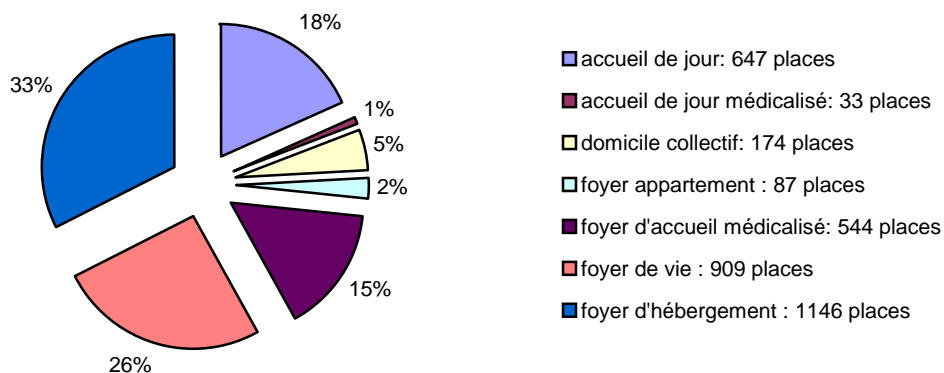
...est un lieu de vie sociale qui reçoit des personnes avec handicap psychique vivant à domicile pendant la journée afin de rompre leur isolement.

- **Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)**

...est comme le club, un lieu de vie sociale qui reçoit des personnes avec un handicap psychique mais sur un mode autogéré.

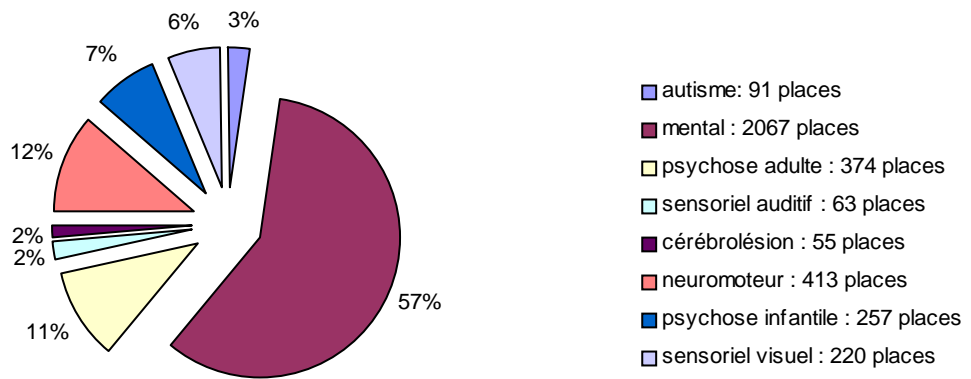
### 2.6.2.2 Répartition des places installées au 1<sup>er</sup> janvier 2009 et taux d'équipement

**Figure 31 : Répartition des 3 530 places en établissement installées au 1<sup>er</sup> janvier 2009 par type de structure**



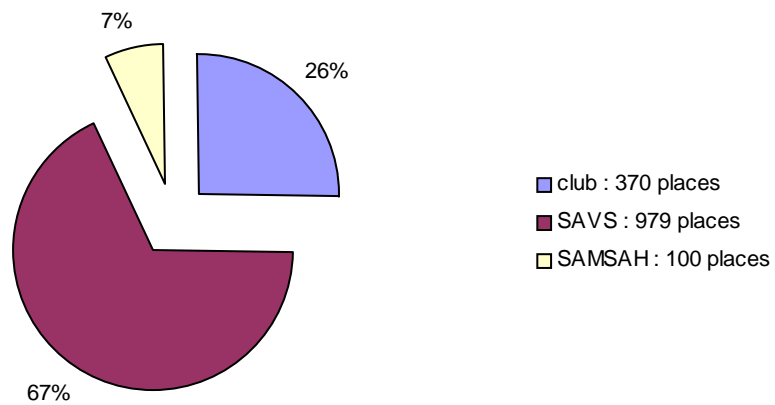
Source : Service Etablissements PH, CG 69

**Figure 32 : Répartition des 3 530 places en établissement installées au 1<sup>er</sup> janvier 2009 par type de handicap**



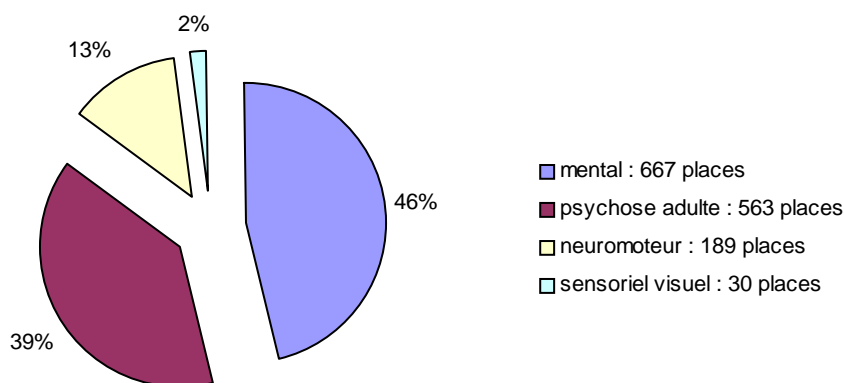
Source : Service Etablissements PH, CG 69

**Figure 33 : Répartition des 1 449 places de services installées au 1<sup>er</sup> janvier 2009 par type de structure**



Source : Service Etablissements PH, CG 69

**Figure 34 : Répartition des 1 449 places de services installées au 1<sup>er</sup> janvier 2009 par type de handicap**



Source : Service Etablissements PH, CG 69

**Tableau 21 : Taux d'équipement des structures PH dans le Rhône en 2006 – Données INSEE population Rhône 20-59 ans (2006)**

Accueil de jour	0,7‰
Accueil de jour médicalisé	0,04‰
Domicile collectif	0,2‰
Foyer-appartement	0,1‰
Foyer d'hébergement	1,25‰
Foyer de vie	1 ‰
Foyer d'accueil médicalisé	0,6‰
Club	0,4‰
SAVS	1,1‰
SAMSAH	0,1‰

Source : Service Etablissements PH CG 69, INSEE population

**Tableau 22 : Taux d'équipement au 31 décembre 2008 (Nombre de places financées, pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans – Etablissements compétence État)<sup>118</sup>**

	RHÔNE	RHÔNE-ALPES
MAS	0,39	0,76
FAM	0,85	0,74
MAS-FAM	1,25	1,5
SSIAD-PH	0,12	0,13
SAMSAH	0,14	0,14
ESAT	3,18	3,46
<b>TOTAL</b>	<b>4,69</b>	<b>5,23</b>

Source : DRASS 2008

Les départements peu équipés au regard de la moyenne régionale sont l'Isère, le Rhône et la Savoie. L'Isère et le Rhône ont un taux d'équipement particulièrement faible en MAS.

<sup>118</sup> CREAM RHONE ALPES. Groupe de travail du CROSMS "Evaluation des besoins sociaux et médico-sociaux – Analyse de leur évolution", Section Personnes Handicapées, Evolution des besoins des Personnes Handicapées en Rhône-Alpes, Synthèse des propositions du groupe de travail. 2009.

### 2.6.2.3 Bilan des créations de places entre 2004-2008

Les principes qui ont guidé la programmation sur la période 2004-2008 sont les suivants :

- Garantir une diversité des prises en charge afin de répondre à l'évolution des besoins des personnes en proposant une offre complète sur le même site,
- Développer des structures souples et innovantes à domicile (SAMSAH) ou intermédiaires, entre le domicile et l'établissement traditionnel (domiciles collectifs, accueil temporaire), l'objectif étant pour les personnes d'acquies une plus grande autonomie,
- Développer des structures pour adultes handicapés psychiques,
- Créer des établissements dédiés spécifiquement à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes ou âgées,
- Créer des structures médicalisées ou transformer les établissements existants.

Toutefois, des difficultés demeurent :

- Certaines zones géographiques sont moins couvertes (ex : nord et ouest) que l'agglomération Lyonnaise,
- Certains projets ont connu de nombreux retards dans leur installation (difficultés de construction, recours d'un tiers, règles d'urbanisme, etc.),
- Malgré la création de places, le nombre de jeunes adultes maintenus en amendement Creton et orientés dans une structure relevant de la compétence du Département est passé de 58 en 2007 à 154 en 2009.

**Tableau 23 : Bilan des créations de places 2004-2008 (réalisation du schéma départemental et hors programmation annexée) :**

	Programmation annexée au schéma 2004-2008*	Programmation déjà réalisée*		Mise en œuvre/ programmation	Hors programmation		TOTAL*	
		autorisées	dont installées	en %	autorisées	dont installées	autorisées	dont installées
<b>TOTAL établissements</b>	<b>387</b>	<b>337</b>	<b>242</b>	<b>63%</b>	<b>757</b>	<b>288</b>	<b>1094</b>	<b>530</b>
<b>TOTAL services</b>	<b>76</b>	<b>76</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>	<b>733</b>	<b>723</b>	<b>809</b>	<b>799</b>
<b>TOTAL compétence départementale</b>	<b>463</b>	<b>413</b>	<b>318</b>	<b>69%</b>	<b>1490</b>	<b>1011</b>	<b>1903</b>	<b>1329</b>

(\*La programmation annexée au schéma comprenait des projets déjà autorisés avant 2004)

Source : Service Etablissements PH CG 69

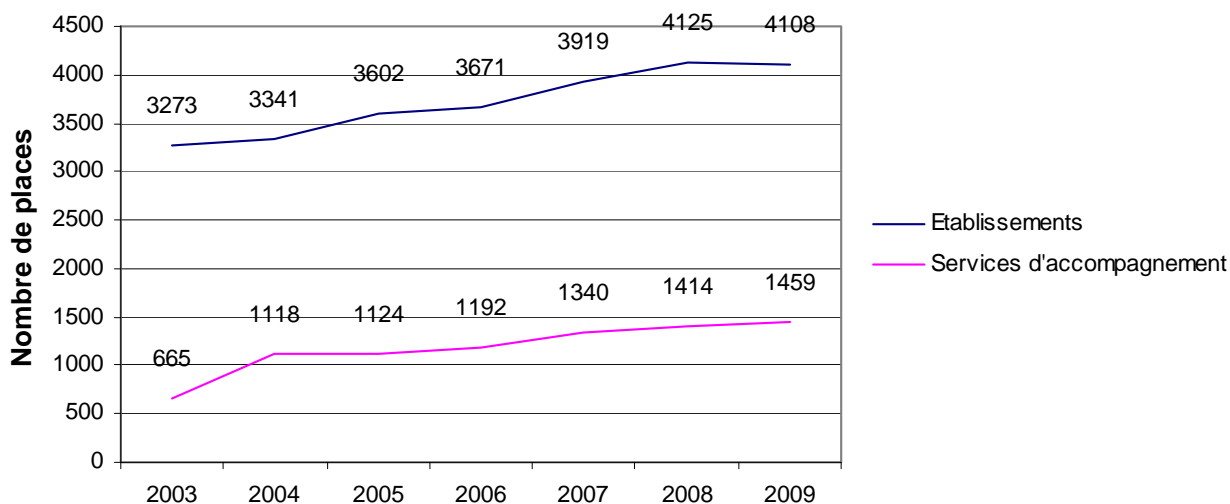
Au total, l'offre de places à l'issue de la campagne de tarification 2009, sur l'ensemble du Département est de 5 567 places autorisées (en établissement et en service de maintien à domicile) pour 4 979 places installées. Ainsi, depuis 2004, 1 629 nouvelles places ont été autorisées (+ 41 %), et 1 337 ont été installées (+ 37%).

S'agissant des places :

- en établissement : on constate une ouverture de 110 places par an en moyenne ;
- de service (SAVS, SAMSAH et clubs), le Département a ouvert en moyenne 150 places par an.

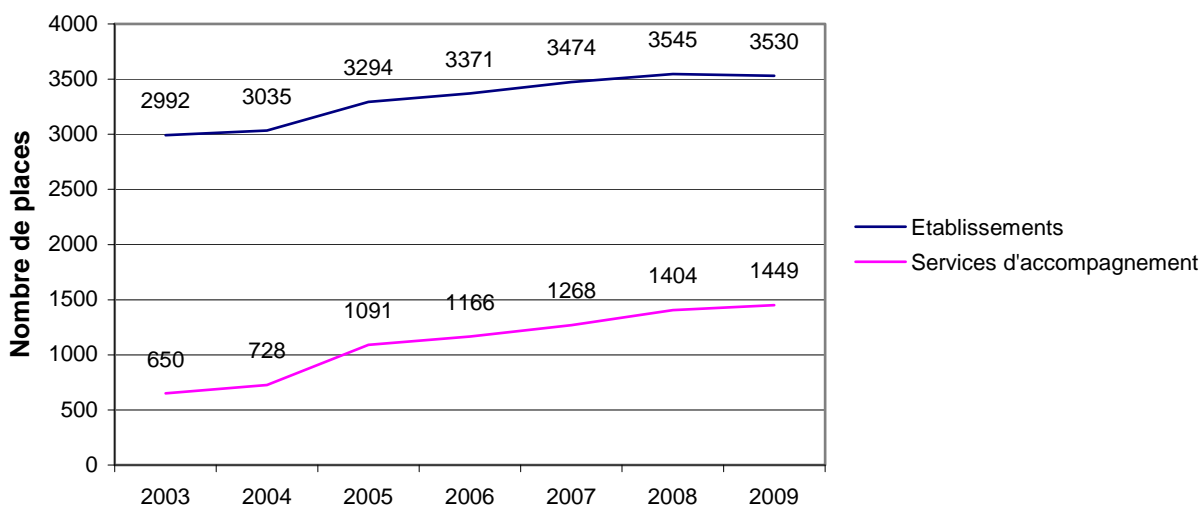
Le coût de ces nouvelles places pour la collectivité s'élève 4 319 973 € par an en moyenne. On peut noter que dans le cadre du PRIAC, la DDASS programme pour environ 4 millions d'euros de créations de places par an (enfance, travail, secteur adulte soins).

Figure 35 : Evolution du nombre de places autorisées 2004-2009. Données au 1<sup>er</sup> janvier 2009



Source : Service Etablissements PH CG 69

Figure 36 : Evolution du nombre de places installées 2004-2009



Source : Service Etablissements PH CG 69

### 2.6.3 Les problématiques dans le Rhône

- **Des besoins à mieux cibler**

On peut noter un manque de lisibilité concernant les besoins des personnes handicapées, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Les besoins d'accueil en établissement et d'accompagnement à domicile devraient être mieux ciblés pour les prioriser selon :

- la prise en charge,
- le handicap (projections secteur enfant, vieillissement des personnes handicapées, handicaps insuffisamment couverts : épilepsie, autisme, jeunes Alzheimer, etc.),
- l'implantation géographique.

- **Un cadre traditionnel des structures appelé à évoluer**

Dans un contexte d'évolution de la société, le cadre traditionnel des structures et des types de prise en charge ne répond pas totalement aux attentes des personnes, qui souhaitent davantage de souplesse et d'autonomie en fonction de leur projet de vie.

Par ailleurs, il s'agit d'assurer une prise en charge continue entre le secteur enfant et adulte. A titre d'exemple, il n'existe pas d'équivalent au SESSAD pour les adultes alors que les besoins restent sensiblement les mêmes. Aujourd'hui le statut de travailleur est incompatible avec une orientation dans une structure d'hébergement médicalisée, alors que des personnes nécessitant des soins sont en mesure d'assurer une activité adaptée.

Il est parfois nécessaire d'élargir l'offre d'accueil à des personnes dont l'établissement n'est plus adapté. Cela suppose des changements pour lesquels la personne handicapée exprime des réticences. Un travail de coopération inter-établissements pourrait faciliter ces transitions dans l'intérêt même de la personne.

- **Des limites organisationnelles au sein des établissements à dépasser pour valoriser l'approche individuelle**

Les attentes de la personne devrait être mieux prises en compte par les institutions pour permettre une souplesse dans l'accompagnement et dans l'accueil. Cette souplesse d'accueil est toutefois à concilier avec le projet d'établissement.

Par ailleurs, des liens seraient à renforcer entre les structures (intra-associatif et entre associations) afin de développer davantage les modalités de stage, de relais, de passerelles, la notion d'essai sécurisé (ex : dans le cadre d'un retour à domicile).

DGAS : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/ministere/presentation-organigramme/ministre-du-travail-relations-sociales-famille-solidarite-conjointement-avec-ministre-du-logement-ville-autorite/direction-generale-action-sociale-dgas.html>

CNSA : <http://www.cnsa.fr/>

ANESM : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

## 2.7 Les prestations

### 2.7.1 Le principe de compensation pour faire face à la perte ou à la difficulté d'autonomie

Qu'elle vive à domicile ou en établissement, une personne handicapée peut avoir besoin d'aide pour compenser sa perte d'autonomie :

- Aide à la personne : aide à domicile, auxiliaire de vie,
- Aménagement du logement (barre d'appui, siège de douche...) et du véhicule,
- Aide technique et prothèse,
- Aide à la mobilité (fauteuil roulant et autres...)

Ces aides peuvent faire l'objet de prises en charge spécifiques.

### 2.7.2 Le contexte législatif

Même si le précédent schéma avait anticipé certaines évolutions prévisibles de la politique en faveur des personnes en situation de handicap, un changement fondamental est intervenu avec la loi du 11 février 2005, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Celle-ci a pour but l'ouverture de la société aux personnes en situation de handicap et une modification sensible de l'approche qui avait prévalu jusqu'alors. Elle considère le handicap comme la conséquence de l'inadaptation de notre société et non la conséquence de l'incapacité due à une déficience de la personne. Elle a pour ambition de :

- Rétablir l'égalité entre citoyens « valides » et citoyens en situation de handicap ;
- Favoriser, dans la mesure du possible, le maintien des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire ;
- Garantir à la personne en situation de handicap une compensation intégrale afin de lui permettre de réaliser pleinement ses choix de vie.

A ce titre, elle crée la Prestation de Compensation du Handicap qui doit, à terme, remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

### 2.7.3 Les prestations

#### 2.7.3.1 La prestation de compensation du handicap (PCH)

*« Toute personne handicapée a droit à une prestation de compensation prenant notamment en compte l'âge, mais aussi la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie »<sup>119</sup>.*

#### • Principales caractéristiques de la prestation

La PCH introduit l'idée de projet de vie de la personne handicapée. Elle élargit le champ d'intervention : les besoins ne sont plus évalués en fonction du seul taux d'incapacité mais également en fonction du contexte environnemental et met en place un plan de compensation global : ce plan (PPC) mentionne l'ensemble des réponses apportées aux besoins de compensation (PCH, AAH, carte de stationnement ...). Enfin, elle donne un caractère universel au droit à la compensation : celui-ci peut être mis en œuvre quelles que soient l'origine ou la nature du handicap, quel que soit l'âge, ou quel que soit le mode de vie.

---

<sup>119</sup> Préambule de la loi du 11 février 2005

Parmi les changements portés par la loi, l'évaluation des besoins des personnes est sans aucun doute le volet le plus important que les équipes sont appelés à mettre en œuvre. L'objectif de l'évaluation est bien d'identifier l'ensemble des besoins d'une personne, compte tenu de sa situation, de son environnement afin d'aboutir à la meilleure adéquation entre les réponses apportées et les besoins identifiés. Il ne s'agit pas simplement d'accorder une prestation. Pour prendre en compte les aspects multifactoriels du projet de vie, l'évaluation est pluridisciplinaire et nécessite la collaboration de plusieurs professionnels autour d'une même personne; elle débouche sur l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation qui ne limite pas aux seules décisions de la CDAPH. On sort bien d'une logique de prestation pour passer à une logique de compensation pour réaliser un projet de vie.

Les pratiques d'évaluation étant donné leur complexité ont nécessité l'élaboration d'un outil multidimensionnel Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA). La CNSA conduit avec des départements pilotes dont le Département du Rhône un projet d'informatisation. Une première version logicielle de l'outil «GEVA» sera disponible fin 2009.

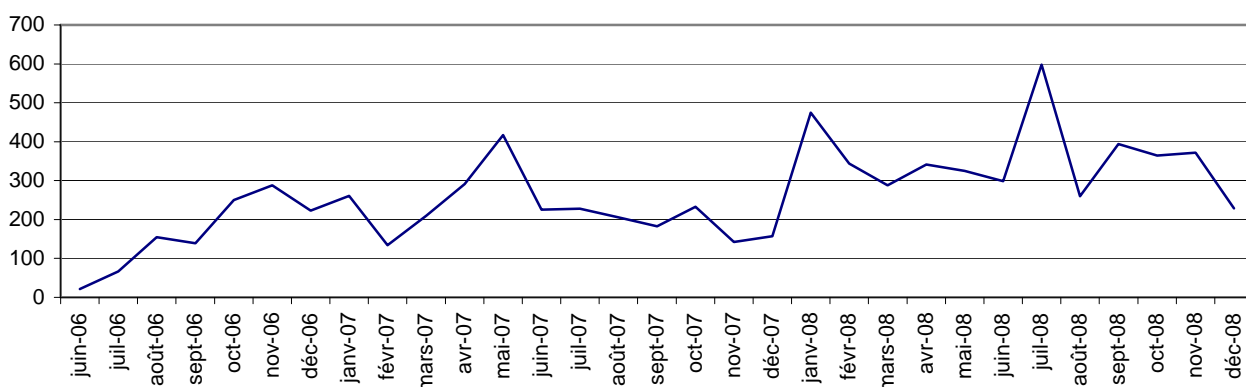
La PCH vise à couvrir les besoins de la personne handicapée dans son milieu habituel de vie et comprend 5 volets :

- Aides humaines
- Aides techniques
- Aménagement du logement-déménagement, aménagement de véhicule et surcoûts liés au transport
- Charges spécifiques ou exceptionnelles (surcoûts liés aux séjours de vacances, protections, entretien des audio-prothèses...)
- Aides animalières.

• **Une évolution croissante du nombre de demandes et une diversification des besoins satisfaits :**

De janvier 2006 au 31 décembre 2008, 8 268 dossiers ont été déposés dans les unités territoriales. Le nombre de demandes a légèrement diminué entre 2006 et 2007, passant de 2 750 demandes déposées en 2006 à 2 662 en 2007. Cependant, ce nombre augmente en 2008 pour atteindre 2 856 demandes. Le taux de réponses positives ne cesse d'augmenter en passant de 75% en 2006 à 81% en 2007. En 2008, il atteint 86%.

**Figure 37 : Evolution mensuelle des décisions PCH 2006-2008**



Source : SVD suivi CDA CG 69



- **Une répartition financière des éléments différente entre la PCH à domicile et la PCH en établissement**

Pour la PCH à domicile :

Dans le Rhône en 2007, conformément à la tendance nationale, la part des aides humaines représente la moitié des montants accordés (47%). Toutefois, elle diminue en 2008 pour atteindre 36% des volumes financés. La part des autres aides tend dès lors à augmenter entre 2007 et 2008.

Les aides techniques passent de 20% en 2007 à 24% en 2008. La proportion des aides techniques dans le Rhône est conforme à la tendance nationale. Les aménagements de logements, véhicules et les frais de transport passent de 32% en 2007 à 37% en 2008. Cette proportion reste très élevée par rapport au contexte national 2007, où elle représentait 18% des montants octroyés. Les charges spécifiques et exceptionnelles ainsi que les aides animalières restent à des montants très minimes dans le Rhône : entre 0 à 2%.

On remarquera qu'au niveau national, les charges spécifiques peuvent atteindre 10%, contrairement à ce qui se passe dans le Rhône : 1%.

**Figure 38 : Répartition en 2008 des éléments de la PCH domicile accordés en volume financier**

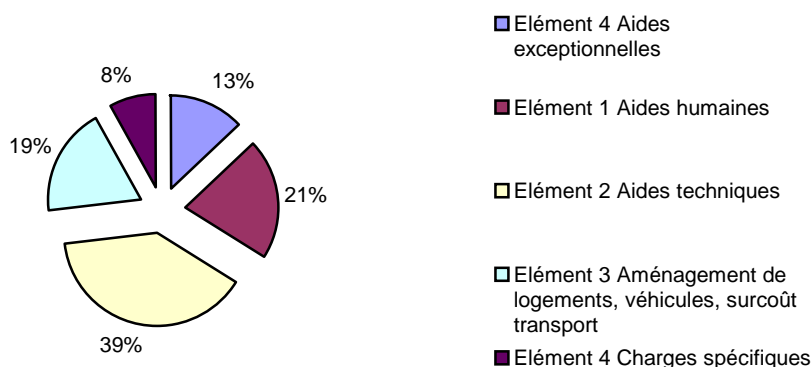


Source : SVD suivi CDA, CG 69

Pour la PCH en établissement :

Ce sont les aides techniques qui représentent la part majoritaire des éléments financés : 38% des montants accordés. Viennent ensuite les aides humaines (21%) et les aménagements de logement, de véhicule, et surcoûts de transport avec 19%. Enfin, les aides exceptionnelles et les charges spécifiques représentent respectivement 13% et 8%.

**Figure 39 : Répartition en 2008 des éléments de la PCH établissements accordés en volume financier**



Source : Service Vie à Domicile CG 69

### 2.7.3.2 Le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH)

Il intervient pour les bénéficiaires de la PCH, sans condition d'âge, à domicile ou en établissement ayant leur domicile de secours dans le Rhône. La très grande majorité des demandes présentées en comité vient des bénéficiaires de la PCH, soit 90 %, tandis que les bénéficiaires de l'AAEH ne représentent que 9,9 %.

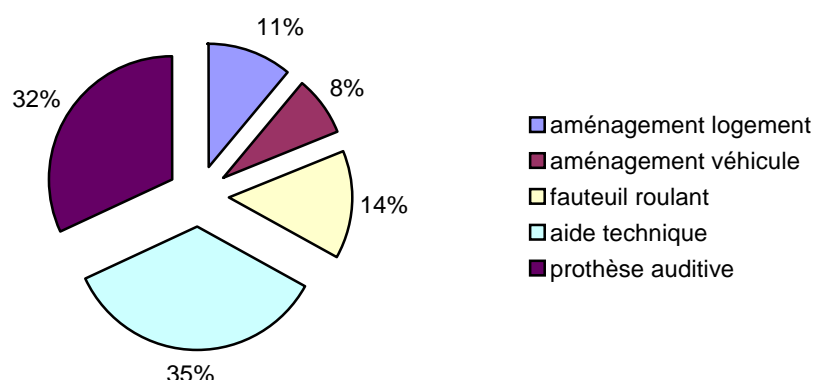
En 2008, 773 demandes ont été déposées au FDCH. La majorité des demandes portent sur les aides techniques, soit 54 %. Les fauteuils roulants représentent 10 % du total des demandes. Concernant les aménagements de logement et les prothèses auditives, ils représentent respectivement 14 et 13 % des demandes déposées. Enfin, les aménagements de véhicule restent minoritaires et représentent 9 % en nombre de demandes traitées.

En moyenne, 89 % des demandes traitées par le FDCH ont été acceptées.

Les aides techniques représentent la majorité des accords du comité de gestion du fonds. Ainsi, 35% ont reçu une aide en 2008, pour un montant global de 64 093 €. Les prothèses auditives constituent la deuxième grande catégorie, avec 32 % pour un montant global de 53 504 €.

14% des demandes accordées concernent l'achat de fauteuils roulants qui globalisent le montant le plus élevé, soit 127 592 €. Les autres types d'aides accordées pour les aménagements se répartissent comme suit : 11 % d'aménagements de logement pour un montant de 72 296 €, contre 8 % et 40 904 € pour les aménagements de véhicule.

Figure 40 : Répartition des demandes accordées par type d'aide en 2008



Source : Service Vie à Domicile CG 69

### 2.7.3.3 L'Allocation Compensatrice Tierce personne (ACTP)

Ce dispositif est remplacé par celui de la prestation de compensation, en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Cependant, les personnes admises au bénéfice de l'ACTP avant cette date pourront continuer à la percevoir, tant qu'elles en rempliront les conditions d'attribution et qu'elles en exprimeront le choix, à chaque renouvellement des droits<sup>120</sup>.

<sup>120</sup> <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2475.xhtml?&n=Personnes%20handicap%C3%A9es&l=N12&n=Aides%20financi%C3%A8res%20aux%20adultes%20handicap%C3%A9es&l=N202>

## 2.7.3.4 Données chiffrées PCH et ACTP

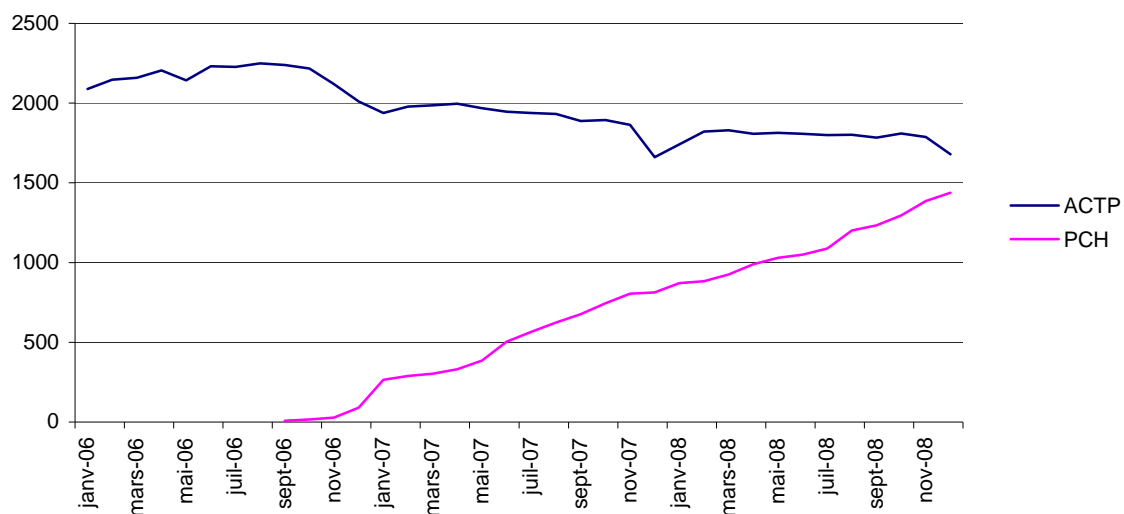
**Tableau 24 : PCH et ACTP en 2008**

	PCH		ACTP	
	Domicile <sup>(1)</sup>	Etablissement. <sup>(2)</sup>	Domicile <sup>(1)</sup>	Etablissement. <sup>(2)</sup>
Nombre de bénéficiaires ( en Déc)	2 370	40	1 908	1 161
Coût moyen versé au bénéficiaire	1 117 €	299 €	620 €	243 €
Montant total versé sur l'exercice	19,3 M€	0,3 M€	13,7 M€	3 M€
Nombre d'heures mensuelles attribuées	157 066 H			

(1) Source : Service Vie à Domicile et OD, CG 69

(2) Source : Service Etablissements PH et OD CG 69

**Figure 41 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH à domicile**



Source : Service Vie à Domicile CG 69

**Tableau 25 : Evolution des dépenses PCH et ACTP de 2004 à 2008**

	PCH Dom+Etab	AC Dom+Etab
2004	-	18,7 M€
2005	-	18,6 M€
2006	0,17 M€	18,6 M€
2007	9,6 M€	16,4 M€
2008	19,6 M€	16,7 M€

Source : Service Vie à Domicile, CG 69

## 2.7.4 Les problématiques et enjeux liés aux prestations dans le Rhône

- **Amélioration du service rendu et accompagnement de la personne**

L'amélioration du service rendu au public en matière de PCH est une préoccupation essentielle. Il s'agit de réduire à la fois les délais d'instruction et de paiement. On constate une sous-utilisation des plans d'aide résultant de la difficulté pour les personnes à trouver un service d'aide à domicile ou d'une mauvaise adaptation aux besoins réels de la personne. Un des éléments de réponse face à ce problème est d'apporter un meilleur accompagnement dans la gestion des aides accordées : conseiller la personne dans le choix du type d'intervenant dès l'évaluation, mettre en place un suivi du plan dès la décision de la CDA, orienter et accompagner la personne si elle rencontre des difficultés pour réaliser son plan. D'une manière générale, la volonté du Département est de limiter les trop perçus pour rendre un meilleur service à la personne.

- **L'évaluation**

La loi qui a institué la pluridisciplinarité de l'évaluation a engagé un changement profond en la matière. Dans les MDR, les équipes médico-sociales d'évaluation devraient à l'avenir renforcer la pluridisciplinarité de l'évaluation dans ses dimensions sociales et environnementales.

Ainsi un ergothérapeute a récemment intégré la MDPH et cette profession, qui apporte une plus-value à l'évaluation, devrait renforcer l'expertise des équipes d'évaluation.

Une réflexion est en cours concernant la fonction d'évaluateur unique qui pourrait être portée par des professionnels de métiers différents (infirmière, ergothérapeute et travailleur social). Au sein des équipes pluridisciplinaires locales, chaque professionnel apportera son expertise métier.

Rhône : <http://www.rhone.fr/>

## 2.8 L'avancée en âge

### 2.8.1 Des besoins spécifiques et divers

- **Les personnes handicapées vieillissantes de plus en plus nombreuses**

Elles bénéficient comme le reste de la population d'une espérance de vie plus longue. Le gain d'espérance de vie est plus marqué chez les personnes ayant un handicap mental et les personnes avec polyhandicap. Celles-ci atteignent désormais l'âge de 60 ans alors qu'il y a 20 ans, l'espérance de vie de ces personnes ne dépassait bien souvent pas la trentaine. Pour les personnes atteintes d'une déficience ou d'un handicap sensoriel, cognitif ou moteur, la courbe d'espérance de vie suit celle du reste de la population dans la même proportion.

Une personne handicapée vieillissante est donc une personne qui a connu une situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement.

- **Un accompagnement qui s'inscrit dans le temps**

Le vieillissement des personnes handicapées survient plus précocement qu'en population générale.

Ce vieillissement a des conséquences spécifiques pour la personne handicapée elle-même mais impacte aussi l'environnement familial, notamment les parents eux-mêmes confrontés au vieillissement. Les familles sont souvent confrontées à des situations d'urgence (hospitalisation, décès d'un des parents, absence de relais familial...) qui nécessitent la recherche d'une solution pour la personne handicapée.

- **Des besoins spécifiques et multiples**

L'augmentation des personnes handicapées avancées en âge a des conséquences directes sur le volume global des besoins en établissements et services. Ces personnes aux besoins spécifiques nécessiteront une adaptation qualitative de l'offre.

Lorsque le vieillissement de la personne handicapée devient plus marqué et l'empêche d'exercer son activité professionnelle (en emploi protégé ou en milieu ordinaire) se pose la question de l'accompagnement dont elle a besoin:

- Soit rester dans l'établissement d'origine en proposant un accompagnement ;
- Soit intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées qui nécessite une prise en charge spécifique pour les personnes de la tranche 45 ans et 60 ans.

A l'heure actuelle, ces deux solutions ne sont pas totalement satisfaisantes. Dans le premier cas, les équipes ne sont pas toujours formées à la perte d'autonomie liée au vieillissement. Dans le second cas, les professionnels ne disposent souvent pas de connaissance suffisante sur le handicap.

### 2.8.2 L'offre dans le Rhône

Pour répondre à la question du vieillissement des personnes handicapées, plusieurs pistes sont possibles dont l'accueil en établissement. Les professionnels et usagers approuvent l'idée de solutions diverses à proposer selon les individus et leurs désirs et parcours de vie : maintien dans des structures spécialisées du champ du handicap pour des handicaps spécifiques (surdité), intégration dans la filière gériatrique pour d'autres.

Dans le cadre des structures pour personnes handicapées, deux solutions sont possibles : l'adaptation de structures existantes ou la création de places au sein d'unités dans les établissements.

- **L'adaptation de structures existantes et la création de places**

Les études de population réalisées en établissement d'hébergement pour la création de places est un outil pertinent dans le cadre du repérage des besoins des personnes handicapées vieillissantes.

- 15 nouvelles places ont été autorisées entre 2004 et 2008 suite à une transformation de foyer d'hébergement en foyer de vie,
- 54 places ont été autorisées et installées sans transformation de la structure mais en adaptant le projet d'établissement,
- 73 places ont été autorisées et installées suite à une médicalisation du foyer de vie.

- De nombreuses places ont été créées :

- 29 nouvelles places ont été autorisées et installées dans les accueils de jours pour travailleurs vieillissants à mi-temps,
- 18 places sont autorisées dans les accueils de jours,
- 165 nouvelles places autorisées dont 101 ont été installées dans les foyers de vie,
- 88 nouvelles places autorisées dont 31 ont été installées dans les foyers d'accueil médicalisées.

- **Des réponses avec les établissements de personnes âgées**

Les établissements pour personnes âgées ont toujours accueilli des personnes handicapées vieillissantes, encore plus sur ces dernières années. Cet accueil s'opère par la mise en place de deux dispositifs différents :

- Le transfert de structures personnes âgées vers le secteur personnes handicapées avec maintien des gestionnaires issus du domaine des personnes âgées. Ainsi, 44 places autorisées pour 39 installées,
- Des projets de création spécifiques avec places dédiées aux personnes handicapées adossés à des établissements pour personnes âgées. Ainsi, 36 places autorisées dont 28 installées.

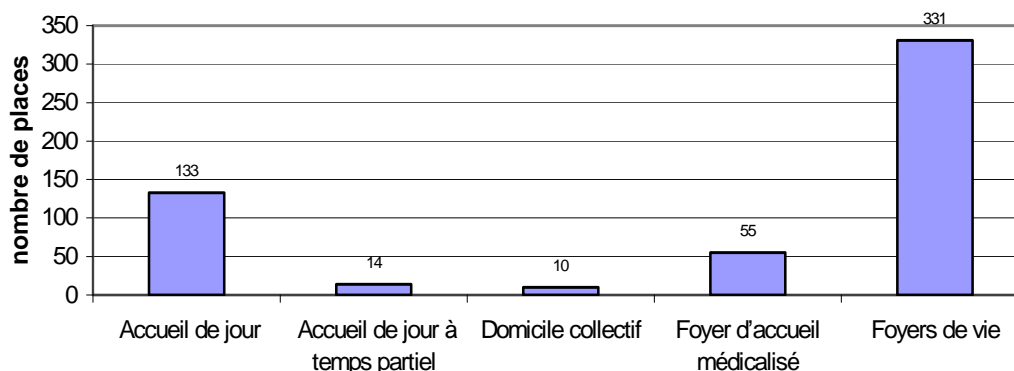
- **De très nombreuses places autorisées et installées de 2004 à 2008**

Entre 2004 et 2008, 471 nouvelles places en unités spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes ont été autorisées, dont 285 places installées. Par ailleurs, depuis 2004 et pour faire face au nombre croissant de personnes handicapées vieillissantes, le Département a procédé à la création de structures pour personnes handicapées (ou d'unités au sein d'établissements) ayant un projet spécifique d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ou âgées. Ces structures peuvent être médicalisées si besoin.

- **Une répartition par type de structure des personnes handicapées vieillissantes**

Au 31 décembre 2007, on compte 543 places pour personnes handicapées vieillissantes ou âgées, tous types de handicap confondus, sur le département du Rhône. Ces places se répartissent comme suit :

**Figure 42 : Répartition des places par type de structure pour personnes handicapées vieillissantes ou âgées**



Source : Service Etablissements PH CG 69

### 2.8.3 Les problématiques dans le Rhône

La principale problématique à laquelle sont confrontés les familles, les services départementaux et la MDPH est celle du placement en urgence suite au décès et/ou au vieillissement d'un ou des parents.

La connaissance de ces situations pourrait être améliorée d'abord pour les prévenir, ensuite pour les accompagner dans de meilleures conditions lorsqu'elles surviennent. Même si elles ne sont pas quantifiées, on estime que leur nombre pourrait être relativement important du fait qu'un certain nombre de personnes handicapées vivent à domicile sans forcément recevoir de prestations. Ces situations s'ajoutent à celles, connues, qui reçoivent des prestations. Dans ce cadre, la connaissance de l'ensemble des situations permettrait d'organiser les conditions d'un accueil progressif dans le dispositif spécialisé personnes handicapées ou dans certains cas dans le secteur personnes âgées.

Enfin, la solution proposée doit prendre en compte la personne dans son ensemble, c'est à dire ses besoins individuels notamment en matière de médicalisation, besoins qui ne sont pas présents chez toutes les personnes.

- **Un manque d'information des personnes et de leur famille**

Il existe un manque d'harmonisation et d'information de l'offre détaillée des possibilités départementales et régionales pour les personnes handicapées vieillissantes et leur famille. Une amélioration à ce niveau pourrait permettre notamment de préparer les familles aux aléas du vieillissement et de choisir les solutions adéquates.

- **En établissement**

Le projet de vie des personnes handicapées vieillissantes peut ne pas se réaliser pour différentes raisons :

- Un manque de places lié au délai important entre autorisation et installation limite leur accueil en établissement. Les délais entre l'accord et la construction de l'établissement sont souvent longs ce qui retarde l'ouverture de nouvelles places ;
- Certaines personnes souhaiteraient vivre dans le même établissement toute leur vie. Un changement d'établissement passé 60 ans peut se révéler difficile pour certaines d'entre-elles. Alors que la tendance est plutôt au changement d'établissement une fois passés les 60 ans, les possibilités offertes aux personnes qui ne souhaitent pas changer d'établissement sont limitées ;
- Le départ à la retraite d'une personne qui travaille en atelier protégé ou en ESAT entraîne en principe un changement de lieu de vie. Ce lien entre travail et lieu de vie pose parfois

des difficultés, notamment lorsque ce n'est pas le choix de la personne ou lorsque la personne vit en couple et que le conjoint continue de travailler et reste dans la même structure ;

- L'âge des personnes handicapées hébergées dans les établissements peut aller de 20 à 90 ans. Cette diversité dans les âges des résidents peut générer des difficultés de cohabitation ;
- Le changement d'établissement peut être bénéfique pour certaines personnes mais la mobilité inter-établissement est assez limitée.

CLEIRPPA : <http://www.cleirppa.asso.fr/>



### **3 PERSONNES AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES : DES AXES DE CONVERGENCE**

La création de la CNSA par la loi du 30 juin 2004 propose une nouvelle approche dite convergente à partir du rapprochement des dispositifs pour les personnes âgées et handicapées. Il s'agit de sortir des politiques sectorielles pour mieux prendre en compte la perte d'autonomie qu'elle qu'en soit l'origine et l'âge. A terme, il s'agira de d'envisager de sortir des dispositifs basés sur l'âge en proposant une évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie. Cette approche convergente n'exclut les spécificités de chaque population.

La création des maisons de l'autonomie vont dans ce sens. Les Maisons Du Rhône labellisées en CLIC et assurant les missions de la MDPH en terme d'accueil, d'orientation, d'évaluation et d'instruction s'inscrivent dans cette perspective. Les équipes médico-sociales sont assurent l'évaluation des besoins des personnes âgées comme des personnes handicapées.

En dehors de l'évaluation des besoins qui s'appuient sur une démarche commune aux deux populations (prise en compte du projet de vie dans ces aspects multidimensionnels), la convergence pourrait être amplifiée via les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Dans les établissements la convergence est déjà à l'œuvre au niveau du secteur post cure (SSR)

Par ailleurs, les principes de mutualisation, le partage de savoirs pour mieux agir, l'importance de « prendre soin » des personnes en perte d'autonomie âgée ou handicapée en leur reconnaissant un rôle d'acteur, le « développement de la connaissance au service de solutions de demain » vont dans le sens de principe de la convergence « sans confusion ».

Ce chapitre s'inscrit dans cette perspective en valorisant l'égal accès des personnes âgées et des personnes handicapées, à l'environnement (logement, transport et NTIC), aux services à domicile et aborde les problématiques l'aide aux aidants.

## 3.1 Une plus grande prise en compte des aidants

Avec l'augmentation des personnes âgées et le nombre croissant de personnes en difficulté d'autonomie vivant à domicile, les besoins en aide humaine se sont fortement développés ces dernières années. Les aidants familiaux jouent un rôle primordial mais peu d'études ont évoqué les difficultés spécifiques des aidants et les incidences sur leur santé.

La fondation Médéric Alzheimer qui a notamment réalisé une enquête<sup>121</sup> auprès des consultations mémoire affirme que l'engagement des aidants familiaux de personnes atteintes de MASA risque d'entraîner selon son intensité et sa durée, des conséquences sur leur santé : stress, troubles cardio-vasculaires, fatigue, troubles du sommeil, dépression, alcoolisme, consommation de psychotropes.

Hormis des connaissances sur les répercussions sur la santé, d'autres études récentes réalisées sur le plan national recueillent les divers besoins et difficultés des aidants familiaux<sup>122</sup>.

### 3.1.1 Un concept en évolution et en développement

- **Un concept de plus en plus connu**

Développé depuis les années 1990, le concept de l'« aide aux aidants » a été de mieux en mieux cerné dans ses diverses dimensions :

- L'évaluation du fardeau de l'aidant par l'échelle de Zarit,
- Le concept de « coping », soutien individuel ou en groupe, kits aide aux aidants de malades Alzheimer,
- Les offres de répit :
  - Des groupes de soutien sous différentes formes et cadres, exemple : *Café mémoire* accueillant aidants -aidés,
  - Le remplacement ponctuel de l'aidant principal à domicile, exemple : Baluchon Alzheimer.

- **Une charte pour définir le rôle de l'aidant**

La Charte européenne de l'aidant définit l'aidant comme une personne non professionnelle qui vient en aide, à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. L'aide peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, vigilance permanente, soutien psychologique, activités domestiques, communication, coordination des intervenants.

Elle évoque la notion d'aide affective qui prend en compte l'histoire d'un lien, au-delà des ruptures ou même du décès. Cette aide dispensée par un aidant familial est en cela singulière et non comparable à celle assurée par des professionnels.

- **La désignation de l'aidant**

La personne aidée doit pouvoir exercer un choix libre et éclairé pour désigner l'aidant principal. Derrière cette formulation idéalisée, il est admis que dans 95% des cas, l'aidant est « désigné » ou « se désigne » de manière consciente (facteurs favorisant bien repérés socialement : disponibilité en terme de temps, habitat proche...) et inconsciente « transgénérationnelle ».

Devenir l'aidant est lié à certains facteurs favorisant (sexe, disponibilité, proximité, unicité, cohabitation, histoire...) et à des facteurs précipitants liés à des ruptures (maladies, décès).

---

<sup>121</sup> AQUINO Jean Pierre, FONTAINE Danielle. *La santé des aidants familiaux, la lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*. 2006.

<sup>122</sup> MACIF. *Connaitre les aidants et leurs attentes, étude nationale*. 2008.

Il est constaté que le cercle élargi des aidants familiaux s'implique moins ou pas du tout, hormis dans les situations extrêmes ou lors d'hospitalisations. L'aidant principal peut donc connaître un grand isolement au sein de sa propre famille.

De plus, la désignation de l'aidant est souvent « précipitée », en raison de la situation dégradée de l'aidé ou en situation de crise. L'aidant est alors confronté à une « *inversion de rôle* », inversion acceptée ou refusée, culpabilisante ou déstabilisante.

### 3.1.2 L'importance de l'aide familiale

La conférence de la famille de 2006 avait pour thème la promotion de la solidarité entre les générations prenant en compte l'allongement de la vie. Deux rapports ont été produits à la suite de cette conférence dont l'un propose des solutions pour reconnaître et soutenir les aidants familiaux : développement de dispositifs spécifiques de formation et d'indemnisation, ouverture de droits à la retraite et création du congé de soutien familial<sup>123</sup>. L'ensemble de ces informations est regroupé sous la forme d'un guide de l'aidant familial largement diffusé<sup>124</sup>.

### 3.1.3 L'aide aux personnes âgées : une solidarité prégnante

- **La famille comme principal aidant de la personne âgée devenue dépendante**

75 % des bénéficiaires de l'APA sont aidés par au moins un proche (un aidant unique dans 71 % des cas) et 68 % reçoivent une aide mixte provenant à la fois de leur entourage et de professionnels<sup>125</sup>. Les conjoints sont les premiers à intervenir lorsque le bénéficiaire vit en couple, les enfants ou beaux-enfants prennent le relais en cas de décès du conjoint ou séparation. 62 % des aidants sont des femmes dont l'âge moyen est de 58 ans, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants ou de beaux-enfants. L'aide de l'entourage est en volume deux fois supérieure à celle des professionnels : le volume quotidien d'aide pour les bénéficiaires recevant le soutien d'un seul proche est estimé à 5 h. Le recours aux professionnels s'amplifie et se diversifie à mesure que les difficultés de santé se répercutent dans la vie quotidienne. La durée de l'aide s'inscrit dans le temps, de 10 à 15 ans en moyenne.

- **Une implication des familles qui reste soutenue au-delà des dispositifs**

La mise en œuvre de l'APA a permis à un nombre accru de personnes âgées de bénéficier de l'aide de professionnels ou de renforcer une aide mixte déjà existante. Il s'agit d'une complémentarité entre les deux formes d'aide : aide familiale et aide professionnelle puisque l'APA n'a pas réduit l'aide dispensée par l'entourage, en lien avec les obligations morales sous-tendues par les liens de parenté et l'histoire partagée entre les personnes. Pour 83 % des bénéficiaires, les activités de l'entourage demeurent identiques.

- **Cas particuliers de l'aide aux personnes en forte perte d'autonomie**

Chez les aidants naturels de personnes âgées souffrant de troubles neuro-cognitifs, le sentiment d'usure augmente en volume selon l'évolution des incapacités de la personne aidée, dans un contexte d'incompréhension de la maladie et de l'attitude de cette dernière.

De manière générale, sentiments d'isolement, de culpabilité, d'inversion des rôles familiaux, manque d'aide professionnelle (ou nombre insuffisant), insuffisance de l'aide financière, inadaptation du logement, nécessaire réorganisation de la vie personnelle et professionnelle de l'aidant comptent parmi les principales difficultés repérées.

---

<sup>123</sup> Ce congé a une durée de 3 mois renouvelable une ou plusieurs fois dans la limite d'une durée de 1 an durant l'ensemble de la carrière professionnelle. Il permet de suspendre son activité professionnelle et garantit le retour à l'emploi.

<sup>124</sup> [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/aidant\\_familial.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/aidant_familial.pdf)

<sup>125</sup> DRESS n° 459 –janvier 2006

- **Perspectives quant aux aidants potentiels à l'horizon 2040**

Il est assez difficile de prévoir le nombre, le statut et la qualité de l'aide familiale à venir. Les études se positionnent de manière différente sur ce sujet.

Les projections de l'INSEE<sup>126</sup> montrent que les effectifs d'aidants potentiels de 40-60 ans par personne dépendante augmenteraient nettement moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes. La solidarité familiale pourrait diminuer en raison de la diminution du nombre potentiel d'aidants d'ici 2040 : baisse de la fécondité diminuant le nombre d'enfants aidants et fréquence des ruptures dans les couples diminuant la présence du conjoint.

Selon l'Observatoire Rhône-Alpes régional de la santé<sup>127</sup>, de nombreuses interrogations demeurent quant à l'éloignement des enfants du domicile des parents âgés, l'augmentation de l'activité féminine notamment, rendant l'évolution de l'aide informelle difficile à prévoir.

Selon le programme de recherche européen « FELICIE »<sup>128</sup>, la progression de la population dépendante de plus de 75 ans, malgré une amélioration nette de l'état de santé, devrait augmenter de plus de 40% d'ici à 2030. Mais dans la majorité des cas, elles disposeront potentiellement d'aidants familiaux. Les résultats européens montrent que durant les 25 prochaines années et quelle que soit l'évolution de l'état de santé, le vivier des aidants familiaux potentiels, composé des partenaires et enfants, va s'élargir et les populations les plus tributaires d'aide professionnelle (vivant seule sans possible soutien de la part d'un descendant ou susceptible d'être institutionnalisée) vont croître moins vite que l'ensemble de la population dépendante. Toutefois, le vieillissement de cette population, la croissance de la population masculine confrontée à la dépendance de leur partenaire et la plus grande survie de couples dont les deux membres souffrent d'incapacités, laissent présager un important surcroît de besoins d'aide d'ordre professionnel.

### 3.1.4 L'aide aux personnes handicapées

Très peu d'études ont été réalisées sur les aidants familiaux en dehors de quelques études sur les répercussions sur la santé.

Deux études, l'une à l'échelle de la région Rhône-Alpes (CRAM), l'autre sur le département du Rhône (CREAI), renseignent la question de l'aide aux personnes handicapées.

#### 3.1.4.1 L'étude CRAM : *Lésions cérébrales, regards croisés : (...)* *Implications pour la famille et la société*

Cette étude<sup>129</sup> a pour objectif de promouvoir les savoirs des personnes ayant su inventer des stratégies pour se reconstruire et de permettre un changement de regard de la société sur les personnes handicapées et leur famille. Les personnes cérébro-lésées participant à l'enquête ont le plus souvent désigné leurs parents comme proches à interroger, qui apparaissent comme les aidants principaux.

En première ligne dans la prise en charge du handicap, ces familles expriment des sentiments de souffrance, appréhension quant à l'avenir de leur proche handicapé, découragement, déprime mais aussi une capacité à aller de l'avant en maintenant des projets personnels ou en puisant dans des ressources extérieures (engagement associatif, recherche spirituelle...). Les conjoints de personnes cérébro-lésées semblent moins affectés que les parents du fait de la proximité des liens et de la vie en commun avec la personne cérébro-lésée.

---

<sup>126</sup> DUEE Michel, REBILLARD Cyril. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*. Paris : INSEE, 2006.

<sup>127</sup> ORS Rhône-Alpes. *Les personnes âgées en Rhône-Alpes – Evaluation de la prise en charge de la dépendance à l'horizon 2020*. Lyon : ORS, 2005.

<sup>128</sup> *Comment les personnes âgées seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes*. Programme coordonné par l'INED (Joëlle GAYMU) pour le volet français. In *Population et société* – n°444, avril 2008.

<sup>129</sup> CRAM Rhône-Alpes. *Lésions cérébrales, regard croisés : répercussions de la lésion cérébrale chez les personnes victimes d'un traumatisme crânien ou d'un accident vasculaire cérébral, implications pour la famille et la société*. 2005.

### 3.1.4.2 L'étude CREAM : *Besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivant à domicile*

Cette étude<sup>130</sup>, réalisée en 2009 à la demande du Département du Rhône dans le cadre du schéma 2009-2013, montre notamment que :

- **Les aidants**

Les aidants familiaux sont le plus souvent des conjoints (54%) ou des ascendants (34%). Les conjoints aidants sont dans plus de la moitié des cas (58%) des femmes en moyenne de 50 ans et les ascendants aidants sont presque toujours des femmes (80%) de 59 ans d'âge moyen, cohabitant avec la personne aidée dans la plupart des cas (87%).

- **Les aides**

Les personnes aidées par leur conjoint présentent plus souvent une déficience motrice ou une déficience viscérale ou métabolique et les personnes aidées par un ascendant présentent plus souvent une déficience intellectuelle.

#### **Un investissement important au quotidien qui s'inscrit dans la durée**

95% des aidants interviennent quotidiennement, 40% des aidants interviennent plus de 6 heures par jour et 45% sont aidants depuis plus de 10 ans. Cette donnée concerne 76% des ascendants et 30% des conjoints.

#### **De nombreux domaines d'interventions**

En moyenne, 7 actes de nature différente sont réalisés par les aidants. Les courses et les tâches domestiques et ménagères sont les actes dispensés par une majorité d'aidants (plus de 80%), devant les soins personnels, l'accompagnement aux visites médicales et l'accompagnement pour les sorties et promenades.

#### **Une spécialisation des aides en fonction du sexe et du lien de parenté de l'aidant**

Plus souvent, les femmes prodiguent les soins personnels, aident pour la prise de médicaments, pour la gestion du budget et les démarches administratives tandis que les hommes s'investissent davantage dans les activités en lien avec l'extérieur. Les ascendants aident plus souvent pour la prise de médicaments, la gestion du budget et les démarches administratives que les conjoints. Enfin, les enfants aidants interviennent davantage dans la coordination des aides professionnelles.

#### **Les aides professionnelles spécifiques et complémentaires**

40% des aidants familiaux sont l'unique intervenant auprès de la personne handicapée (ce taux dépasse 50% dans le cas où la personne aidée présente des troubles psychiques). Un aidant professionnel intervient dans 39% des situations (43% si l'aidant est le conjoint ; 35% si l'aidant est un ascendant). Enfin l'intervention d'un professionnel est complémentaire mais ne substitue pas à l'aide apportée par l'aidant familial dont l'investissement quotidien ne se réduit pas pour autant.

- **Les conséquences du rôle d'aidant**

Elles sont multiples :

- Un double sentiment de responsabilité / culpabilité récurrent chez les aidants,
- Une tendance à minimiser l'impact de leur rôle d'aidant sur leur vie personnelle,
- Des répercussions négatives sur :
  - leur santé physique et psychique (fatigue, épuisement),

---

<sup>130</sup> CREAM RHONE-ALPES. *Besoins et attentes des aidants familiaux du Rhône*. Lyon : CREAM, 2009.

- leur vie sociale (limitation des sorties, réduction du cercle relationnel, isolement),
  - leur vie personnelle (vie sentimentale, vie familiale, temps libre),
  - leur activité professionnelle (27% ont dû aménager leur activité professionnelle et 19% ont cessé leur activité),
  - leur revenu et niveau de vie.
- Une aide qualifiée d' « importante » par 46% des aidants, de « très lourde » par 20%, de « trop lourde » par 5%.

La charge est d'autant plus importante que la durée quotidienne d'aide augmente.

### • Difficultés, besoins et attentes des aidants

Les difficultés des aidants sont multiples et touchent à des domaines divers. On constate des difficultés à énoncer explicitement des besoins.

Les besoins exprimés portent sur :

- L'accès à une information claire, précise et compréhensible concernant la législation et les démarches administratives pour 53% des aidants,
- La formation au rôle d'aidant et d'information concernant le handicap pour environ un aidant sur cinq,
- Un soutien financier pour 48% des aidants,
- Des mesures de répit pour au moins 35%,
- Une écoute et du soutien pour 28%,
- Des besoins matériels souvent liés à l'aménagement du logement et à l'acquisition de matériel adapté pour 25%.

A côté de ce vécu de « sacrifice choisi », il apparaît que les aidants ont développé des savoir-faire auprès de la personne aidée et que ce savoir-faire gagnerait à être connu et reconnu par les professionnels ces derniers n'étant pas les seuls experts. Le partage des savoirs dans un esprit de co-construction améliore l'aide apportée à l'aidé.

L'ensemble des études sur le sujet montre des répercussions négatives sur la santé physique des aidants, leur vie sociale et personnelle, leur activité professionnelle, leur revenu et niveau de vie.

Il est désormais admis qu'il importe de prendre « soin » de l'aidant pour permettre un maintien à domicile dans des conditions satisfaisantes.

### 3.1.5 Les actions mises en place en faveur des aidants dans le Rhône

#### • Des actions spécifiques initiées par la DDASS pour les aidants, en écho au plan national *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*

Dans le document d'orientation 2008-2011, *Prise en charge médico-sociale des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer dans le Rhône*, la DDASS reconnaît le soutien aux aidants comme essentiel dans le cadre de la prise en charge des personnes atteintes. Le soutien peut être individuel ou collectif et la DDASS préconise de valoriser les actions :

- De l'UDAF : conception de formation/action pour les aidants de personnes âgées dépendantes,
- Du Département du Rhône : cf actions développées ci-dessous,
- De la CRAM : actions d'écoute et de soutien des aidants familiaux, formalisées dans un référentiel national sur l'ensemble du territoire départemental.

Le plan d'orientations départemental préconise également le développement de structure de répit et d'accompagnement à domicile et qui ont :

- Le repérage des aidants en difficulté,
- Le développement d'une offre d'aide aux aidants au travers de suivis individualisés,

- Le développement d'actions innovantes par le partage de l'expérience acquise et des formes nouvelles de répit sans que le proche quitte le domicile.

- **Le Département du Rhône investi dans des actions d'aide aux aidants dans le cadre des MDR-CLIC**

En complémentarité des permanences d'accueil et d'écoute des aidants et des familles par des médecins PA-PH ou des infirmières sur certaines unités territoriales, des actions d'écoute et d'orientation par un psychologue spécialisé sont mises en place dans quelques Maisons du Rhône en direction des aidants de personnes atteintes de maladies neuro-cognitives.

- **Les établissements pour personnes handicapées dans l'aide aux aidants**

De nombreux établissements et services ont pour souci d'écouter et de travailler avec les familles dans le cadre de pratiques d'entretiens, ou de groupes de soutien et de partage pour les aidants familiaux.

Certains ont mis en place une offre de séjour temporaire, de service de répit. La plupart développent des formules permettant une vie autonome (appartements dotés de services d'auxiliaires de vie toute l'année) tout en favorisant le maintien de liens familiaux si la personne handicapée le souhaite.

- **D'autres initiatives en faveur de l'aide aux aidants**

D'autres initiatives sont développées comme les cafés des aidants. Il s'agit de conférences-débats animées par un psychologue clinicien au cours desquelles des aidants d'un proche malade, d'une personne âgée dépendante ou d'une personne handicapée peuvent échanger des conseils ou des expériences. L'École des parents et des éducateurs de Lyon est le promoteur de cette activité. Le besoin d'échanges est manifeste et se concrétise notamment au travers le développement d'espaces d'échanges sur Internet (Blog...).

De plus, certaines associations montent des projets spécifiques d'aide aux aidants au domicile comme par exemple l'APF avec le projet Fenottes. Il s'agit d'un nouveau service d'aide au répit destiné aux aidants familiaux de personnes adultes handicapées moteurs vivant à domicile. Il permet aux aidants de prendre du répit durant quelques heures, en semaine ou en week-end, sans avoir à transférer leur proche dans un autre milieu que son domicile. Il est probable que cette initiative récente réponde à une demande croissante.

### 3.1.6 Les problématiques dans le Rhône

- **Les besoins des aidants encore peu pris en compte dans l'évaluation multidimensionnelle**

Selon les aidants de personnes handicapées, l'évaluation multidimensionnelle réalisée par les équipes médico-sociales des MDR pourrait être améliorée. Ces derniers souhaiteraient que leur situation soit davantage prise en compte dans le plan personnalisé de compensation.

- **Une pluralité de formes d'aides**

La tendance actuelle dans les deux champs, gérontologie et handicap, est à la dé-institutionnalisation. Il arrive que des retours à domicile avec un accompagnement sous-estimé déstabilisent l'équilibre familial, voire la réussite du projet de réinsertion à domicile. Des structures comme les SAMSAH montrent leur intérêt en matière d'aide aux aidants. En effet, ce dispositif apporte une aide médico-sociale qui favorise la réadaptation en douceur pour l'aidant et l'aidé réintégrant son domicile.

Le manque de places d'accueil de nuit temporaire en milieu urbain est également déploré.

- **Le besoin d'un lieu ressource centralisé**

Les aidants aspirent à trouver à l'échelon du Département un lieu unique d'information, apportant conseil, orientation et soutien personnalisé.

- **Des situations d'urgence en lien avec une rupture accidentelle de l'aide**

Il arrive que l'aidant soit indisponible pour des raisons médicales dans la plupart des cas (hospitalisations...). Aujourd'hui il n'existe pas de véritables solutions pour répondre à ces situations. Des propositions pourraient être développées comme des appartements thérapeutiques ou l'accueil familial dédié.

Guide de l'aidant familial : [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/aidant\\_familial.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/aidant_familial.pdf)

Charte européenne de l'aidant familial : <http://coface-eu.org/en/upload/WG%20HANDICAP/WG2-2009-Charte-FR.pdf>

Plan Alzheimer 2008-2012: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

Plan d'orientation DDASS: [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/rapport\\_alzheimer69.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/rapport_alzheimer69.pdf)

Etude MACIF: [http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/Etude%20FOP\\_Macif.pdf](http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/Etude%20FOP_Macif.pdf)



## 3.2 Un besoin d'information et d'adaptation des logements

### 3.2.1 Pour une approche globale de l'accessibilité au logement

L'espace de vie quotidienne est formé par le domicile, le quartier et la ville. « Chaque être humain habite et se projette » dans trois espaces que sont les espaces de l'intimité et de la singularité (chambre, domicile), de la vie collective de proximité (immeuble, voisinage, quartier...) et de la vie sociale citoyenne (la ville). La qualité de vie et la fréquence de ces rapports entre et au sein de ces espaces dépendent du mode de vie et des capacités sociales, physiques et intellectuelles<sup>131</sup> de la personne. On peut d'ailleurs décliner le concept d'accessibilité ainsi<sup>132</sup> :

- L'accessibilité sociale prend en compte les contraintes économiques, culturelles, éducatives et professionnelles qu'une personne rencontre dans la société ;
- L'accessibilité physique concerne les mesures qui permettent à la personne, quel que soit son handicap, de se déplacer, d'accéder et d'utiliser les équipements de la cité ;
- L'accessibilité intellectuelle permet aux personnes qui ont des déficiences mentales et cognitives de se repérer et s'orienter dans le temps et dans l'espace.

Le maintien à domicile concerne plus de 86% des octogénaires, qui souhaitent retarder le plus possible une entrée en institution et vivre chez soi malgré les handicaps. Selon Bernadette Puyjalon, la maison est continuité, à la fois signe et symbole face à la série de ruptures que va connaître la personne vieillissante. Garant de ce qu'était la personne au moment de sa pleine activité, le logement est le témoin des choix opérés pendant la vie active, elle est un repère à la fois temporel, permettant de fixer l'histoire familiale, et spatial, représentant la sécurité. La tendance est identique pour un nombre croissant de personnes handicapées qui font le choix d'une vie autonome dans un domicile adapté. Le logement est désormais reconnu comme un facteur déterminant de la protection sociale et de la citoyenneté<sup>133</sup>. L'environnement d'une personne est susceptible d'accélérer son vieillissement ou, au contraire, de lui offrir une nouvelle marge de liberté<sup>134</sup>.

Cependant la notion d'un seul domicile historique (lié à l'histoire de la personne) est appelée à évoluer. Le domicile privé peut s'étendre à d'autres formes d'habitat choisi notamment dans le même quartier afin de maintenir les repères et les liens sociaux de la personne.

La prise en considération de la prévision du nombre important de personnes âgées dépendantes est nécessaire. En effet, ces prévisions impacteront la demande de logement adapté et accompagné<sup>135</sup>. Inversement, l'adaptation de l'environnement architectural influence largement le degré de dépendance : une pensée globale de l'aménagement urbain et architectural doit donc être développée. Il s'agit de renforcer une approche évolutive depuis l'habitat adapté à l'établissement en passant par des formules mixtes et souples, en lien avec une offre de services et de transports favorisant le lien social.

### 3.2.2 De forts besoins en matière d'accès au logement adapté

#### • Un besoin d'information sur le logement

Le besoin d'information en matière de logement, et plus particulièrement de logement adapté, est très fort et en augmentation.

A titre d'exemple, l'ADIL note un accroissement significatif du nombre de personnes de plus de 60 ans, à la recherche d'une information spécialisée (10 % du public total, soit 3 000 personnes et 500 personnes handicapées). Le CRIAS Mieux Vivre, Centre d'Information et de Conseil en Aide

<sup>131</sup> MECHKAT, BOULDIN. *L'habitat des personnes âgées : une solution innovante*. Documents Cleirppa, cahier N°30, 2008.

<sup>132</sup> COMPANY Soraya. *Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation*. Héricy : Editions du puits fleuri, 2008.

<sup>133</sup> COMITE NATIONAL DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES. *La question du logement des retraités et personnes âgées*. 2006.

<sup>134</sup> GUERIN Serge. *La société des seniors*. Paris : Ed Michalon, 2008.

<sup>135</sup> Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés. *Le mal logement des personnes âgées un phénomène sous estimé*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2009.

Technique, propose une expertise en matière d'adaptation du logement et présente une liste d'attente de 200 visites à domicile.

- **Un besoin de logement**

Il existe aussi un besoin important en matière de logement. Il n'existe pas actuellement de base de données unique enregistrant la demande de logement social, mais des travaux sont en cours pour avancer sur ce projet.

Plusieurs sources peuvent donner une indication de cette forte demande. Par exemple, en 2007, 57 000 demandes de logement social ont été enregistrées dans le Rhône alors que seulement 3 000 logements sociaux neufs sont construits chaque année dans l'agglomération lyonnaise, tous bailleurs confondus. La demande en matière de logement reste insatisfaite pour un grand nombre de personnes : 50 000 demandes de logement social restent en attente.

Selon une enquête de 2002, 13 % des ménages âgés de plus de 60 ans habitaient le parc social<sup>136</sup>.

Dans son discours au congrès du Fonds Social Logement (FSL) en avril 2009, le président de l'Union Sociale de l'Habitat (USH) a indiqué une tendance nouvelle dans les demandes de logement social : celle des personnes proches de l'âge de la retraite, vivant dans le parc privé et s'adressant au parc social pour trouver un logement plus adapté à leurs futures ressources et plus adaptable au fil du temps.

- **Une demande de logement adapté**

L'enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance) renseigne sur les difficultés des personnes dans leur logement et sur les facteurs d'inaccessibilité.

Le nombre de personnes rencontrant des difficultés pour accéder de la rue au bâtiment et/ou de l'entrée du bâtiment au logement est estimé à environ 1,1 million<sup>137</sup> en France. Près de 60 000 personnes se disent confinées dans leur logement pour des raisons de santé, ce qui peut être aussi lié à un manque d'accessibilité ou d'aménagement.

La majorité des personnes rencontrant des difficultés d'accès à leur logement sont des personnes âgées (60 ans et plus). 71% des personnes avec déficience attribuent exclusivement ces difficultés à leur état de santé. L'escalier est l'obstacle le plus fréquemment indiqué comme cause de difficulté. Le franchissement des portes d'entrée est également un facteur très important de difficulté.

Les personnes les plus touchées par ces difficultés d'accessibilité sont d'abord les personnes avec plusieurs déficiences physiques suivies des personnes avec des déficiences physiques et mentales et suivies des personnes avec des déficiences exclusivement motrices. Les difficultés d'accès à toutes les pièces d'un logement sont également présentes chez de nombreuses personnes. Près de 650 000 personnes expriment un besoin d'équipement adapté.

En matière de handicap psychique, la Coordination 69 Soins psychiques et réinsertions fait le constat d'une très grande difficulté d'accès au logement de droit commun, corroboré par tous les services sociaux. Le fait que la moitié des personnes handicapées psychiques vivent chez leurs parents illustre la difficulté d'accès au logement ordinaire.

- **La demande de logement adapté devrait croître dans les prochaines années**

La demande de logement adapté et la demande d'adaptation de logement devraient croître dans les prochaines années pour plusieurs raisons. Les personnes âgées souhaitent rester à leur domicile le plus longtemps possible, en prenant parfois quelques risques. Mais lorsque la vie à domicile n'est plus possible, la recherche d'un établissement peut être retardée en raison du coût élevé de la prise en charge institutionnelle. Pour ces personnes du grand âge dont une part va devenir dépendante, une adaptation du logement est absolument nécessaire.

---

<sup>136</sup> DRIANT J-C, *La mobilité des personnes âgées dans le marché du logement : une approche dynamique – in Vieillesse de la population et logement : stratégies résidentielles et patrimoniales*. La documentation française, 2007

<sup>137</sup> BROUARD Cécile, ROUSSEL Pascale. *Handicap en chiffres 2005*. Paris : Editions du CTNERHI, 2005.

- **Des besoins différents et évolutifs en fonction de l'âge**

Le vieillissement des locataires du parc social va grandissant. C'est une donnée relativement nouvelle et qui va entraîner un besoin d'adaptation majeur de ce parc. Créer une offre mieux adaptée à la demande avec une offre de logements intégrés, accompagnés de services à la carte, prenant en compte les aspirations des personnes âgées en termes qualitatifs est un enjeu important.

La demande de logement social, liée en partie à la baisse du pouvoir d'achat, apparaît au moment de la retraite (6% des demandes). Elle existe aussi après 75 ans pour des personnes logées en maison individuelle cherchant à se rapprocher des services (2% des logements)<sup>138</sup>. A noter que les arbitrages pour l'attribution des logements sociaux ne sont généralement pas favorables aux personnes âgées souhaitant entrer dans le logement social. De manière générale, la priorité est donnée aux familles.

Il faut toutefois préciser que ces changements de logement ou leur adaptation sont peu nombreux avant 90 ans. Environ la moitié des personnes ayant changé de logement pour des raisons de santé vivent en appartement et sont des locataires<sup>139</sup>. Les propriétaires ont une plus faible probabilité de changer de logement ou d'envisager de le faire.

Au final, comparé à d'autres pays d'Europe du Nord, le taux de logements adaptés selon le niveau de handicap (faible, moyen, sévère) des personnes de 65 ans et plus est assez faible en France – de l'ordre de 15% du total des logements<sup>133</sup>.

- **Des besoins spécifiques d'accompagnement dans le logement en fonction du handicap ou des personnes**

Les personnes handicapées psychiques vivant dans un logement ordinaire, en général dans le parc social, bénéficient souvent d'une mesure de protection assortie d'une mesure d'accompagnement social<sup>140</sup>. De manière générale, tous les services sociaux constatent la très grande difficulté d'accès au logement pour ces personnes, difficulté qui retarde leur sortie des services hospitaliers ou des dispositifs de logement temporaire ou de réinsertion sociale. Le maintien dans le logement peut s'avérer complexe dès lors que peut survenir une crise ou un comportement inadapté. Un accompagnement de type médico-social est parfois nécessaire. Une formation/action à l'initiative du Grand Lyon, regroupant bailleurs de logement, secteur psychiatrique et associations de réinsertion par le logement, a contribué à favoriser l'accès au logement et à le maintenir.

Un parcours progressif passant par des logements intermédiaires pour un ré-apprentissage de l'autonomie peut être bénéfique avant retour à la vie normale avec logement de droit commun.

Le chemin peut également se faire en sens inverse, avec des personnes quittant un habitat de droit commun vers le logement social ou spécialisé, dû notamment à la perte de revenu.

### 3.2.3 Des offres qui se développent<sup>141</sup>

Le logement est un des droits fondamentaux réaffirmés par la loi du 11 février 2005 pour les personnes handicapées. Elle vise deux objectifs distincts mais complémentaires, relatifs à l'accès au logement: l'un conforte les dispositifs de maintien au domicile et l'autre organise les dispositifs de mise en accessibilité des logements<sup>135</sup>.

- **Une offre de logement adapté dans le Rhône**

Aujourd'hui, on méconnaît l'offre exhaustive des logements adaptés. Des logements sont proposés par les bailleurs sociaux et les bailleurs privés. Une réflexion et des actions sont menées par l'ensemble des bailleurs sociaux.

---

<sup>138</sup> FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. *Le mal logement des personnes âgées un phénomène sous estimé*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2009.

<sup>139</sup> BONVALET Catherine, *Vieillesse de la population et logement. Les stratégies résidentielles et patrimoniales*, La documentation française, 2007

<sup>140</sup> COORDINATION 69 SOINS PSYCHIQUES ET REINSERTIONS. *Contributions au schéma départemental PA/PH 2009-2013*. Lyon, 2009.

<sup>141</sup> KOMPANY Soraya. *Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation*. Héricy : Editions du puits fleuri, 2008.

Un dispositif mis en place par le PACT du Rhône est novateur dans le domaine de l'offre de logement adapté: ADALOGIS. Ce dispositif a pour objectif de faciliter et stimuler l'accès au logement des personnes à mobilité réduite ou en situation de handicap dans le respect de l'esprit de la loi du 11 février 2005. Il permet de qualifier la demande de logement adapté à tout type de handicap, de qualifier l'offre disponible, de proposer, aux demandeurs comme aux partenaires, un service de rapprochement entre l'offre disponible et la demande. Le dispositif s'appuie sur un site Internet. L'alimentation de la base de données des demandeurs se fait par les demandeurs et par le gestionnaire. L'alimentation de la base de données de l'offre de logements se fait par les bailleurs publics, privés, agences immobilières, partenaires de ADALOGIS ou par les réservataires. Aujourd'hui, on recense 150 demandes de logement adapté dans le cadre de la démarche ADALOGIS et 750 logements dans le parc public ont été adaptés par le PACT. Pour l'heure, cette démarche n'est pas généralisée auprès de l'ensemble des bailleurs sociaux.

- **« Habitat adapté » : une expérimentation à l'initiative du Département**

Sur la base de la prévision du vieillissement de la population, et plus largement de l'explosion de la demande de traitement à domicile, en lien avec des facteurs tels que l'accroissement des pathologies chroniques, la réduction des durées d'hospitalisation, le manque de moyens pour financer de nouveaux établissements, le nombre constant d'enfants handicapés, le Département du Rhône et l'APICIL ont décidé de lancer une démarche conjointe pour soutenir et développer l'offre de logements adaptés à la dépendance, quelle qu'en soit l'origine :

- Elaboration d'une charte du logement adapté, signée par le Département et l'APICIL mais aussi par les promoteurs-constructeurs, les bailleurs sociaux. Cette charte a pour objectif de produire un vaste programme de logements adaptés pour que tous ceux qui participent à l'acte de construire puissent créer, dans des immeubles d'habitation, un nombre significatif de logements adaptés destinés aux personnes potentiellement en perte d'autonomie ou dépendantes.
- Respect d'un cahier des charges définissant les caractéristiques techniques permettant l'adaptation du logement dès la construction.

Le Département s'engage :

- à favoriser la diffusion d'informations sur l'existence de ces appartements aux personnes concernées : associations de personnes âgées, de personnes handicapées, services d'aide à domicile, réunions d'information auprès des Maires ;
- à mettre en relation l'offre et la demande via une structure de collecte de fichier de personnes en demande (lancement de l'expérience). Les constructeurs privés et publics s'engagent à réserver 20 % de l'opération de construction pour les logements adaptés et à appliquer les normes techniques du cahier des charges.

Une association gestionnaire sera chargée, par conventionnement, de gérer le fichier des logements construits ou rénovés et de la mise en relation des locataires demandeurs avec les propriétaires privés et les bailleurs sociaux. La MDPH alimente le fichier des demandeurs.

- **Des travaux d'accessibilité et d'adaptation du logement qui apportent une vraie réponse**

Il est démontré que « plus fortes sont les déficiences, plus déterminant sera le rôle des dispositions architecturales dans l'économie générale des soins »<sup>142</sup>.

Différents travaux peuvent permettre le maintien d'une personne âgée et handicapée dans son logement. La liste n'est pas exhaustive, mais on note des travaux de cheminement extérieur, des élargissements ou des aménagements de places de parking, des modifications des parties communes à l'intérieur de l'immeuble, des travaux du logement (rampe, porte, suppression marche...). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, toute demande de permis de construire déposée doit respecter les règles de construction qui permettent de rendre le bâtiment accessible aux personnes handicapées sous certaines conditions<sup>143</sup>.

Les potentiels de réponse apportée par les technologies de type robotique/domotique sont très importants. Les bailleurs sociaux engagent actuellement une réflexion sur l'équipement des logements futurs en technologies de ce type.

---

<sup>142</sup> MECHKAT, BOULDIN. *L'habitat des personnes âgées : une solution innovante*. Documents Cleirppa, cahier N°30, 2008.

<sup>143</sup> KOMPANY Soraya. *Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation*. Héricy : Editions du puits fleuri, 2008.

Certains bailleurs sociaux réalisent des programmes de construction neuve en réservant un quota de logements pour les personnes en difficulté d'autonomie. Au-delà de la mise à disposition d'un logement adapté, cette formule présente l'avantage d'une mixité d'habitation et d'une localisation favorable (proximité, centre ville...). D'autres consacrent une enveloppe financière à l'adaptation de leur parc de logement ordinaire, sur demande du locataire (après estimation des besoins, adaptation des locaux sanitaires notamment).

La prise de conscience de la nécessité d'adapter rapidement un nombre important de logements pour la population en perte d'autonomie émerge fortement chez les bailleurs publics depuis quelques années. Dans le secteur, la préoccupation chemine également.

- **Les aides financières disponibles pour l'adaptation du logement**

Les personnes handicapées et les personnes âgées peuvent bénéficier de prestations financières prévues par la loi. Elles leurs permettent d'équiper et d'adapter leur domicile. Plusieurs aides financières complémentaires, et éventuellement cumulables, peuvent être attribuées sous conditions : aides destinées aux travaux d'équipement et d'adaptation du logement pour les personnes handicapées au titre de la Prestation de compensation du handicap et pour les personnes âgées dans le cadre du dispositif APA, aides de l'ANAH destinées à faire des travaux d'amélioration dans le logement, allocation de la CAF en cas de location et aides destinées à prendre en charge le coût de personnel d'assistance.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 a instauré plusieurs mesures en faveur du logement locatif. Des crédits d'impôts sont également possibles pour des travaux d'adaptabilité. Enfin, plusieurs travaux d'accessibilité de l'immeuble ou d'accessibilité et d'adaptation du logement sont déductibles de la taxe foncière.

**Tableau 26 : Nombre de logements adaptés au handicap par l'ANAH et montant des aides accordées dans le Rhône entre 2006 et 2008**

	Adaptation au handicap (propriétaires bailleurs)		Adaptation au handicap (propriétaires occupants)		Maintien à domicile (propriétaires occupants)	
	logements aidés	subvention Anah	logements aidés	subvention Anah	logements aidés	subvention Anah
2006	32	70 728 €	164	605 986 €	Non recensés	
2007	12	25 675 €	228	843 896 €	205	779 397 €
2008	15	47 944 €	369	1 321 464 €	356	1 388 953 €

Source : ANAH

- **La possibilité d'aides humaines pour l'accès au logement**

Des aides humaines à domicile permettent de contribuer à l'accès au logement.

- **Une information sur l'accès au logement**

Ces aides, qu'elles soient techniques ou financières, doivent être connues du public pour être accessibles. Les MDR-CLIC et la MDPH ont pour rôle de fournir cette information. D'autres organismes, notamment associatifs, jouent également ce rôle, mais souvent sur un registre beaucoup plus technique. Il s'agit de l'ADIL, du CRIAS Mieux vivre (CICAT), du PACT...

### 3.2.4 Les problématiques d'accessibilité au logement dans le Rhône

- **Des inégalités face au logement**

Aux très fortes disparités de revenus des retraités, s'ajoutent de profondes inégalités de patrimoine. Ces inégalités de patrimoine ont une « dimension générationnelle puisque les retraités les plus âgés qui ont accédé à la propriété disposent moins souvent d'un patrimoine »<sup>144</sup>. Il existe également une inégalité de genre face au logement. Les difficultés que rencontrent davantage les

<sup>144</sup> FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. *Le mal logement des personnes âgées un phénomène sous estimé*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2009.

femmes les obligent à faire des choix difficiles en matière de logement. Si 72,3 % des ménages de plus de 60 ans étaient propriétaires de leur logement en 2006, il s'avère que ces personnes ne sont pas protégées automatiquement du mal logement de par leur statut.

La propriété apparaît comme une source de difficultés pour les propriétaires âgés. En effet, le statut de propriétaire ne se traduit pas forcément par un important niveau de ressources ou par l'absence de difficultés financières<sup>145</sup>.

- **Une offre de logement insuffisante et difficile d'accès**

Le département du Rhône présente une offre insuffisante en logements, notamment sociaux. Si des difficultés apparaissent et que les personnes âgées veulent échapper à une logique de prise en charge institutionnelle, leur possibilité de trouver un logement est assez réduite.<sup>146</sup>

L'augmentation des loyers et des charges locatives, la baisse des allocations logement sont des difficultés rencontrées par bon nombre de personnes âgées et handicapées et renforcent la difficulté à rester à domicile. Par ailleurs, la question de la solvabilité des bénéficiaires de l'AAH n'est pas négligeable.

- **Une offre adaptée encore faible**

Ayant introduit de nouveaux critères d'adaptation, la loi de 2005 va probablement répondre à une part du problème concernant les constructions neuves. Pour le parc existant, la question est plus complexe. En effet, de par leur conception architecturale initiale, certains logements sont difficiles à adapter et le resteront.

De plus, le délai entre demande et réalisation des travaux du logement est souvent long, pour la personne. Parfois, l'évolution de la maladie est plus rapide que l'aide réalisée, et les aménagements, s'ils sont achevés, peuvent se révéler obsolètes et ne plus apporter l'aide escomptée.

Plus globalement, il faut savoir que le nombre de logements adaptés est relativement faible. De plus, ils sont rarement vacants.

De plus, la majorité des logements sont mal adaptés ou peu adaptés aux besoins actuels et futurs en matière de dépendance. Par exemple, en 1999, parmi les logements collectifs dans l'aire urbaine de Lyon, 40% ne bénéficient pas d'ascenseur soit environ 200 000 logements<sup>147</sup>.

Les procédures de demande de logement sont multiples et éparpillées, ce qui rend la recherche de logement adapté très complexe pour les usagers. L'orientation des personnes handicapées est difficile en l'absence de centralisation de la demande et de l'offre.

- **Une méconnaissance des besoins et de l'offre adaptée**

On constate une connaissance partielle et non rassemblée des besoins des demandeurs handicapés et âgés de la part des bailleurs et opérateurs. La connaissance en matière de besoins est dispersée et non structurée.

- **Une ébauche de coordination**

La coordination entre les différents acteurs qui interviennent auprès de la personne dans son maintien dans le logement (bailleurs sociaux, social et médico-social) reste faible. Le manque de liaison est reconnu par tous, même si un début de coordination se met en place avec la création d'un fichier unique de demande.

- **Des difficultés d'accéder aux aides d'adaptation du logement**

---

<sup>145</sup> FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. *Le mal logement des personnes âgées un phénomène sous estimé*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2009.

<sup>146</sup> CLEIRPPA. *Le parcours résidentiel des personnes âgées* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/article.php?id\\_article=181](http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/article.php?id_article=181)

<sup>147</sup> AGENCE D'URBANISME POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'AGGLOMERATION LYONNAISE. *Le vieillissement Atlas de l'aire urbaine de Lyon Approfondissement*. 2008.

Malgré les offres mises en place, force est de constater que « les locataires accèdent difficilement aux aides d'adaptation du logement »<sup>148</sup>. Différents facteurs rentrent en compte dont probablement le fait que les politiques publiques de l'habitat concernent davantage les propriétaires que les locataires.

D'une manière plus générale, les difficultés d'accès aux aides d'adaptation du logement sont probablement liées à un manque d'information des personnes sur ces aides et également un manque de moyens financiers sur l'accès de ces aides. En effet les adaptations de logement sont généralement onéreuses, et le reste à charge de la famille peut devenir un frein à la réalisation de travaux souvent indispensables.

« L'instauration d'une situation de dépendance contribue à générer des coûts nouveaux (non pris en charge socialement) qui peuvent rendre difficile le maintien dans le logement. Ceci interroge la crédibilité et l'efficacité des politiques de maintien à domicile, d'autant plus que les ressources des ménages concernés sont faibles »<sup>149</sup>.

- **Les limites du maintien dans le logement et du libre choix du logement adapté**

Dans le cas des personnes handicapées, lorsque la personne rencontre des difficultés d'ordre psychique, le maintien dans son logement ne se résume parfois pas à la seule présence d'une aide humaine ou d'une aide technique. Un accompagnement de ces personnes de type accompagnement social peut s'avérer nécessaire. Il semblerait que les moyens mis en place soient insuffisants.

Pour les personnes âgées, « l'explosion attendue des besoins d'accompagnement à domicile va vraisemblablement reporter sur les familles une large part de cette charge »<sup>143</sup>. Même si la volonté affichée est d'encourager le maintien à domicile, il existe de nombreuses inégalités de traitement. La principale est l'absence d'environnement familial ou social en capacité de se mobiliser auprès de la personne, comme c'est le cas pour l'accès à un établissement.

Le maintien d'une personne dans un logement ou le choix d'une personne d'emménager dans un logement adapté est une question complexe. La notion de libre choix est en partie limitée par les représentations des personnes et aussi par « l'éventail existant de possibilités dans un territoire donné ». Il faut noter qu'à l'inverse, les attentes des personnes peuvent s'avérer contradictoires et leur évolution rend complexe la solution à mettre en place.<sup>150</sup>

De plus, dans le cas des personnes âgées, les changements dans le parcours résidentiel sont souvent liés à une perte, alors que chez les personnes jeunes, ce changement est davantage synonyme de gain. « Pour les personnes âgées, cette perte est peut bien souvent se traduire par une trajectoire résidentielle descendante contrainte »<sup>143</sup> au cours desquelles les personnes doivent nécessairement faire des concessions.

- **Au-delà du logement adapté**

Il ne s'agit pas de construire des logements pour personnes âgées et personnes handicapées mais bien de produire un habitat ordinaire qui permet à ces personnes de les accueillir et de demeurer chez elles.

OPAC du Rhône : <http://www.opacdurhone.fr/>

PACT : <http://www.pact-rhone-alpes.org/>

ADIL : <http://www.adil.org/69/>

CRISAS Mieux Vivre : <http://www.crias.asso.fr/>

UNAFAM : <http://www.unafam69.org/>

<sup>148</sup> CLEIRPPA. *Le parcours résidentiel des personnes âgées* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/article.php?id\\_article=181](http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/article.php?id_article=181)

<sup>149</sup> FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. *Le mal logement des personnes âgées un phénomène sous estimé*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2009.

<sup>150</sup> GUERIN Serge, *Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens*, la documentation française, Paris, 2008.





## 3.3 L'accessibilité au transport

La loi du 11 février 2005 vise à favoriser une réelle intégration des personnes handicapées dans la cité. Les personnes handicapées comme les personnes âgées aspirent à plus d'autonomie et à rester à domicile le plus longtemps possible : le transport est un facteur qui y contribue largement.

Dans le domaine de l'accessibilité au transport, la loi oblige à prendre en considération toutes les natures de handicap : moteur, sensoriel, cognitif et psychique. Jusqu'à présent, la question de l'accessibilité concernait le plus souvent les personnes avec un handicap moteur et handicap sensoriel. Les handicaps psychiques ou cognitifs étaient peu pris en compte<sup>151</sup>.

La loi étend les obligations en matière d'accessibilité des transports collectifs à toutes les personnes à mobilité réduite, y compris les personnes âgées<sup>145</sup>. On entend par personnes à mobilité réduite les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes enceintes ou personnes avec des objets encombrants. C'est donc une grande partie de la population qui peut bénéficier de ces aménagements.

### 3.3.1 L'accessibilité de la chaîne du déplacement

Un environnement inaccessible est un frein pour les actes simples de la vie quotidienne, notamment pour se déplacer, se loger, travailler, apprendre ou encore vivre ses loisirs.

« Une personne handicapée dans un aménagement accessible est une personne valide; par contre, une personne valide dans un aménagement non accessible est une personne handicapée »<sup>152</sup>.

Le problème de l'accessibilité ne se résume pas à un problème d'accès aux transports. Il s'agit de prendre en compte l'ensemble de l'environnement depuis le logement en passant par la voirie et les modes de transports : on parle alors plutôt de chaîne du déplacement. Si avoir un logement accessible est indispensable pour une personne en perte d'autonomie, il ne faut pas que celle-ci en reste prisonnière parce que le reste de l'immeuble, les parties communes ou encore la voirie et les transports ne le sont pas. Les réseaux de transports accessibles ne sauraient, à eux seuls, apporter une réponse si la voirie pour y parvenir est encombrée par le mobilier urbain, ou que les trottoirs sont trop étroits, détériorés et non abaissés. On pourrait parler « d'accessibilité en autonomie ». Cette chaîne de l'accessibilité concerne les personnes à mobilité réduite.

Selon le Conseil de l'Europe, « par accessibilité, on entend l'accessibilité à un lieu, à des équipements et par extension à l'ensemble des services collectifs. Cette accessibilité est fondée sur la notion de «conception universelle» qui promeut l'application de normes et de technologies intégratives appliquées aux infrastructures et espaces pour une vie autonome de la personne et une réduction des obstacles à ses déplacements » (Résolution 227-2007) sur l'accès des personnes handicapées aux infrastructures et espaces publics)<sup>153</sup>.

Enfin, rendre accessible les transports pour les personnes à mobilité réduite, c'est aussi participer au développement durable, en favorisant des modes de transport plus respectueux de l'environnement.

### 3.3.2 Des difficultés et des besoins

Les besoins d'accès au transport des personnes âgées et personnes handicapées sont multiples et se rejoignent pour la plupart.

- **Des besoins différents en fonction du handicap**

---

<sup>151</sup> CERTU. *Les transports spécialisés pour personne à mobilité réduite et la loi du 11 février 2005 sur le handicap, Synthèse de l'atelier du 9 mars 2006*. 2006.

<sup>152</sup> GROSBOIS. *Handicap et construction*. Ed. du Moniteur, 1984.

<sup>153</sup> CONSEIL DE L'EUROPE. L'accès des personnes handicapées aux infrastructures et espaces publics [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1097121&Site=COE&BackColorInternet=DBCFC2&BackColorIntranet=FDCB64&BackColorLogged=FDCB64>

On peut distinguer l'accessibilité du transport par type handicap. En effet, les obstacles à l'utilisation des transports ne sont pas les mêmes pour les personnes avec un handicap moteur, un handicap sensoriel ou un handicap psychique.

Concernant les personnes avec un handicap moteur (personnes en fauteuil roulant, personnes marchant difficilement...), les difficultés sont liées à la conception des espaces publics, des véhicules et de leur interface avec le quai, des bâtiments voyageurs et des équipements divers<sup>154</sup>.

Concernant les personnes avec un handicap sensoriel, les difficultés sont liées à l'information générale sur le réseau, l'information en temps réel pendant le voyage, l'information conjoncturelle comme la déviation temporaire d'une ligne, l'orientation à la sécurité, par exemple dans les bâtiments voyageurs (limites de quais, signalement de danger)<sup>148</sup>.

Enfin, pour les personnes avec un handicap psychique ou intellectuel, les difficultés concernent l'accessibilité de l'information, l'orientation dans un système complexe, la gestion du stress face aux perturbations. La complexité croissante des systèmes de transports le rend plus difficile d'accès à cette population<sup>148</sup>.

- **Des besoins spécifiques**

Plusieurs besoins spécifiques sont recensés en matière de transport :

- La présence d'un accompagnement humain. Cet accompagnement permet un maximum de souplesse pour l'individu et va donc au-delà de l'aménagement technique. Il est surtout évoqué dans le cas de personnes avec un handicap psychique ou sensoriel ;
- Le développement d'un transport de porte-à-porte ;
- Un besoin de souplesse, de réponses ponctuelles à un besoin personnalisé.

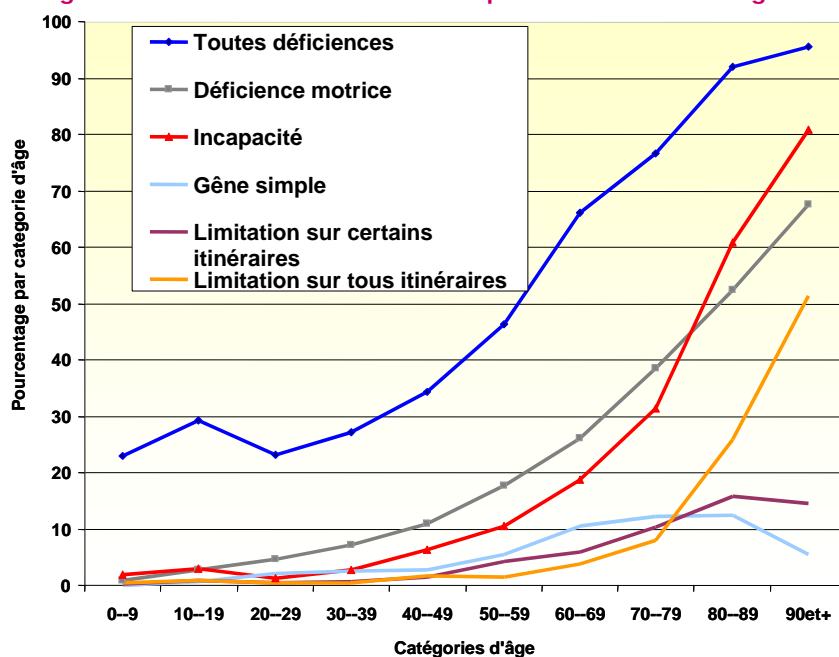
Les besoins en matière de transports peuvent être fluctuants en fonction de l'évolution de la maladie ou encore changeants en fonction de l'état psychique ou physique de la personne au quotidien.

---

<sup>154</sup> CERTU. *Les transports spécialisés pour personne à mobilité réduite et la loi du 11 février 2005 sur le handicap, Synthèse de l'atelier du 9 mars 2006*. 2006.

- **Des difficultés d'accès au transport**

Figure 43 : Difficulté d'accès au transport en fonction de l'âge <sup>155</sup>



Source : Enquête HID, 1999 Echantillon 16 500 personnes de tous âges, vivant à domicile

### 3.3.3 Vers une offre mieux structurée

La loi du 11 février 2005 définit les délais pour rendre les transports collectifs accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite et, par son article 45, instaure de nouveaux outils de planification que sont les *schémas directeurs d'accessibilité des services de transports urbains et les plans d'accessibilité de voirie et des aménagements des espaces publics*.

Le Département du Rhône a engagé une réflexion sur cette problématique prenant en compte une notion élargie du handicap, une volonté de traiter de l'intégralité de la chaîne des déplacements, une obligation de résultat dans le délai de 10 ans et la mise en œuvre de moyens de substitution appropriés en cas d'impossibilité de mise en accessibilité.

Il existe différentes offres de transports collectifs dans le Département, de type classique ou spécialisé.

- **Les transports classiques de plus en plus accessibles**

L'offre de transport classique sur l'agglomération lyonnaise s'est progressivement adaptée aux personnes avec un handicap moteur.

- **Les transports spécialisés pour une réponse individualisée**

Le Transport à la Demande Zonal (TAD Zonal) est un nouveau dispositif de transport développé par le Département. Le principe du TAD zonal est d'offrir un service qui réponde aux objectifs de la loi sur l'accessibilité en remettant dans le champ de l'autonomie des PMR ne pouvant consommer du transport, mais de façon plus globale, de:

<sup>155</sup> DEJEAMMES Maryvonne, RICHARD Edmée. *Accessibilité des transports, personnes âgées et personnes handicapées*. CERTU 2008.

- Permettre les déplacements locaux sur de courtes distances (desserte des zones rurales peu denses) ;
- Rabattre le flux de voyageurs vers les lignes régulières plus importantes et les autres points pertinents (pôles multimodaux, pôles commerciaux, de santé, etc).

Optibus est un service public de transport à la demande de personnes à mobilité réduite avec accompagnement de porte-à-porte. Il est réservé aux personnes présentant un handicap visuel ou moteur ne leur permettant pas d'utiliser le réseau de transports publics TCL et dont le transport n'est pas pris en charge par un organisme<sup>156</sup>. Le service Optibus est un service public exploité par la société Interhône-Alpes, pour le compte du SYTRAL. Il dessert le territoire de la communauté urbaine de Lyon, soit 55 communes et 7 communes limitrophes.

En dehors d'Optibus, il existe deux types de services. Le premier est un service semi-public hors COURLY qui offre un transport de porte-à-porte, en véhicules aménagés, de personnes présentant des handicaps moteurs ou visuels et souhaitant se déplacer en dehors du périmètre TCL.

Le deuxième type est constitué par les services privés des transporteurs disposant de véhicules adaptés au transport des personnes en fauteuil roulant et pouvant proposer des déplacements courte ou longue distance sur devis. Certains ont une convention avec la sécurité sociale pour assurer les transports de soins<sup>157</sup>.

Concernant l'accompagnement, le service MOBIGHIP propose un accompagnement hors du domicile pour les personnes à mobilité réduite ayant des difficultés à se déplacer seules dans la ville de Lyon ou les communes avoisinantes. L'accompagnement s'effectue pour tout motif et peut également concerner un déplacement en transport en commun ou sur le réseau Optibus<sup>151</sup>.

Des initiatives municipales ou associatives émergent à titre expérimental telles que le Cyclopousse ou Mobisenior.

- **Les aides financières pour le transport**

La PCH intègre la compensation dans le domaine du transport notamment au travers l'aménagement de logement et de véhicule et les surcoûts liés au transport.

Certains collectivités locales ont mis en place des *Chèques domicile liberté* pour la Ville de Lyon pour permettre la mobilité.

### 3.3.4 Les problématiques dans le Rhône

- **Une relative méconnaissance des besoins**

Malgré les différentes offres développées sur le département, des populations demeureront « exclues » du dispositif de transport et des zones resteront non couvertes. C'est pourquoi le Département envisage de créer le TAD Zonal. Pour cela, une étude des besoins non couverts est nécessaire.

- **Une faible coordination et information sur l'offre**

Il existe différents acteurs institutionnels en charge du transport avec une sectorisation de leur champ d'intervention. Le partage des zones d'activité entraîne un défaut de coordination entre les services qui peut gêner l'utilisateur. La question extrêmement prégnante dans les débats actuels de l'intermodalité est soulevée ici.

La Région Rhône-Alpes, le Grand Lyon, les départements du Rhône et de l'Isère et 3 AOTU (Lyon, Vienne et Villefranche) ont signé le 5 septembre 2005 un plan d'action visant à favoriser l'intermodalité à l'échelle de l'aire urbaine lyonnaise. Ce projet de Réseau Express de l'Aire urbaine Lyonnaise (REAL) gravite autour du TER et prévoit de développer simultanément l'offre de

<sup>156</sup> OPTIBUS. Optibus.fr [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : <http://www.optibus.fr/>

<sup>157</sup> VILLE DE LYON. *Les transports en commun* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.lyon.fr/vdl/sections/fr/social/ville\\_accessible/a\\_les\\_deplcmt/?aIndex=1](http://www.lyon.fr/vdl/sections/fr/social/ville_accessible/a_les_deplcmt/?aIndex=1)

transport et d'aménager les correspondances entre les réseaux. Le projet REAL est composé de 21 actions sur 80 gares du périmètre et les 11 axes ferroviaires ainsi que de 6 grands projets (Halte Jean Macé, traversée de la gare Part-Dieu, Ouest Lyonnais, Lea/Leslys et aménagement de la liaison Lyon-Bourg en Bresse)<sup>158</sup>.

Le projet REAL devrait permettre une information via Internet sur les différents modes de transports collectifs dont une visualisation possible du transport adapté. Cette possibilité, à l'état de démarrage, répondrait à une forte préoccupation de centralisation en matière d'offre de transport adapté. Cela représente un enjeu considérable et les travaux sont importants. L'idée d'une plate forme de coordination à l'échelon régional semble émerger. Dans le même temps, c'est une information de proximité qui est demandée. Les MDR pourraient être le relais local de cette information. Citons enfin le projet Multitud' à visée régionale dont l'objectif est de centraliser l'information nécessaire aux usagers des 12 réseaux de transport collectif. Deux outils ont donc vu le jour dès 2003 : un plan papier et un site internet portail.

- **Un manque d'adaptation de l'offre aux besoins**

Le manque d'adaptation de l'offre est une préoccupation actuelle aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Si les aménagements nécessaires pour répondre aux besoins de chaque population de handicap sont clairement identifiés, ces aménagements peinent et mettent du temps à être réalisés par manque de budget, et par l'ampleur des modifications à entreprendre. Par exemple, il manque du mobilier urbain, comme des bancs, pour attendre le transport.

Au niveau qualitatif, le manque de sensibilisation des agents de services de transport au handicap est un des éléments qui pose problème aujourd'hui dans l'accessibilité au transport.

L'adaptation de l'offre suscite toutefois des interrogations et présente encore des zones d'ombre. La solution du porte-à-porte semblerait la plus adaptée, mais là encore, elle n'est pas forcément réaliste et réalisable aujourd'hui.

Par ailleurs, des difficultés d'aménager les petites communes sont constatées. Cela est dû entre autres à l'importance des coûts d'aménagement des lieux publics, culturels et de commerce avec un retard important à rattraper.

On note plus spécifiquement des difficultés pour les personnes travaillant en ESAT et pour lesquelles le lieu de travail est éloigné du lieu d'habitation.

Au final, il s'agit de répondre à la diversité des capacités fonctionnelles des personnes âgées ou handicapées, en favorisant la facilité d'usage des transports collectifs mais également la facilité d'accès aux arrêts et aux véhicules de transports.

- **Une chaîne de déplacement parfois rompue**

La question de l'efficacité de la chaîne de déplacement est fondamentale pour une réelle accessibilité des transports. La prise en compte de cette chaîne est encore souvent partielle et un seul maillon manquant rend le transport inaccessible. Par exemple, des pannes d'ascenseur sur le réseau des transports en commun, l'absence de revêtement anti-dérapant dans le réseau métro ou un mobilier urbain trop dense constituent des entraves à l'effectivité de la chaîne.

- **Un cloisonnement des populations**

Aujourd'hui, on constate un certain cloisonnement de l'offre en transport adaptée et en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Des avancées importantes ont été réalisées ces dernières années en matière d'accessibilité pour les personnes avec un handicap moteur. La problématique importante aujourd'hui est d'améliorer l'offre en transport accessible aux personnes avec un handicap psychique ou cognitif et d'élargir l'offre aux personnes à mobilité réduite, en particulier les personnes âgées, jusqu'alors exclues des dispositifs de transports adaptés de type GIHP et Optibus.

---

<sup>158</sup> CERTU. *TER et intermodalité à Lyon : le projet REAL* [en ligne]. [réf. 25 mai 2009]. Disponible sur : [http://www.certu.fr/fr/\\_Syst%C3%A8mes\\_de\\_transports-n26/Transports\\_publics-n71/Transports\\_publics\\_regionaux-n703/TER\\_et\\_intermodalite\\_a\\_Lyon\\_-\\_le\\_projet\\_REAL-a778-s\\_article\\_theme.html](http://www.certu.fr/fr/_Syst%C3%A8mes_de_transports-n26/Transports_publics-n71/Transports_publics_regionaux-n703/TER_et_intermodalite_a_Lyon_-_le_projet_REAL-a778-s_article_theme.html)

- **La non-pérennité des projets innovants**

Quelques projets innovants en matière de transport personnes âgées ont montré leur intérêt. Ce sont souvent des projets de transports de proximité permettant une souplesse d'utilisation qui semble convenir aux besoins des personnes âgées en légère perte d'autonomie à un niveau local. Néanmoins ces dispositifs souffrent d'un manque de pérennité financière.

Association des maires du Rhône : <http://www.amr.mairies69.net/>

GIHP : <http://www.gihpnational.org/>

Optibus : <http://www.optibus.fr/>

Kéolys Sytral : [http://www.tcl.fr/index.asp?page=gestion\\_reseau](http://www.tcl.fr/index.asp?page=gestion_reseau)

Projet Multitud : <http://www.multitud.org>

### 3.4 Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC): un potentiel considérable de réponses nouvelles

Le champ des TIC est actuellement en plein essor en France comme en Europe et il ne se passe pas un jour sans que l'on voit publier de nouveaux rapports, émerger de nouvelles coopérations en matière de recherche ou de développement de nouveaux outils.

Il n'est plus à démontrer que les TIC peuvent apporter une plus-value en terme de sécurité, dans l'accompagnement au quotidien (confort, sécurité, aides techniques) mais aussi en préservant le lien social. Les TIC peuvent apporter des réponses pour compenser la perte d'autonomie.

Comme le souligne la recommandation n° R(98)9(1998) du Conseil de l'Europe : « Toutes les personnes dépendantes ou susceptibles de le devenir, quels que soient leurs âge, race, convictions et la nature, l'origine et le niveau de sévérité de leur état, doivent avoir droit à l'assistance et à l'aide requise pour pouvoir mener une vie conforme à leurs capacités réelles et potentielles, au niveau le plus élevé possible et, par conséquent, doivent avoir accès à des services de qualité et aux technologies les plus adaptées »<sup>159</sup>.

Le nouveau plan *France numérique 2012* propose plus de 150 actions, articulées autour de quatre priorités fortes:

- Permettre à tous les Français d'accéder aux réseaux et aux services numériques,
- Développer la production et l'offre de contenus numériques,
- Accroître et diversifier les usages et les services numériques dans les entreprises, les administrations, et chez les particuliers,
- Moderniser notre gouvernance de l'économie numérique.

Par ailleurs, la CNSA a prévu la section V pour financer des actions concernant l'application de nouvelles technologies au service de l'autonomie.

#### • Pourquoi rassembler les champs du handicap et de la gérontologie ?

Vincent Rialle<sup>160</sup> rappelle que les deux champs - handicap et gérontologie - procèdent de communautés différentes constituées autour de besoins sensiblement différents : ceux des personnes de tout âge en situation de handicap pour l'un, ceux des personnes âgées fragiles, malades ou en perte d'autonomie pour l'autre.

En matière de technologie, comme en d'autres domaines, il arrive fréquemment que ce dont un champ a besoin puisse être utile à l'autre. Un détecteur de chute de personne âgée vivant seule peut être utile à une personne plus jeune en situation de handicap. En revanche, un géolocalisateur (bracelet ou balise anti-disparition) permettant de retrouver une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ayant fait une fugue est plus spécifique de ce type de pathologie. Cependant, il peut se révéler pratique pour une personne se déplaçant en fauteuil roulant et souhaitant être géolocalisée en cas de difficultés lors de ses déplacements.

Bien que les deux champs représentent deux populations différentes avec des besoins divers, ils ne s'opposent nullement. Le domaine de la technologie est d'ailleurs caractéristique de la notion de convergence développée par la CNSA : un dispositif d'aide pouvant être utile aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées.

Pour le handicap, on parle d'«*assistive technology*» ou technologie d'assistance. Pour les personnes âgées on parle de gérontotechnologies.

---

<sup>160</sup> RIALLE Vincent, Maître de conférence, praticien hospitalier, Université Joseph Fourier et CHU de Grenoble

• **Apports des TIC dans le champ de la perte d'autonomie et dans les autres champs**

Un rapport sur les apports de la science et de la technologie à la compensation du handicap a été présenté à l'Assemblée nationale en juillet 2008 pour analyser les perspectives offertes au développement des nouvelles aides au handicap. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il n'est pas nécessaire de faire un inventaire exhaustif des aides techniques qui utilisent les TIC. Certains auteurs, dont R. Picard, proposent de classer les nouvelles technologies en fonction de leur utilisation.

Le rapport le plus récent de Vincent Rialle<sup>161</sup> reste un document de référence dans le domaine. Il s'agit d'un rapport commandé par Philippe Bas pour répondre aux personnes malades Alzheimer et à leur entourage en vue d'améliorer leur qualité de vie et la qualité des soins.

Les auteurs différencient les TIC en fonction des réponses qu'elles apportent à des besoins différents. Selon Lecomte, les aides techniques «médicales» de traitement, d'aide au traitement et de prévention sont à distinguer des aides techniques «sociales» d'aide à la vie, destinées à une déficience physique, sensorielle, mentale, psychique ou mixte d'origine constitutionnelle ou acquise, et aussi à une déficience avec séquelles dues à la chronicité d'une maladie, d'un état consolidé.

L'apport des TIC ne se limite pas à la compensation de la perte d'autonomie mais pourrait se développer dans le cadre de la coordination entre professionnels comme le Dossier Médical Personnel (DMP), ou le DPPR (Dossier Patient Personnel réparti) dans le cadre de l'information aux patients, dans le domaine de l'aide aux aidants ou de l'éducation thérapeutique, mais aussi dans le cadre de la mise en relation de personnes isolées à domicile ou en établissement avec des jeunes, des professionnels ou de pairs lors d'activités sociales ou culturelles. On peut citer l'exemple du projet « Page 2000 » développé au Canada depuis 1998.

Dans son rapport, R. Picard utilise le terme de « TIC santé ». Les TIC santé recouvrent différents champs dont la télé-médecine, la télé-santé, l'e-santé, l'e-inclusion, la santé personnelle. Chaque champ se recoupe en terme d'utilisation.

Dans le cadre du schéma, les TIC qui apportent des réponses pour les personnes handicapées et personnes âgées sont regroupées sous le terme de l'e-inclusion. L'e-inclusion et les outils correspondants ont pour finalité de favoriser le lien social, la communication, l'accessibilité, la qualité des soins et la compensation.

**Tableau 27 : Tableau de synthèse « e inclusion »**

AIDES TECHNIQUES TIC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthèse vocale et environnement Braille</li> <li>- Souris anti-tremblement</li> <li>- Téléphones adaptés</li> <li>- Terminaux braille, synthèse vocale...</li> <li>- Claviers virtuels</li> <li>- Système de communication pour les malentendants</li> <li>- Projet OLDES-ORDISSIMO</li> </ul>
DISPOSITIFS DE SURVEILLANCE SANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actimétrie (Sereoz-Viceneo-Actidom)</li> <li>- Géolocalisation (bracelet Colomb, Aloize)</li> </ul>
EDUCATION PREVENTION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erappe (Emedecis)</li> <li>- Mnésis</li> <li>- Sevrage tabagique</li> <li>- Education thérapeutique</li> </ul>
DOMOTIQUE SANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitat intelligent, environnement intelligent et aidant</li> </ul>

Source : <http://www.cgii.org/rapports/rapports-2007/rapportUsage%20TICLieuxDeVie.pdf>

Les TIC sont devenues des ressources pour les personnes en situation de handicap. En effet, elles sont susceptibles de maintenir ou renforcer l'autonomie des personnes en difficultés d'autonomie<sup>162</sup> qu'elles soient d'ordre cognitif, physique ou sensoriel.

<sup>161</sup> RIALLE Vincent, Rapport *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gériatriques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*, remis à Monsieur Philippe BAS Ministre de la Santé et des Solidarités en mai 2007.



L'accessibilité des TIC représente une opportunité nouvelle dans l'appropriation de la santé par l'individu. Jusqu'à présent, les TIC étaient davantage orientées vers les professionnels. Aujourd'hui, elles évoluent progressivement vers les « non professionnels ».

- **L'accessibilité aux TIC des personnes en difficulté d'autonomie**

L'accessibilité aux TIC peut s'aborder sous 3 angles :

- L'accessibilité pour tous à des services : ces services peuvent par exemple délivrer de l'information, permettre de remplir un dossier Internet, ou encore d'obtenir de l'information sur les horaires de transport ...
- L'accessibilité aux outils adaptés au handicap qui permettent l'accès à ces services, comme les interfaces d'accès adaptées aux handicaps, voire poly-handicap, (sensoriel, moteur, cognitif...), ou les outils spécifiques, existants ou à concevoir, appuyés sur les TIC : guidage GPS, systèmes d'appel automatisés, détection de perte de conscience...
- L'accessibilité aux services et aux outils d'un point de vue socio-économique qui touchent aux aspects de formation, aux aspects financiers et aux aspects liés à l'infrastructure (couverture 3G, haut débit et très haut débit...).

Conscient de ces perspectives à venir, le Département du Rhône s'est engagé dans un développement important de ces infrastructures en couvrant l'ensemble du territoire en haut débit. Dans le cadre de sa Mission Technologies de l'Information au Conseil Général du Rhône, le centre multimédia Erasme expérimente et développe les usages du numérique de demain avec les acteurs du territoire Rhodanien (collèges, musées, communes, seniors, EHPAD...).

### 3.4.1 Des TIC pouvant répondre à de nombreux besoins

Les TIC présentent des intérêts pour l'ensemble des citoyens y compris les personnes en situation de handicap et les aidants naturels et professionnels. En somme, tout citoyen peut être amené à accéder aux TIC. L'adoption des TIC dans le domaine de la perte d'autonomie apporte souvent des solutions nouvelles et utiles pour l'ensemble des citoyens.

- **Des attentes et besoins en augmentation**

Une part de plus en plus importante des foyers français aura besoin de produits et services basés sur les technologies de l'information et de communication (environ 20 % en 2001 selon certaines sources) spécifiquement pour prendre en charge leur état de santé <sup>163</sup>.

Selon l'étude de Pr. Françoise Forette<sup>164</sup> : « 24 % des personnes âgées estiment qu'Internet représente un bon vecteur de sociabilité, 29 % estiment que l'usage de l'informatique peut faciliter leur quotidien, et 40% reconnaissent à la fois son intérêt pour se distraire ou pour suivre des formations ».

L'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées ajoutée au déficit annoncé d'aidants posent la question de l'accompagnement de ces personnes. Des solutions doivent être trouvées et, dans cette optique, les TIC apparaissent comme un élément de réponse tout à fait pertinent. Cela est d'autant plus vrai que les progrès scientifiques en la matière permettent à présent d'apporter une véritable solution ou aide dans de nombreuses applications.

- **Les besoins diversifiés**

Les TIC peuvent répondre à différentes finalités : l'accessibilité, la compensation, la communication et la surveillance<sup>165</sup>, et répondre à deux fonctions principales dans le domaine des personnes âgées et des personnes handicapées : le maintien de l'autonomie et la préservation de la santé.

---

<sup>162</sup> PICARD Robert. *Usage des TIC par les patients et les citoyens en situation de fragilité dans leurs lieux de vie*. 2007.

<sup>163</sup> PICARD Robert. *Usage des TIC par les patients et les citoyens en situation de fragilité dans leurs lieux de vie*. 2007.

<sup>164</sup> JACQUAT Denis, FORETTE Françoise, *Longévité et innovation technologique*, Broché, 2007

<sup>165</sup> RIALLE Vincent. *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gériatriques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*. 2007.

Les besoins peuvent être divers en fonction du lieu de vie, qu'ils touchent à l'espace public ou privé. Ainsi, le domicile (espace intime) pourra bénéficier d'un aménagement de l'espace par la domotique ; l'espace de vie d'un aménagement avec des portables et des outils de géolocalisation ; et enfin l'espace public (transports et lieux publics) d'un aménagement utilisant des systèmes de communication pour tous<sup>166</sup>.

Durant l'année 2007, une étude menée par le Pr Gaucher et Pr Ribes et par des spécialistes en technologies de l'information du cabinet Altivis a permis de préciser non seulement les besoins des personnes âgées à domicile mais aussi d'imaginer les réponses possibles par les nouvelles technologies permettant à ces mêmes personnes d'améliorer leur qualité de vie et de favoriser leur autonomie à domicile. Par ailleurs, cette étude a permis d'analyser les besoins et les freins des professionnels intervenant auprès des personnes âgées (médecins, infirmières et aidants professionnels) ainsi que ceux exprimés par les familles.

Les résultats montrent les personnes âgées comme les familles ressentent des peurs liées à la dépendance, à la chute, à la maladie et à l'aggravation de la situation actuelle. Les personnes âgées pour une majorité de plus de 80 ans montrent à travers l'enquête une ouverture aux TIC et une compétence à utiliser de nouveaux outils. Elles montrent leur intérêt pour les outils qui leur permettraient de bénéficier d'une surveillance de nuit notamment pour prévenir les chutes, d'entrer en contact visiophonique avec leur médecin, ou d'être mis en relation avec leur famille ou avec leurs proches. L'intérêt est plus nuancé pour les outils apportant un contenu culturel ou distrayant, ou pour les outils permettant d'améliorer l'observance thérapeutique ou l'accès à des services en ligne. En ce qui concerne les professionnels, les points les plus importants pour améliorer la qualité de vie tournent autour de l'hygiène, l'aide à l'entretien du domicile ou l'aide à la toilette et autour du lien social, au besoin de présence de la famille, d'un réseau relationnel. Quant à l'utilisation des technologies de l'information dans leurs activités professionnelles, ils sont une majorité à souligner l'intérêt de partager des informations autour de l'utilisateur en temps réel. Mais ils souhaitent des outils simples et intégrés à leurs pratiques quotidiennes.

Les technologies semblent pouvoir apporter de véritables bénéfices pour le maintien à domicile autour de trois axes :

- celui de la santé et de la sécurité des personnes, avec en particulier la surveillance de jour et de nuit,
- celui de la mise en relation de la personne âgée avec sa famille et les professionnels,
- celui de la coordination des acteurs locaux.

Il a été proposé de mener plusieurs expérimentations durant les années à venir. Une serait centrée sur la mise en relation des familles, l'autre serait orientée sur l'utilisation des NTIC dans le lien entre professionnels et la 3<sup>ème</sup> aurait pour objectif de proposer une surveillance de nuit notamment dans le cadre des sorties d'hospitalisation.

### 3.4.2 L'offre en TIC

- **Une offre technique en TIC encore faiblement disponible mais en développement**

Dans le domaine de l'e-inclusion, différentes TIC peuvent être proposées pour répondre aux besoins des personnes âgées et handicapées. Il s'agit par exemple :

- D'aides techniques TIC (synthèse vocale, souris anti-tremblement, téléphones adaptés...).
- De dispositifs de surveillance santé,
- De technologies pour l'éducation et la prévention,
- De technologies de type domotique santé (habitat intelligent, environnement intelligent et aidant).

L'Organisation internationale de normalisation définit l'aide technique comme « tout produit, instrument ou système technique utilisé par une personne handicapée et destinée à prévenir, compenser ou soulager, ou neutraliser la déficience, l'incapacité et le handicap »<sup>167</sup>. La gérontechnologie se définit comme « un système technique évolué d'aide à la personne âgée et/ou à son aidant dans la réalisation des activités normales de la vie quotidienne »<sup>168</sup>. La frontière entre ces différents termes est mince et « nombre d'objets technologiques constituent une forme d'aménagement des aides techniques existantes »<sup>169</sup>.

- **Un engagement national en faveur des TIC notamment pour les personnes en difficulté d'autonomie**

La loi de février 2005 a amélioré l'accès aux aides techniques dans le cadre du droit à compensation et guide l'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées.

A été créée au début de l'année 2007, la Société Française des technologies pour l'autonomie et de gérontologie<sup>168</sup>. Son champ d'activité est celui de l'assistance aux personnes âgées et/ou en situation de handicap par des moyens et une organisation faisant appel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, de la mécanique et de la mécatronique.

- **Les actions du Département du Rhône**

Concernant les seniors, le Département du Rhône lance une expérimentation autour d'un nouvel outil, le Webnapperon, créé par le Centre Erasme, pour lutter contre l'exclusion numérique et veiller à ce que les technologies relient toutes les générations.

Concernant le handicap, le Département du Rhône a soutenu le projet « Apprendre le net à l'hôpital » qui visait à former à l'usage d'Internet des personnes handicapées pendant leur séjour en hôpital.

### 3.4.3 Les problématiques dans le Rhône

- **Un défaut d'information sur les services et outils pour accéder aux services**

Il existe une diversité d'aides financières, selon les systèmes techniques, les fonctionnalités assurées et le type de difficulté (âge, handicap, maladie)<sup>169</sup>. Ceci complexifie l'accès des personnes aux TIC.

Malgré l'intervention des professionnels des centres ressources, l'information sur les TIC est souvent dispersée. Pour les personnes handicapées, la MDPH joue encore peu son rôle dans ce domaine. Faute d'information et d'une évaluation en situation réelle de vie, les solutions techniques se résument à quelques produits et sont peu techniques. Ils sont peu utilisés.

Bien qu'il existe de multiples réponses et différentes bases de données, il semble que ces banques ne soient pas encore suffisamment repérées et claires pour l'usager. Elles n'apportent pas l'information suffisante aux personnes.

Pour illustrer le manque d'accessibilité aux TIC, la MACIF<sup>170</sup> précise que 93% des aidants déclarent ne pas consulter Internet dans le cadre de leur rôle d'aidants (dont 40% parce qu'ils n'y ont pas accès).

- **Une connaissance mutuelle insuffisante entre les différents partenaires des TIC**

Il existe une richesse d'initiatives mais les organisations et les structures qui les portent se connaissent mal et partagent une certaine impuissance à surmonter les difficultés qui sont souvent d'ordre macro.

---

<sup>167</sup> SOINS GERONTOLOGIE. Les gérontechnologies. In : *Soins gérontologie*, 2008, n°74.

<sup>168</sup> RIALLE Vincent. *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*, 2007.

<sup>169</sup> PICARD Robert. *Usage des TIC par les patients et les citoyens en situation de fragilité dans leurs lieux de vie*. 2007.

<sup>170</sup> MACIF. *Etude nationale, Connaître les aidants et leurs attentes*. 2008.

- **Un manque d'évaluation des TIC**

L'évaluation du service rendu des TIC est peu développée- ce qui défavorise probablement leur développement. Pourtant, sur le terrain, les bénéfices apportés sont assez visibles. La société française de gérontechnologie envisage d'élaborer des référentiels sur les services rendus par les TIC.

- **Un manque d'adaptation des TIC aux besoins des personnes âgées et handicapées**

Les besoins restent mal couverts. Ils sont parfois satisfaits mais par des solutions coûteuses offertes par un trop petit nombre d'industriels<sup>162</sup>. Il n'existe pas d'effet d'échelle et les produits restent fabriqués sur mesure ou en petite quantité ce qui les rend chers et difficiles d'accès.

« Beaucoup de recherche en gérontechnologies ont du mal à atteindre leur but faute de proximité des jeunes chercheurs ou étudiants en ingénierie avec les besoins réels des personnes âgées et ou en situation de handicap. »<sup>171</sup>

- **Le risque de fracture numérique**

Le risque du manque d'accès aux TIC est aussi appelé risque de fracture numérique. Cette problématique renvoie à des questions éthiques.

- **A un niveau de prospective**

A un niveau prospectif, on peut supposer une évolution de l'e-inclusion vers le grand public et les tiers (professionnels et entourage), ne se limitant pas aux personnes âgées et handicapées ce qui constitue sans aucun doute un atout pour le développement des TIC.

- **Des questions éthiques**

Au delà de l'utilisation des TIC, se posent des questions éthiques. Les plus complexes et les plus délicates vont se poser lorsque certaines technologies seront utilisées pour des personnes qui ne peuvent les comprendre, les choisir et y consentir. A partir du moment où ces technologies peuvent porter une atteinte à la liberté, à la vie privée, à l'intégrité et plus globalement aux droits de la personne, il est nécessaire de se poser plusieurs questions :

- Pouvons-nous légalement porter atteintes ainsi aux droits de la personne ?
- La technologie améliore-t-elle la santé, le bien-être et la sécurité de la personne ?
- Existe-t-il d'autres procédés moins attentatoires?

Actuellement, l'utilisation des TIC est peu encadrée juridiquement.

Par ailleurs, dans la grande majorité des cas, les nouvelles technologies sont utilisées auprès des personnes en situation de perte d'autonomie dans de bonnes intentions : pour leur sécurité, pour éviter qu'elles se perdent. Sans porter de jugement sur les intentions, cette absence de cadre est la porte ouverte à toutes les dérives.

Un autre aspect de la question éthique est l'évaluation de l'amélioration de la situation de la personne. Si certaines technologies sont reconnues comme pertinentes, V. Rialle a beaucoup développé l'aspect éthique des gérontechnologies qui comprend différentes dimensions, de la conception à la formation en passant par les projets de recherche, l'évaluation, la diffusion. Il préconise l'utilisation des nouvelles technologies sur prescription médicale comme seul rempart à l'usage pervers de ces nouvelles technologies. « La « moralité » d'une géolocalisation d'un malade Alzheimer ne saurait être mieux garantie que par l'inscription de cet acte à l'intérieur du champ médical. Une géolocalisation deviendrait alors une pratique compensatoire au même titre qu'une assistance respiratoire dans le cas des malades souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique vivant à domicile. Cette médicalisation doit cependant être bien délimitée et encadrée, afin de ne pas renforcer une tendance à la médicalisation à outrance du vieillissement. »

---

<sup>171</sup> RIALLE Vincent. Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille. 2007.

Le nouveau regard porté sur les TIC et sur les usages qu'en font les personnes âgées et handicapées ouvre de nouvelles perspectives. « L'utilisateur usager va, vis-à-vis des TIC santé, développer des stratégies et des trajectoires d'usages et de non-usages qui évoluent au fil du temps (diachronie) »<sup>172</sup>. La demande de TIC ne se résume donc pas à la simple adéquation entre offre et demande.

Technosens : <http://www.technosens.fr/>

Sourismasouris : <http://www.sourismasouris.fr/>

Réseau emploi innovation : <http://www.reseau-tee.net/actu-emploi/007.htm>

ASSAGA : <http://www.assaga.fr/>

CRIAS Mieux Vivre : <http://www.crias.asso.fr/>

CNSA : <http://www.aides-techniques-cnsa.fr/>

HANDICAT : <http://www.handicat.com/>

HACAVIE : <http://www.hacavie.com/>

CERAHTEC : <http://www.cerahtec.sga.defense.gouv.fr/presentation.html>

FENCICAT : <http://www.fencicat.fr/>

RNT: <http://rnt.over-blog.com/>

Age village : <http://www.agevillage.com/>

Erasme : <http://www.erasme.org/>

HANDICAP INTERNATIONAL : <http://www.handicap-international.fr/>

---

<sup>172</sup> PICARD Robert. *Usage des TIC par les patients et les citoyens en situation de fragilité dans leurs lieux de vie*. 2007.

## 3.5 Une vie à domicile possible grâce à une offre de services

La vie à domicile doit relever du choix de la personne et de ses proches. Ce souhait clair de vivre ou de rester à domicile est l'une des conditions d'un soutien à domicile réussi. Doivent également être pris en compte l'état de santé de la personne, le niveau d'autonomie, le niveau de ressources, l'environnement matériel au plan de l'habitation et surtout l'environnement social et affectif (situation d'isolement ou existence d'un entourage familial aidant)<sup>173</sup>.

Au côté de conditions liées au domicile à proprement parler, d'autres conditions relèvent d'un ensemble d'acteurs professionnels pouvant prendre en compte les aspects médico-psycho-sociaux de la prise en charge et de l'accompagnement pour qu'ils soient cohérents et complémentaires (médecin traitant impliqué, structure d'hébergement-accueil de jour, Hébergement temporaire- ) et établissements de santé) dans le cadre d'un travail collaboratif dans le sens du projet de vie.

### 3.5.1 Des besoins liés au souhait de rester le plus longtemps à domicile

- **Des besoins multiples et identiques pour les personnes âgées et les personnes handicapées**

Les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées vivant à domicile peuvent avoir un besoin d'aide quotidien pour les actes essentiels de la vie : la toilette, le lever, le coucher, l'habillage, les soins d'hygiène et de prévention, les besoins physiologiques, la prise des repas. Les tâches domestiques sont également sources de besoins notamment pour la préparation des repas, les courses, le repassage, l'entretien de base et l'hygiène des locaux. Les personnes ont parfois besoin d'être accompagnées et aidées dans les démarches administratives ou le courrier. Elles peuvent avoir besoin d'accompagnement au travail ou dans divers déplacements notamment pour les courses et les loisirs. Enfin, la nuit peut également faire l'objet d'un besoin d'aide ou de surveillance.

Ces besoins sont assez proches pour les personnes handicapées et les personnes âgées et sont d'abord fonction des capacités de la personne.

- **Des besoins à tout moment de jour comme de nuit**

Ces besoins sont souvent quotidiens, et concernent tous les jours de la semaine, le week-end inclus. Même si les besoins qui surviennent le jour sont sensiblement différents de ceux de la nuit, la complémentarité de l'aide de jour et de nuit est indispensable pour une vie à domicile.

- **Une aide et un accompagnement de qualité demandés par les usagers**

Ils ont besoin d'une aide de qualité qui demande parfois une qualification et/ou une formation sur l'approche et les besoins spécifiques des personnes âgées et handicapées. En effet, si les besoins de base nécessitent une aide relativement simple, l'accompagnement et le soutien de la personne requièrent un savoir-être et un savoir-faire plus spécifiques.

- **Des besoins en augmentation et encouragés par les politiques de maintien à domicile**

Avec le souhait des personnes de rester le plus longtemps possible à domicile, les technologies et services mises à disposition, les besoins en aide et accompagnement à domicile augmentent ces dernières années.

Tant pour les personnes âgées avec l'APA que pour les personnes handicapées avec la PCH depuis 2005, les politiques visent à permettre le maintien à domicile dans des conditions relativement satisfaisantes. Ces aides financières individualisées à partir d'une évaluation des besoins (en terme

---

<sup>173</sup> MBOKO Guy. La coordination des acteurs : maillon indispensable du maintien à domicile. In : *Dossiers le maintien à domicile soins et gérontologie*, 2009.

d'aide et d'accompagnement nécessaires à domicile) permettent le financement de services répondant à ces besoins.

- **Des modalités d'intervention variable**

Certaines personnes préfèrent que ce soit leur proche, entourage, amis ou famille qui interviennent auprès d'elles alors que d'autres préfèrent l'intervention de professionnels.

### 3.5.2 Une variété d'offres

- **Les différents modes d'emploi pour réaliser l'aide à domicile**

Les particuliers peuvent choisir de ne pas être employeur ou, au contraire, d'assumer ce statut soit avec l'aide d'un organisme, soit seul<sup>174</sup>.

Les différents modes d'emploi sont :

- **Le service prestataire** : l'association ou l'entreprise met à disposition du personnel qui est salarié de l'organisme. Le particulier n'a pas le statut d'employeur et bénéficie d'un service qu'il paie à cet organisme.
- **Le service mandataire** : le particulier peut avoir du personnel à domicile par l'intermédiaire d'un organisme qui fera le lien entre ces derniers et le salarié. Le particulier est alors l'employeur du salarié. L'organisme effectue toutes les démarches liées à l'emploi : recherche du personnel, rédaction des bulletins de paie, conseil en matière de législation du travail.
- **L'emploi direct**, anciennement appelé « gré à gré » : le particulier peut choisir d'employer directement le personnel intervenant et gère seul son rôle d'employeur. Il doit pourvoir à toutes les démarches administratives, connaître et appliquer la législation du travail. Les personnes travaillant en emploi direct sont extrêmement nombreuses et recrutées directement par les personnes. Ces personnes n'ont pas de lien direct avec les institutions sociales ou organismes d'emploi. Elles sont souvent éloignées des dispositifs de formation qui s'adressent de fait en priorité aux services mandataires ou prestataires. Dans un souci de recherche de solutions, le CODERPA du Rhône a mené une réflexion et fait des propositions en direction de ces professionnels : création de relais, véritable lieu d'information visant à regrouper ces personnes en emploi direct pour des formations adaptées, des groupes de paroles pour une supervision des pratiques.

- **Le Chèque Emploi Service Universel (CESU)**

Il a été mis en place afin de faciliter l'accès aux services à la personne.

Le CESU permet aux particuliers de payer l'ensemble des services à la personne employée à leur domicile soit par l'intermédiaire d'un organisme agréé soit dans le cadre d'un emploi direct. Par ailleurs, l'emploi d'un salarié à domicile dans le cadre des services à la personne donne droit sous conditions à une exonération de charges. Cette dernière ne porte que sur une partie des cotisations patronales de sécurité sociale.

L'exonération est accordée en totalité aux employeurs ayant à leur charge un enfant ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé AEEH, aux titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou plus, aux titulaires de l'ACTP, aux titulaires de l'APA, ou à ceux bénéficiant de la prestation de compensation du handicap.

---

<sup>174</sup> CHAMBON Martine, PELOSSIER MOUETTE Séverine. Avoir recours à une aide à domicile, plusieurs possibilités pour les particuliers. In : *Dossiers le maintien à domicile soins et gérontologie*, 2009.

### 3.5.3 Les SAAD et les SAVS

Parmi la panoplie des services existants, il convient de faire une distinction entre SAVS et SAAD qui offrent des prestations communes et différentes. Les SAVS sont dédiés aux personnes handicapées. De plus ils ont des missions de lien social que n'ont pas les SAAD à ce jour, davantage centrés sur l'aide à domicile au quotidien.

Les SAAD concourent au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ainsi qu'au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Ils assurent des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie.

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.

#### • Les professionnels des SAAD

Il s'agit d'auxiliaires de vie et d'aides à domicile. Les aides à domicile réalisent les tâches ménagères et une aide à l'accomplissement de certains gestes de la vie courante (démarche administrative simple, aide aux loisirs). L'auxiliaire de vie aide à la réalisation des actes essentiels de la vie auprès de personnes dépendantes (habillage, toilette, transfert, préparation des repas, aide pour « faire manger », et accompagnement social, moral et relationnel). Ces professionnels interviennent sans prescription médicale.

Les métiers du domicile sont difficiles physiquement et moralement, en raison notamment des horaires de travail. A l'isolement des intervenants sur le lieu de travail et la multiplicité des lieux de travail s'ajoute la pénibilité liée des tâches à accomplir.

#### • Un paysage politique et législatif en forte évolution

Depuis le dernier schéma, le paysage des services à domicile a considérablement évolué.

En effet, l'année 2005 a été charnière dans le développement des SAAD :

- Le plan national de développement des services à la personne a profondément modifié, sur l'ensemble du territoire français, les pratiques et l'offre de services à domicile,
- La loi du 11 février 2005 a encouragé le maintien à domicile des personnes handicapées en les rendant solvables par l'instauration de la prestation de compensation du handicap.

Dans l'objectif d'encourager, dans des délais brefs, des créations d'emplois et de services d'aide à la personne, la loi du 26 juillet 2005, dite « Loi Borloo », et son ordonnance de simplification du 1<sup>er</sup> décembre 2005 ont ouvert un droit d'option aux gestionnaires de services.

Pour intervenir au domicile de personnes dites vulnérables, personnes âgées de plus de 60 ans, personnes handicapées et enfants de moins de 3 ans, ils peuvent désormais :

- Se soumettre au régime existant d'autorisation départementale et de tarification réglementée ou
- Solliciter un agrément qualité préfectoral et fixer librement le prix de leur prestation dans le cadre du contrat établi avec le bénéficiaire.

#### • Une augmentation très importante du nombre de SAAD

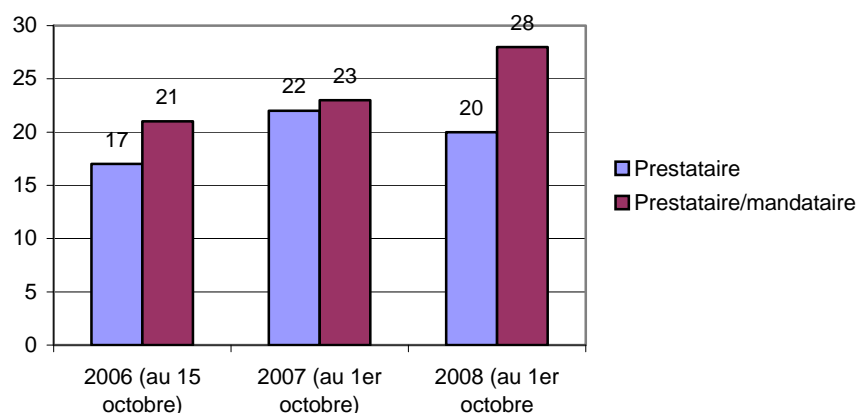
Dans notre département, l'objectif quantitatif du gouvernement a été rempli puisque le nombre de services intervenant au domicile de personnes âgées et handicapées a explosé.

Au 31 décembre 2005, le département du Rhône avait déjà la particularité de disposer d'un nombre important de services : 100 services prestataires existaient et se répartissaient comme suit :



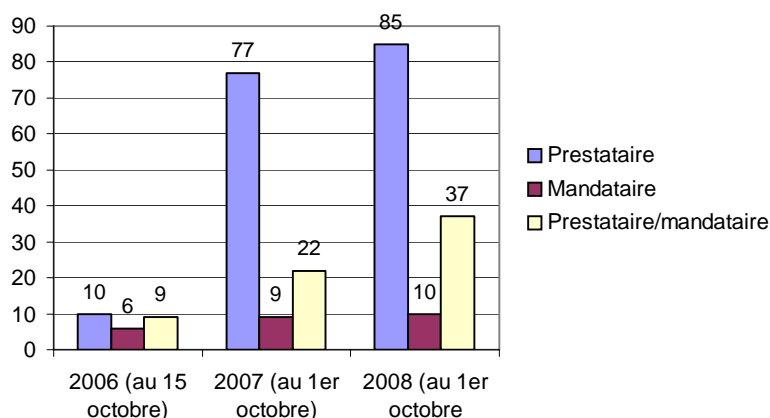
- 67 associations, 18 entreprises et 15 établissements publics.
- 1/3 ADMR, 1/3 UASSAD et 1/3 autres ou indépendants.

**Figure 44 : Evolution du nombre de services autorisés par le Département entre 2006 et 2008**



Source : Service Vie à Domicile CG 69

**Figure 45 : Evolution du nombre de services avec agrément qualité DDTEFP entre 2006 et 2008**



Source : Service Vie à Domicile CG 69

- **L'amélioration de la qualité des SAAD à travers la charte qualité départementale**

Le Département a engagé une démarche qualité avec la création d'une charte, construite dans le même esprit que la loi du 2 janvier 2002 et le cahier des charges de l'agrément qualité. Elle s'articule autour de quatre thématiques : l'accueil, le suivi de l'intervention, le personnel, la coordination et les partenariats.

- **L'amélioration de la qualité des SAAD à travers la tarification**

Lors de la séance du 1<sup>er</sup> février 2008, l'Assemblée départementale a adopté dans ses principes généraux la politique de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Cette politique s'articule autour de deux axes majeurs : la qualité du service rendu par la structure sur son territoire d'intervention, en particulier pour les personnes âgées et/ou handicapées, et sa gestion financière. Dans ce cadre, le service devra utiliser l'outil de télégestion qui permet d'effectuer à la fois le contrôle d'effectivité et la facturation. Afin de contractualiser ces conditions, une convention est signée entre le service et le Département.

En 2008, les services tarifés répondent à au moins 3 indicateurs financiers. Le coût horaire moyen proposé dans leur budget prévisionnel se situe dans une fourchette comprise entre 16,67 € et 22,24 € pour une moyenne de 18,99 €. Le coût horaire moyen retenu par le Département après déduction de certains postes, se situe dans une fourchette comprise entre 16,67 € et 19,48 € pour une moyenne de 18,47 €.

Au 31 janvier 2008, sur les 11 691 bénéficiaires avec des droits ouverts à l'ADPA dans le Département du Rhône, le paiement direct au SAAD via l'outil de télégestion concernait 1 130 bénéficiaires. Sur l'année 2007, l'effectivité des plans d'aide réalisés et payés par l'outil de télégestion est de 76%.

- **Un besoin de professionnaliser les SAAD**

En mars 2009, l'Agence Nationale des Services à la Personne, chargée de l'animation de cette politique, publie le Plan 2 de développement des services à la personne intitulé « Créer, professionnaliser, simplifier ». Ce plan entend professionnaliser le secteur et améliorer la qualité des emplois en assouplissant les outils (développement du CESU) et l'offre. L'une des mesures du plan propose de verser en 2009, sous forme de CESU, une somme de 300 euros à des publics ciblés, dont 660 000 bénéficiaires de l'APA et 155 000 ménages bénéficiaires de l'AAEH. Par ailleurs, 5 nouvelles activités s'ajouteront aux 21 activités de services à la personne: assistance informatique à distance, aide aux aidants familiaux...

Une autre mesure concerne la mise en œuvre du projet *Internet pour tous*, qui vise à proposer aux ménages seniors d'accéder à Internet par une offre de services à la personne intégrant la mise à disposition d'un PC, de la connexion Internet et la formation assistance.

Ce second plan n'incite pas davantage que le précédent à la création de services pour les plus fragiles, mais vise surtout à la professionnalisation des intervenants et au développement du paiement par CESU.

### 3.5.3.1 Les soins à domicile

- **Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**

Les SSIAD ont le statut de service médico-social relevant de l'Etat.

Dans le cadre des dispositions de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les SSIAD « assurent sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels auprès de personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, de personnes adultes de moins de 60 ans et présentant un handicap, de personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques »<sup>175</sup>.

Ils fonctionnent sous l'autorité de l'Etat. Leur création est autorisée par arrêté préfectoral qui spécifie leur capacité en nombre de places et leur territoire d'intervention.

Les SSIAD sont des services contribuant au maintien à domicile en écourtant notamment les séjours hospitaliers ou le placement en institution. La décision de faire intervenir un S.S.I.A.D. relève par ailleurs d'une prescription médicale.

#### **Pour les SSIAD dédiées aux personnes âgées**

Les SSIAD du département sont gérés en très grande majorité par le secteur privé non lucratif. Les SSIAD s'engagent progressivement dans une démarche qualité, passant par une valorisation des droits des usagers et par la mise en place d'outils de suivi et d'évaluation de leurs prestations. Le taux d'équipement départemental se situe à 17,25 places de SSIAD pour 1 000 personnes de 75 ans et plus au 31 décembre 2006 contre 12,40 places au 31 décembre 2002.

#### **Pour les SSIAD dédiés aux personnes handicapées**

---

<sup>175</sup> PONTE Karen. Tour d'horizon réglementaire des services de soins à domicile, Dossier le maintien à domicile. In : *Revue soins et gérontologie*, 2009.

103 places sont disponibles sur le département.

### Les professionnels des SSIAD

Les SSIAD sont le plus souvent composés d'une équipe d'aides-soignantes placées sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice.

Les infirmières sont un acteur pivot du maintien à domicile. Leur rôle ne se limite pas aux seuls soins techniques mais s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire et de coordination. Les infirmières prennent en charge les injections, les prises de sang, les pansements, les perfusions, les toilettes médicalisées, la préparation des médicaments, la surveillance, la prévention et l'éducation et les soins palliatifs. Les infirmières jouent également un rôle dans la réinsertion à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Les aides-soignantes s'occupent quant à elles de la toilette, du change, du transfert, de la surveillance de la prise médicamenteuse, de la surveillance.

#### • Taux d'équipement

Le Rhône et la Loire sont les départements les moins bien équipés en places de services de soins à domicile.

**Tableau 28 : Taux d'équipement en SSIAD au 1/01/2008<sup>176</sup>**

	RHÔNE	RHÔNE-ALPES
<b>Taux d'équipement</b>	14.2	16.7

Source : DRASS, STATISS 2008

#### • L'Hospitalisation à domicile (HAD)

...est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer à domicile des soins médicaux et paramédicaux importants pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de l'état de santé. Sa finalité est d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement de santé. La personne doit obtenir de sa caisse d'assurance maladie, l'accord de prise en charge.

A la différence des SSIAD et des SAAD, les structures d'HAD relèvent de la réglementation des établissements de santé. Ils sont donc soumis à la procédure de certification et relèvent de la Haute Autorité de Santé.

#### 3.5.3.2 L'accueil familial

...permet un accueil au domicile de l'accueillant d'une personne âgée ou une personne handicapée. Il peut être à temps complet ou partiel ou sur des périodes de vacances.

L'accueillant familial est employé par la personne accueillie sur la base d'un prix de journée fixé par décret. Un contrat-type de droit privé précise les droits et obligations de chacun. La personne accueillie dispose d'une chambre individuelle et partage la vie quotidienne de la famille. Elle peut recevoir la visite de ses proches et, dans la mesure du possible, conserver son environnement habituel (animal de compagnie, meubles, etc.).

L'accueil familial s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans, aux adultes dont l'incapacité est reconnue par la CDAPH et pour lesquels une notification d'orientation en accueil familial est délivrée.

Le Département assure l'organisation, le suivi et le contrôle des accueillants familiaux. Il instruit les demandes et délivre l'agrément indispensable à l'exercice de l'activité d'accueillant familial.

<sup>176</sup> CREAI Rhône-Alpes. Groupe de travail du CROSMS "Évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux – Analyse de leur évolution", Section Personnes Handicapées, Évolution des besoins des Personnes Handicapées en Rhône-Alpes, Synthèse des propositions du groupe de travail. 2009.

Le nombre d'accueillants s'élève à 82 personnes en 2008. Au 30 septembre 2008, le nombre total de places autorisées est de 152. 109 personnes âgées et personnes handicapées sont accueillies.

### **3.5.4 Les problématiques dans le Rhône**

#### **3.5.4.1 Le développement de l'emploi direct avec un accompagnement à la formation**

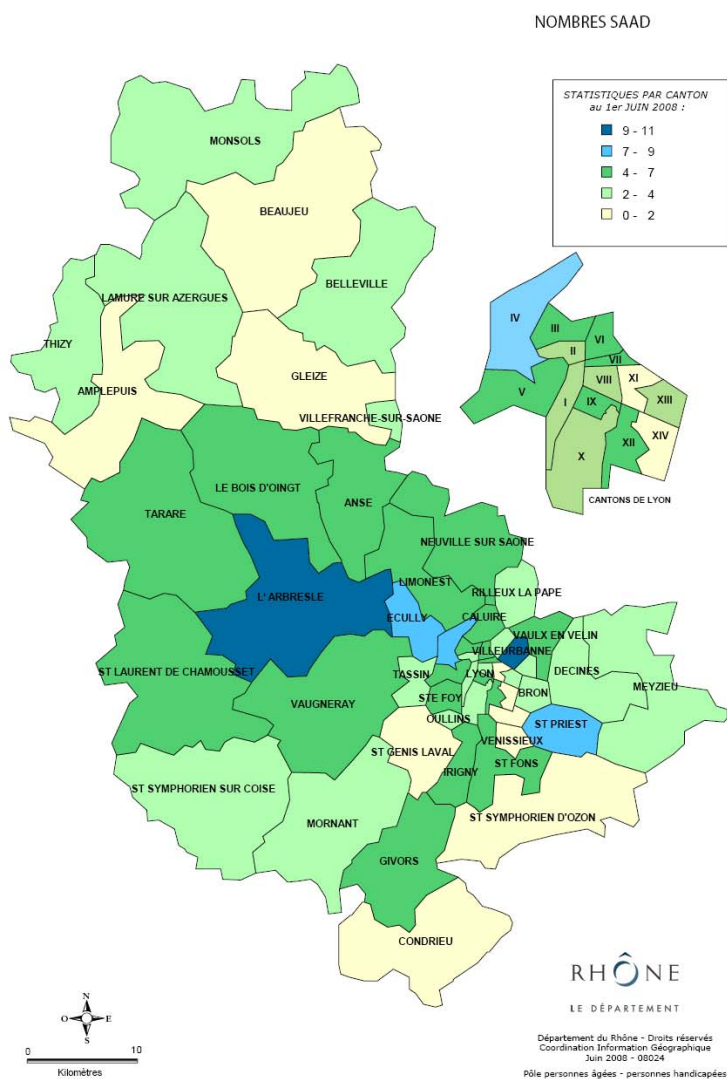
Face à la part importante du nombre de personnes en emploi direct, des interrogations se posent quant aux compétences nécessaires pour l'exercice du métier auprès de personnes âgées vulnérables par exemple.

#### **3.5.4.2 Une offre en SAAD en fort développement mais faiblement structurée**

- **Une structuration en cours**

Suite à la loi du 2 janvier 2002, le secteur de l'aide à domicile s'est fortement développer de manière importante et rapide. La structuration du secteur devient nécessaire et implique de nombreux acteurs. Elle doit aboutir à un maillage territorial répondant au plus juste et au plus près aux besoins des personnes aidées pour faire face notamment au déficit dans les zones rurales.

Figure 46 : Nombre de SAAD par canton dans le Rhône au 1/06/08



Source : Service Vie à Domicile, CG 69

• **Une difficulté à réaliser des plans d'aide**

Les personnes âgées et les personnes handicapées rencontrent des difficultés pour la réalisation de leur plan d'aide, notamment :

- dans certains secteurs géographiques (zone rurale essentiellement),
- à des moments charnières (nuits, week-end, congés d'été),
- pour des prestations particulières (courte durée, prise de repas).

Par ailleurs le coût de ces services représente une difficulté financière certaines pour les personnes disposant de faibles ressources.

De nouveaux services comme des gardes de nuit, des gardes itinérantes, du baluchonnage, pourraient répondre aux problématiques de la prise en charge de nuit.

• **Une coordination insuffisante et des prestations de qualité hétérogène**

Aujourd'hui, force est de constater que les services à domicile sont insuffisamment coordonnés et qu'ils proposent des prestations de qualités différentes. Aussi, pour répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, certainement plus exigeants qu'il y a une dizaine

d'années, les services à domicile doivent se structurer et anticiper les métiers qu'ils devront mobiliser à l'avenir. Un des enjeux à résoudre est celui de la professionnalisation du secteur, ce qui implique :

- la valorisation des métiers,
- la qualification des intervenants et des encadrants pour garantir la qualité de service que les personnes sont en droit d'exiger.

A ce titre, il convient d'interpeller les collectivités territoriales en charge de la formation comme la Région afin qu'elles développent une politique publique de formation accessible à tous les professionnels en particulier les professionnels en emploi direct. Cette formation pourra être non seulement qualifiante mais aussi professionnalisante et répondre aux évolutions des métiers.

- **La question de la mutualisation**

La grande diversité de structures et leurs moyens limités contraignent certains SAAD à limiter leur interventions, et à proposer un service standardisé. Les services doivent s'interroger sur la façon dont ils répondront aux attentes des personnes et de leurs familles en recherche de solutions souples à leur projet de vie, favorisant des alternances entre le domicile et l'institution, sans rupture dans la qualité des soins et des prestations. Ceci amène à la notion de mutualisation et de plate-forme de services.

Ces constats doivent trouver des solutions dans une structuration de l'aide alliant efficacité et souplesse.

#### 3.5.4.3 Les SSIAD, une offre renforcée

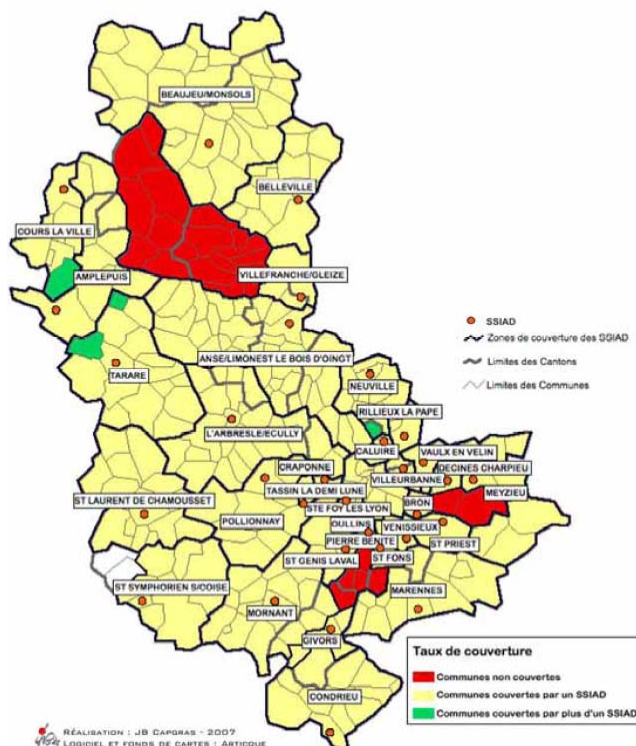
La DDASS du Rhône a engagé en 2006 une démarche de planification triennale des places en SSIAD pour la période 2007-2010. La DDASS <sup>177</sup> fait le constat d'un développement des SSIAD masquant une répartition inégale de l'offre confrontée à des difficultés structurelles. En effet, le territoire départemental est inégalement couvert. L'allongement des durées moyennes de séjour et l'alourdissement des prises en charge est une difficulté majeure pour les SSIAD. Enfin les difficultés de recrutement de personnel soignant et l'absentéisme sont très marquées dans ces services.

---

<sup>177</sup> Document de travail concernant l'élaboration du schéma départemental relatif aux places en services de soins infirmiers à domicile dans le Département Du Rhône, disponible sur : [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/ssiad\\_planif\\_250507.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/ssiad_planif_250507.pdf)

Figure 47 : Zones non couvertes ou doublement couvertes par un SSIAD<sup>178</sup>

Éléments d'optimisation de la couverture



Source : DDASS du Rhône

- **Une difficulté à mesurer les demandes en SSIAD pour personnes handicapées**

Il est difficile de mesurer en amont les besoins par territoire. Les demandes émanent généralement de SSIAD pour personnes âgées enregistrant les demandes de personnes handicapées.

### 3.5.4.4 Les problématiques et enjeux liés à l'accueil familial

- **Pour le développement de l'accueil familial**

Si le développement du nombre d'accueillants familiaux sur le territoire du département est un objectif permanent, ce mode d'accueil est insuffisamment connu dans le grand public.

Dans le même temps, les demandes d'orientation d'adultes handicapés ou de personnes âgées en famille d'accueil sont nombreuses.

La communication sur ce mode d'accueil est fondamental à deux niveaux.

- En interne : sensibilisation des unités territoriales pour mieux faire connaître ce type d'accueil, ses spécificités, le mode d'accès au métier, dans le but d'identifier sur les territoires d'éventuels candidats à cette profession et d'engager des initiatives locales avec des partenariats efficaces : secteur associatif, ANPE...
- En externe : communication auprès des établissements et services du secteur PA/PH, afin d'inscrire l'accueil familial comme offre innovante, souple et complémentaire, dans le dispositif d'accueil des PA/PH.

<sup>178</sup> [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/ssiad\\_annexe\\_8.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/ssiad_annexe_8.pdf)

Ce type d'accueil pourrait aussi faire l'objet d'actions de communication, comme le salon des services à la personne (participation en 2009), de campagnes de communication, articles de presse, émissions télévisées...dont les effets sont relativement positifs.

Par ailleurs, les accueillants familiaux sont souvent isolés et dispersés sur le territoire départemental. Des initiatives pourraient être encouragées pour fédérer davantage la profession. Elles se déclinent sous forme du renouvellement des groupes de parole, de la relance de nouveaux groupes de formation initiale, du soutien aux initiatives associatives et par des participations à des manifestations publiques rassemblant les accueillants familiaux.

- **La question de l'amélioration du contrôle de proximité des accueillants familiaux et du suivi des personnes accueillies**

Le Département assure, au terme de la loi, une mission de contrôle des accueillants et de suivi social et médico-social des personnes accueillies (article L.441-2 du code de l'action sociale et des familles). Ces missions de contrôle gagneraient à être réalisées par des équipes médico-sociales locales, permettant de renforcer les accueillants dans des réseaux de professionnels du secteur pA-PH

- **Innovations sur les modes de gestion des accueillants familiaux et création de réseaux.**

Des expériences de services mandataires déjà existantes pourraient être plus ou moins modélisées sur le territoire du Département, dans le domaine de l'accueil des adultes handicapés.

Des associations gestionnaires d'ESAT, de foyers d'hébergement pour adultes handicapés peuvent travailler en réseau avec quelques accueillants familiaux et développent une forme de gestion sur le mode mandataire avec l'accueillant familial.

Cette expérimentation ouvre des perspectives concernant l'accueil familial sous mandat qu'il serait sous doute intéressant de modéliser pour le dupliquer à d'autres associations pouvant être intéressées. Ce système permettrait d'adosser l'accueil de personnes adultes handicapées à une structure apportant un soutien administratif, un suivi de la personne accueillie, des solutions en terme de remplacement par exemple. Ce système pourrait également concerner des accueils temporaires (vacances), séquentiels (week-end) ou permanents, ouvrant ainsi la palette des prises en charge susceptibles d'être proposées par les établissements.

- Une réflexion identique peut également être initiée à partir d'une expérience menée sur une commune des Monts d'Or par une association du secteur des accueillants familiaux PA/PH.

Cette association loue un appartement à un bailleur social qu'elle sous-loue ensuite à l'accueillante et aux personnes accueillies. Elle agit ensuite au nom de la personne accueillie, par mandat écrit, et règle le salaire de l'accueillant et de son remplaçant ainsi que le loyer au bailleur social.

- La création de véritables « services » d'accueil familial.

La loi du 5 mars 2007 instaure la possibilité pour des personnes morales de droit public (collectivités territoriales) ou de droit privé d'être employeurs d'accueillants familiaux (articles L.444-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles). Elle apportera des avancées concernant le statut des accueillants familiaux, désormais salariés de droit commun.

Dès lors que ces textes seront publiés, il conviendra d'autoriser et d'accompagner le développement de tels services, notamment auprès des centres communaux d'action sociale et du secteur associatif, qui pourraient être fortement intéressés par ce type d'accueil, normalement appelé à se développer.

- **L'application de l'ADPA et de la PCH pour les personnes accueillies chez les accueillants familiaux**

Pour l'ADPA, le forfait pour charge dépendance versé aux personnes âgées accueillies, en fonction de leur GIR, ajouté à un plan d'aide individualisé pour payer différents frais (coiffeur, pédicure,



accueil de jour, surveillance relais, transport, protections pour l'incontinence...) n'a pas été revalorisé depuis 2003. Il serait souhaitable que ce forfait évolue au même rythme que l'ADPA à domicile.

Pour la PCH, rien n'est à ce jour prévu quant à son application pour les personnes handicapées accueillies chez les accueillants familiaux. Or, le nombre de ces personnes croît. Aussi pourrait-on envisager d'appliquer le même fonctionnement que pour l'ADPA, c'est-à-dire verser un montant forfaitisé en fonction du degré de dépendance, forfait qui évoluerait chaque année avec le minimum garanti et mettre en place un plan d'aide individualisé pour les frais de transports et d'accueil de jour, pour des protections contre l'incontinence etc.

CESU : <http://www.cesu.urssaf.fr/cesweb/home.jsp>

Portail des métiers de la santé et du social : <http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/>

SSIAD-DDASS Rhône: [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne\\_agee\\_handicapee/personne\\_agee/pdf/ssiad\\_planif\\_250507.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/rhone/personne_agee_handicapee/personne_agee/pdf/ssiad_planif_250507.pdf)

## 3.6 Un nouveau dispositif au service des personnes vulnérables

En dehors des aspects environnementaux qui viennent d'être décrits, il convient de présenter les dispositions de la loi du 5 mars 2007 qui impactent l'accompagnement des personnes vulnérables.

La loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection des majeurs modifie :

- Le code civil : la loi du 3 janvier 1968 définissant et organisant les mesures de protection civile,
- Le code de la sécurité sociale : la loi du 18 octobre 1966 instituant la tutelle aux prestations sociales,
- Le code de l'action sociale et des familles.

La particularité de la loi du 5 mars 2007 est d'instituer une protection sociale au regard de la protection judiciaire. Les mesures civiles, attentatoires aux droits des personnes, sont recentrées sur les situations de réelle altération des capacités. Le Département devient un acteur clé de la protection des majeurs.

### 3.6.1 Une protection préservant le droit des personnes

L'article 415 du code civil stipule :

*« Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire. Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci. Elle est un devoir des familles et de la collectivité publique ».*

### 3.6.2 Une protection articulée en 3 dispositifs

#### 3.6.2.1 Dispositif conventionnel : le mandat de protection future

Le mandat de protection future est l'une des principales innovations de la loi 2007. Il permet à toute personne d'organiser sa protection pour l'avenir ainsi que celles de ses biens dans le cas où elle ne serait plus en mesure de le faire elle-même en raison de son état de santé physique ou mental évitant ainsi des mesures judiciaires de protection. Il permet également d'organiser l'avenir d'un enfant souffrant d'une maladie ou d'un handicap en choisissant la personne physique ou morale qui sera chargée de s'occuper de lui lorsque ses parents ne seront plus en mesure de le faire eux-mêmes : on parle alors de « mandat pour autrui ».

Le mandat de protection future peut porter sur la gestion des biens, du patrimoine mais aussi s'étendre à la protection de la personne qui ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts. Ce mandat n'entraîne pas la privation des droits. Il peut prendre 2 formes : sous seing privé (il peut être contresigné par un avocat) ou par acte notarié.

#### 3.6.2.2 Dispositif social : La mesure d'accompagnement social personnalisé (M.A.S.P.)

La mise en œuvre de cette mesure est de la responsabilité des Départements. La création de mesures d'accompagnement social répond à une volonté de maintien du plus grand nombre de prises en charge possible dans le champ de la protection sociale, et constitue une réponse spécifique pour les personnes socialement vulnérables.

La mesure d'accompagnement social personnalisé est définie par les articles L.271-1 et suivants du CASF : *« toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources peut bénéficier d'une mesure*

*d'accompagnement social personnalisé qui comporte une aide à la gestion de ses prestations sociales et un accompagnement social individualisé ».*

La liste des 29 prestations sociales permettant de déterminer l'éligibilité à la MASP est fixée par décret n° 2008-1498 du 22 décembre 2008.

Il s'agit une gradation de prise en charge tendant à rétablir les conditions d'une gestion autonome des prestations sociales :

- **A partir d'un cadre contractuel** (contrat signé entre la personne à accompagner et le Département) :
  - **MASP simple** (ou MASP 1) est un accompagnement social et budgétaire, autrement dit une aide à la gestion des prestations sociales et un accompagnement social individualisé.
  - **MASP avec perception et gestion des prestations sociales** (ou MASP 2) : le bénéficiaire du contrat autorise le Département à percevoir et à gérer pour son compte tout ou une partie des prestations qu'il perçoit, en les affectant en priorité au paiement du loyer et des charges locatives en cours. Le Département du Rhône a fait le choix d'externaliser la gestion des prestations.
  
- **Ou d'un cadre décidé par le juge d'instance**
  - **MASP contraignante** (ou MASP 3) : Cette mesure s'impose à l'intéressé, son objectif étant de prévenir une expulsion locative lorsque le loyer et/ou les charges ne sont pas respectés depuis au moins deux mois. Le Président du Conseil Général saisit alors le juge d'instance pour obtenir l'autorisation de verser chaque mois le montant du loyer et des charges directement au bailleur, par prélèvement sur les prestations sociales de l'intéressé.
  - **La Mesure d'Accompagnement Judiciaire** (MAJ) figure dans le code civil mais elle intervient en amont des mesures de protection civile, et en cas d'échec d'une M.A.S.P, article L 271-6 CASF : *« lorsque les actions prévues au présent chapitre n'ont pas permis à leur bénéficiaire de surmonter ses difficultés à gérer les prestations sociales qui en ont fait l'objet et que sa santé ou sa sécurité en est compromise, le Président du Conseil Général transmet au Procureur de la République un rapport comportant une évaluation de la situation sociale et pécuniaire ainsi qu'un bilan des actions personnalisées menées... »*

### 3.6.2.3 Dispositif judiciaire : les mesures de protection civile dans les situations médicalement avérées d'altération des facultés

Les mesures de protection civile sont de trois types : sauvegarde de justice, curatelle et tutelle.

Article 425 du Code Civil : *« toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique ... »*

Depuis la loi du 5 mars 2007, la demande d'ouverture d'une mesure de protection civile adressée au Procureur de la République doit obligatoirement être accompagnée, sous peine d'irrecevabilité, d'un certificat médical circonstancié rédigé par un médecin agréé, choisi sur une liste établie par le Procureur (à demander au greffe du tribunal).

Le coût de l'expertise est de 160€. Si les ressources de la personne à protéger sont insuffisantes, une demande d'aide juridictionnelle peut être faite. Le certificat médical du médecin traitant ne suffit plus.

- La sauvegarde de justice : article 433 du Code Civil *« le juge peut placer sous sauvegarde de justice la personne qui, pour l'une des causes prévues à l'article 425, a besoin d'une protection juridique temporaire ou d'être représentée pour l'accomplissement de certains*

*actes déterminés* ». La mise en sauvegarde, médicale comme judiciaire, sera limitée à 1 an et renouvelable une seule fois.

- La curatelle : assistance dans les actes importants de la vie civile. La curatelle pour « prodigalité, intempérance et oisiveté » est supprimée. Il s'agit ici d'une volonté affichée de supprimer les motifs dits « sociaux » pour arriver à une médicalisation de la vulnérabilité.
- La tutelle : représentation dans les actes de la vie civile. Dans la loi de 2007, le droit de vote est maintenu sauf si le juge a pris un avis contraire et expliqué ses raisons. La tutelle n'est prononcée seulement s'il est établi que ni la sauvegarde de justice ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante.

Pour ces 2 dernières mesures, la durée est fixée à 5 ans et la situation est systématiquement réexaminée. La mesure peut être prolongée à condition qu'un certificat médical soit joint et atteste d'une évolution improbable des facultés de la personne pendant ce laps de temps.

Ces nouvelles mesures visent à préserver un certain nombre de droits dits sociaux tant que possible par un accompagnement social et permet à chaque personne de préparer sa protection comme il le souhaite positionnant ainsi la personne même vulnérable comme acteur de sa vie. Ces valeurs ont guidé l'élaboration des orientations stratégiques du schéma.

# 3

## **PILOTAGE ET ANIMATION DE LA MISE EN ŒUVRE**

**I. LES INSTANCES DE SUIVI**

**II. UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION**

# PILOTAGE ET ANIMATION DE LA MISE EN ŒUVRE

## I - LES INSTANCES DE SUIVI

---

Le comité de suivi du schéma a exercé une mission de veille sur l'ensemble des travaux du schéma. Fortement impliqué tout au long des travaux, il entre naturellement dans ses prérogatives de continuer ses missions lors de la mise en œuvre opérationnelle.

Constitué de l'ensemble des professionnels des champs du handicap et du vieillissement dans ses composantes environnementales dont les directeurs de Pôles du Département, et de représentants d'institutions (DDASS) de représentants des usagers, il pourrait être en charge de l'évaluation de l'avancement des programmes d'action.

La mobilisation de cette instance animée par le Pôle PA-PH du Département une fois par an pendant les 5 années du schéma permettrait de faire le point sur les avancées, les difficultés ou les problématiques nouvelles qui émergeraient.

Par ailleurs, le CODERPA comme il est prévu dans ses missions sera appelé à formuler un avis sur l'avancement de la mise en œuvre du schéma.

## II - UNE DEMARCHE D'EVALUATION

---

La démarche d'évaluation a pris naissance en même temps que l'élaboration des premiers travaux transmis par les groupes.

L'ensemble des membres des groupes de travail thématiques ont été encouragés par les animateurs à produire pour chaque action, des indicateurs de mesure, des méthodes de collecte, et le résultat attendu.

Cette démarche d'évaluation accompagné la l'Observatoire Départemental a permis d'affiner les objectifs stratégiques et de conférer une dimension opérationnelle à chaque action. Ainsi, certaines actions ont été revues sous l'angle de la faisabilité.

L'ensemble de ces travaux a été restitué sous forme d'un document « Synthèse des contributions des groupes de travail thématiques dans la perspective de l'élaboration du schéma PA-PH 2009-2013 » consultable sur le site [www:\schemas.erasme.org](http://www.schemas.erasme.org) dans lequel on retrouve pour chaque programmes d'action un chapitre sur l'évaluation.

Dans un souci de lisibilité, les fiches programmes d'action retenues pour le schéma ne mentionnent que le résultat attendu. Mais lors de la mise en œuvre, ces indicateurs de suivi et les méthodes de collecte seront repris très précisément afin d'assurer une évaluation complète des actions.

Cette démarche d'évaluation développée avec l'ensemble des acteurs dès le début des travaux, contribue à développer une culture de l'action et s'inscrit dans l'esprit de l'efficacité des politiques publiques.

# 4

## **ANNEXES**

**I. LES INSTANCES D'ANIMATION DU SCHÉMA**

**II. LISTE DES SIGLES**

**III. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

**IV. CARTES COMPLÉMENTAIRES**

# I - LES INSTANCES D'ANIMATION DU SCHEMA

## 1 COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE

Nom - Prénom	Titre	Organisme
<b>Membres représentant le département</b>		
M. DELORME Jean-Paul	Vice-président chargé des Personnes âgées	Département du Rhône
M. BARADUC François	Vice-président chargé des Personnes handicapées	Département du Rhône
M. LAFFLY Paul	Président Commission Affaires sociales	Département du Rhône
M. FIALAIRE Bernard	Vice-président Santé et prévention	Département du Rhône
Mme VOTTERO Jacqueline	Commission Affaires sociales	Département du Rhône
M. ZANCHI Lilian	Commission Affaires sociales	Département du Rhône
Mme BERLIERE-MERLIN Nicole	DGA - Pôle PA-PH	Département du Rhône
<b>Membres représentant les organismes d'Etat et de sécurité sociale</b>		
M. MAY	Représentant de la DDASS du Rhône	DDASS
M. MAY	Représentant de l'ARH Rhône-Alpes	ARH - ARS
M. LATELTIN	Directeur adjoint DDTEFP	DDTEFP
<b>Membres représentant les organismes et associations</b>		
M. LECOMTE	Directeur du groupement hospitalier de la gériatrie	HCL
Mme DIEREMAN Pascale	Directrice	UNA
M. CLERC	Président de l'ADAPEI	ADAPEI
Mme LELIEVRE	directeur d'exploitation	ACPPA
Mme CORBET Eliane	Directrice technique	CREAI
M. JALLAGUIER	Représentant de l'URIOPSS	URIOPSS
Dr THOULON J-M	Conseiller ordinal	Conseil de l'Ordre des médecins du Rhône
M. TESSE Benoît	Secrétaire général UNAPEI	UNAPEI
Mme LAURENT Eliane	Membre du CODERPA	CODERPA RHONE
Mme PRETET Aude	Association Petits frères des pauvres Vice-Présidente	CODERPA RHONE
Mme HELLY Claire	Présidente	France Alzheimer Rhône
M. CLERC	Vice-président	CDCPH
M. GIOT	Membre de la COMEX	UNAFAM
M. JUNCKER	Directeur	ARIMC
M. RENNINGER	Directeur	Education et Joie



## 2 COMPOSITION DU COMITE DE SUIVI

Nom - Prénom	Titre	Organisme
Mme MAY-CARLE	Sous-Directeur Offre de soins	DDASS
		ARH-ARS
M. SEROUART Jean-Michel	Directeur de l'action sociale	CAF
Mme HOMRANI	Responsable action sanitaire et sociale	CPAM Lyon
Mme AUDINAT	Responsable service social	CRAM
Mlle LEMOINE	Attachée de direction - sous direction action sanitaire et sociale	CRAM
Mme POBEL	Responsable adjointe service social	CRAM
Mme GIAUX Evelyne	Attchée de direction Action sanitaire et sociale	MSA
Mme MATHEVON	Coordinatrice	PDITH
M. THOUANEL	Directeur général	CAP emploi
M. LUNVEN	Directeur	CAP Emploi
M. GUILLOIS Cédric	Directeur adjoint Travailleurs handicapés	ANPE
M. BAJARD Bernard.	Président	Collectif Handicap 69
M. COMPAGNIE		Collectif Handicap 69 - Messidor
M. BRUN Thierry	Directeur des établissements Messidor	Collectif Handicap 69 - Messidor
M. OKAZ	Directeur régional Rhône-Alpes	Médica France
M. LEMARIE	Directeur d'établissement	Médica France
M. DRESSY	Directeur ADMR	ADMR
Mme CATTENAT	Directrice	CRIAS Mieux vivre
M. BENSA	Collège 1	CODERPA RHONE
Mme BOLLOT	Collège 1	CODERPA RHONE
M J.P VILLEROT	Président	ALGED
Mme TABET	Vice-Présidente	Sésame Autisme Rhône Alpes
M. FALAISE	Délégué général	AFM
Mme ENSELME	Directrice	APF
M PAGES	Directeur Régional	APF
M. CHAPUIS	Président	OVE
M. DELERCE	Directeur	ADAPT
M. DUCHON-DORIS	Président	Comité Louis Braille
M VINCIGUERRA	Président	Service social des sourds
M MONOT	Président	Coordination 69 Soins psychiques et réinsertions
Mme MIGNOTTE		Coordination 69 Soins psychiques et réinsertions
Mme BERLIERE-MERLIN Nicole	Directrice Générale Adjointe Pôle PA/PH	Département du Rhône
Dr VOCANSON Maryse	Directrice Coordination médico-sociale	Département du Rhône
M. GAUCHER Stéphane	Directeur Service des Etablissements PH	Département du Rhône
M. BOLMONT Didier	Directeur Service des Etablissements PA	Département du Rhône
Mme ATAMER Sylvie	Directrice Service de la Vie à domicile	Département du Rhône

Mme CANALS Céline	Adjointe à la Directrice Service vie à domicile	Département du Rhône
Mme VALLIER Claude	Directrice Coordination administrative	Département du Rhône
M. JOOS Pierre	Secrétaire général	MDPH
Mme BACHELOT- JOURNET	Déléguée générale Pôle Proximité territoriale	Département du Rhône
Dr PAMIES Sophie	Directrice Conseil technique Santé	Département du Rhône
Mme GRANGE	Conseil technique Social	Département du Rhône
Mme VEYDARIER	Déléguée générale Pôle Intégration	Département du Rhône
M. DIENY	DGA Pôle Infrastructure et déplacements	Département du Rhône
Dr DUCOS-MIERAL Claude	Directrice Observatoire Départemental	Département du Rhône
Mme DORLIAT Isabelle	Déléguée Générale Pôle Enfance Famille et PMI	Département du Rhône

### 3 ANIMATEURS DES GROUPES DE TRAVAIL

Intitulé du groupe	Animateurs	Organismes
Approche territoriale coordonnée	Dr COLOM	Département du Rhône
	Mme MAY-CARLE	DDASS
Accompagnement médico-social des personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs	Dr CHOVEL	Département du Rhône
	Mme HELLY	France Alzheimer Rhone
Evolution des établissements d'hébergement pour personnes âgées	M. BOLMONT	Département du Rhône
	Mme LEFEVRE-WEISHARD	DDASS
Environnement : Accès au logement (et maintien)	Dr VOCANSON	Département du Rhône
	Mme PERRIN-NIQUET	Département du Rhône
Environnement : Accessibilité aux transports	Dr COLOM	Département du Rhône
	M. KONZOLA	Département du Rhône
Environnement : Accessibilité aux NTIC	Dr COLOM	Département du Rhône
	M. MARTIN	Département du Rhône
Bien vieillir : Santé physique/prévention	Dr VOCANSON	Département du Rhône
	Dr PAMIES	Département du Rhône
Bien vieillir : Santé sociale : valorisation du rôle social des seniors, lutte contre l'isolement et ressources des seniors	Mme GRANGE	Département du Rhône
	Mme DURY	OVPAR
Bien vieillir : Avancée en âge des Personnes handicapées	Dr CHOVEL	Département du Rhône
	M. FILLASTRE	Département du Rhône
Aide aux aidants familiaux et professionnels : offre diversifiée et promotion de solutions alternatives	Dr CHOVEL	Département du Rhône
	Mme ROOS	Psychologue
Modernisation et innovation des services d'aide à domicile	Mme ATAMER	Département du Rhône
	Mme DIEREMAN	UNA
Observation MDPH	M. JOOS	MDPH
	Dr DUCOS-MIERAL	Département du Rhône
Insertion sociale : Travail adapté et accompagnement vers le milieu ordinaire, vie sociale et ressources des personnes âgées	Dr CHARPY	MDPH
	Mme MARIANI	DDASS
Promotion de la santé et accès aux soins	Dr DIONISIUS	Département du Rhône
	Dr THOLLY	DDASS
Evolution des établissements et des services	M. GAUCHER	Département du Rhône
	Mme MARIANI	DDASS

## II - LISTE DES SIGLES

---

<b>AAH</b>	Allocation Adulte Handicapé
<b>ACTP</b>	Allocation Compensatrice Tierce Personne
<b>ADIL</b>	Agence Départementale d'Information sur le Logement
<b>ADMR</b>	Aide à Domicile en Milieu Rural
<b>ADPA</b>	Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie
<b>AEEH</b>	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
<b>AGEFIPH</b>	Association nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologique, Groupe Iso Ressources
<b>AMP</b>	Aide Médico Psychologique
<b>ANPE</b>	Agence Nationale Pour l'Emploi
<b>APA</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>ARDH</b>	Allocation de Retour à Domicile après Hospitalisation
<b>ARH</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale
<b>CDAPH</b>	Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
<b>CDCPH</b>	Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
<b>CEFRA</b>	Centre d'Etudes de Formation et de Recherches Appliquées
<b>CESU</b>	Chèque Emploi Services Universels
<b>CICAT</b>	Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques
<b>CLIC</b>	Centre Local d'Information et de Coordination
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>CNAV</b>	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
<b>CNAVTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
<b>CODERPA</b>	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
<b>COTOREP</b>	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
<b>COURLY</b>	Communauté Urbaine de Lyon
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CRAM</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
<b>CPR</b>	Complément de ressources handicap
<b>CREAI</b>	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
<b>CRIAS Mieux vivre</b>	Centre du Rhône d'Information et d'Action Sociale
<b>CROSMS</b>	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale
<b>CRP</b>	Centre de Rééducation Professionnelle
<b>CTNERHI</b>	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DDTEFP</b>	Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
<b>DGAS</b>	Direction Générale de l'Action Sociale
<b>DMLA</b>	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
<b>DRAC</b>	Direction Régionale des Affaires Culturelles
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>EHPAD</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>ESAT</b>	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>FAM</b>	Foyer d'Accueil Médicalisé
<b>FDT</b>	Foyer à Double Tarification

<b>FH</b>	Foyer d'Hébergement
<b>FSI</b>	Fonds Spécial d'Invalidité
<b>FV</b>	Foyer de Vie
<b>GEVA</b>	Guide d'Evaluation des Besoins de Compensation de la Personne Handicapée
<b>GIHP</b>	Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques
<b>GIR</b>	Groupe Iso Ressources
<b>GMP</b>	GIR Moyen Pondéré
<b>GRPH</b>	Garantie de Ressources aux Personnes Handicapées
<b>HAD</b>	Hospitalisation à Domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HID</b>	Handicap Incapacité Dépendance
<b>HT</b>	Hébergement Temporaire
<b>IDE</b>	Infirmière Diplôme d'Etat
<b>IFROSS</b>	Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux
<b>IMC</b>	Infirmier Moteur Cérébral
<b>IME</b>	Institut Médico Educatif
<b>IMPRO</b>	Institut Médico-Professionnel
<b>INED</b>	Institut National d'Etudes Démographiques
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>LOTI</b>	Loi d'OrientatIon Transport Intérieur
<b>MACIF</b>	Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France
<b>MAIA</b>	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
<b>MAS</b>	Maison d'Accueil Spécialisée
<b>MASA</b>	Maladie d'Alzheimer et Syndrômes Apparentés
<b>MASP</b>	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>MDR</b>	Maison Du Rhône
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>OMPHALE</b>	Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Elèves
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale pour la Santé
<b>ONAC</b>	Office National des Anciens Combattants
<b>ONDAM</b>	Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie
<b>ORS</b>	Observatoire Régional de la Santé
<b>PA PH</b>	Personnes Agées Personnes Handicapées
<b>PAI</b>	Plan d'Aide Individualisé
<b>PCH</b>	Prestation de Compensation du Handicap
<b>PDITH</b>	Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés
<b>PMP</b>	Pathos Moyen Pondéré
<b>PMR</b>	Personnes à Mobilité Réduite
<b>PNNS</b>	Plan National Nutrition Santé
<b>PRIAC</b>	Programme régional Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'Autonomie
<b>PRSP</b>	Plan Régional de Santé Publique
<b>REAL</b>	Réseau Express de l'Aire Urbaine Lyonnaise
<b>RQTH</b>	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
<b>SAAD</b>	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
<b>SAMSAH</b>	Structure d'Accompagnement Médico-Sociale pour Adultes Handicapés
<b>SAVS</b>	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
<b>SESSAD</b>	Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
<b>SMIC</b>	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile

<b>TAD</b>	Transport A la Demande
<b>TCL</b>	Transports en Commun Lyonnais
<b>TIC</b>	Technologies de l'Information et de la Communication
<b>UASSAD</b>	Union Associations Services Soutien à Domicile
<b>UDAF</b>	Union Départementale des Associations Familiales
<b>UE</b>	Union Européenne
<b>USLD</b>	Unité de Soins de Longue Durée
<b>UT</b>	Unité Territoriale
<b>VQS</b>	Vie quotidienne et Santé

# III – LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

---

## 1 TABLEAUX

Tableau 1 : Population totale du Rhône à l'horizon 2020 .....	12
Tableau 2 : Population des plus de 60 ans par classe d'âge dans le Rhône .....	15
Tableau 3 : Répartition selon les classes d'âge des plus de 60 ans dans le Rhône .....	15
Tableau 4 : Répartition par GIR du nombre de personnes âgées dépendantes dans le Rhône au 31/12/2008.....	18
Tableau 5 : Prévalence de l'incapacité à partir de quatre questions générales de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003.....	24
Tableau 6 : Bénéficiaires des différents types d'aides financières dans le Rhône en cours de validité au 1/01/09 .....	25
Tableau 7 : Évolution du taux d'activité des personnes âgées depuis 1975.....	32
Tableau 8 : Espérance de vie à la naissance et à 60 ans en 1990, 1999 et 2005.....	46
Tableau 9 : Professionnels de santé libéraux en exercice au 01.01.2007 – nombre et densité pour 100 000 habitants.....	54
Tableau 10 : ADPA en 2008 dans le Rhône.....	73
Tableau 11 : Evolution des dépenses ADPA de 2004 à 2008 .....	75
Tableau 12 : Taux d'équipement des établissements pour personnes âgées au 1/01/08.....	85
Tableau 13 : Nombre de postes créés sur la période 2001-2008.....	86
Tableau 14 : Postes créés dans le cadre des Conventions tripartitesde seconde génération .....	86
Tableau 15 : Les tarifs moyens en établissement en 2009.....	88
Tableau 16 : CDAPH : Evolution globale des dossiers examinés de personnes adultes handicapées entre 2006 et 2008 .....	105
Tableau 17 : Evolution des décisions prises en CDA relative aux personnes adultes handicapées entre 2006 et 2008 .....	105
Tableau 18 : Evolution du nombre de commissions, du nombre de dossiers, et du nombre de décisions par commission pour les dispositifs adultes hors PCH.....	106
Tableau 19 : Structure de la population handicapée par activité selon la définition du handicap en 2007 .....	121
Tableau 20 Population en emploi : Caractéristiques individuelles des personnes handicapées et de l'ensemble de la population en 2007 .....	122
Tableau 21 : Taux d'équipement des structures PH dans le Rhône en 2006 – Données INSEE population Rhône 20-59 ans (2006).....	136
Tableau 22 : Taux d'équipement au 31 décembre 2008 (Nombre de places financées, pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans – Établissements compétence État) .....	136
Tableau 23 : Bilan des créations de places 2004-2008 (réalisation du schéma départemental et hors programmation annexée) : .....	137
Tableau 24 : PCH et ACTP en 2008 .....	144
Tableau 25 : Evolution des dépenses PCH et ACTP de 2004 à 2008.....	144

Tableau 26 : Nombre de logements adaptés au handicap par l'ANAH et montant des aides accordées dans le Rhône entre 2006 et 2008 .....	162
Tableau 27 : Tableau de synthèse « e inclusion ».....	173
Tableau 28 : Taux d'équipement en SSIAD au 1/01/2008 .....	184

## 2 FIGURES

Figure 1 : Pyramide des âges du Rhône à l'horizon 2020 .....	12
Figure 2 : Répartition selon les grandes classes d'âges .....	13
Figure 3 : Projection de population du Rhône à l'horizon 2020 : Evolution de la population totale de 2006 à 2020 .....	14
Figure 4 : Répartition selon le sexe et l'âge des plus de 60 ans dans le Rhône.....	16
Figure 5 : Projection de population du Rhône à l'horizon 2020 : Evolution de la population des 60 ans et plus de 2006 à 2020 .....	17
Figure 6 : Evolution de la structure de la population française entre 2005 et 2050 .....	19
Figure 7 : Les différentes populations de personnes handicapées.....	21
Figure 8 : Caractérisation des sept populations handicapées.....	22
Figure 9 : Prévalence des déficiences selon leur origine et par tranche d'âge.....	23
Figure 10 : Prévalence des principaux types de déficience selon les tranches d'âge en Rhône Alpes .....	23
Figure 11 : Bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap dans le Rhône en cours de validité au 1/01/09 .....	25
Figure 12 : Nombre de primo demandeurs MDPH dans le Rhône de 2005 à 2008.....	26
Figure 13 : Évolution du mode de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus .....	28
Figure 14 : Le ralentissement de la population active en France .....	30
Figure 15 : Typologie des cantons du Rhône .....	44
Figure 16 : Mortalité prématurée par canton et dans le Rhône .....	51
Figure 17 : Evolution des taux de décès par grande catégorie de causes de décès 1980-2004 .....	52
Figure 18 : Mortalité par cancers dans le Rhône par canton .....	52
Figure 19 : Mortalité par diabète dans le Rhône par canton .....	53
Figure 20 : Densité d'infirmiers libéraux et médecins libéraux dans le Rhône par canton .....	55
Figure 21 : Taux de pratique sportive selon par âge .....	63
Figure 22 : Taux de pratique des activités physiques ou sportives et part des pratiquants selon l'âge .....	63
Figure 23 : Répartition des bénéficiaires de l'ADPA en Décembre 2008.....	73
Figure 24 : Répartition des bénéficiaires de l'ADPA à domicile et en établissement selon le GIR en 2008 .....	73
Figure 25 : Evolution du nombre de bénéficiaires ADPA depuis 2004 .....	74
Figure 26 : Evolution de la part des bénéficiaires de l'ADPA à domicile et en établissement .....	74
Figure 27 : Part de prescription des aides matérielles dans les plans d'aide tous GIR confondus dans le Rhône en 2008 .....	76
Figure 28 : Répartition des décisions prises par la CDA en 2008.....	106



Figure 29 : Pourcentage de demandeurs d'emploi en situation de handicap parmi l'ensemble de la demande d'emploi au 31/12/2008 (catégories 1, 2 et 3) .....	124
Figure 30 : Les établissements et services d'aide (ESAT) par le travail dans le Rhône.....	127
Figure 31 : Répartition des 3 530 places en établissement installées au 1 <sup>er</sup> janvier 2009 par type de structure.....	134
Figure 32 : Répartition des 3 530 places en établissement installées au 1 <sup>er</sup> janvier 2009 par type de handicap.....	135
Figure 33 : Répartition des 1 449 places de services installées au 1 <sup>er</sup> janvier 2009 par type de structure.....	135
Figure 34 : Répartition des 1 449 places de services installées au 1 <sup>er</sup> janvier 2009 par type de handicap.....	136
Figure 35 : Evolution du nombre de places autorisées 2004-2009. Données au 1 <sup>er</sup> janvier 2009	138
Figure 36 : Evolution du nombre de places installées 2004-2009.....	138
Figure 37 : Evolution mensuelle des décisions PCH 2006-2008.....	141
Figure 38 : Répartition en 2008 des éléments de la PCH domicile accordés en volume financier .	142
Figure 39 : Répartition en 2008 des éléments de la PCH établissements accordés en volume financier .....	142
Figure 40 : Répartition des demandes accordées par type d'aide en 2008.....	143
Figure 41 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH à domicile .....	144
Figure 42 : Répartition des places par type de structure pour personnes handicapées vieillissantes ou âgées.....	148
Figure 43 : Difficulté d'accès au transport en fonction de l'âge .....	168
Figure 44 : Evolution du nombre de services autorisés par le Département entre 2006 et 2008 .	182
Figure 45 : Evolution du nombre de services avec agrément qualité DDTEFP entre 2006 et 2008	182
Figure 46 : Nombre de SAAD par canton dans le Rhône au 1/06/08.....	186
Figure 47 : Zones non couvertes ou doublement couvertes par un SSIAD.....	188

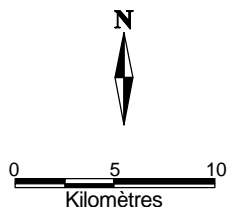
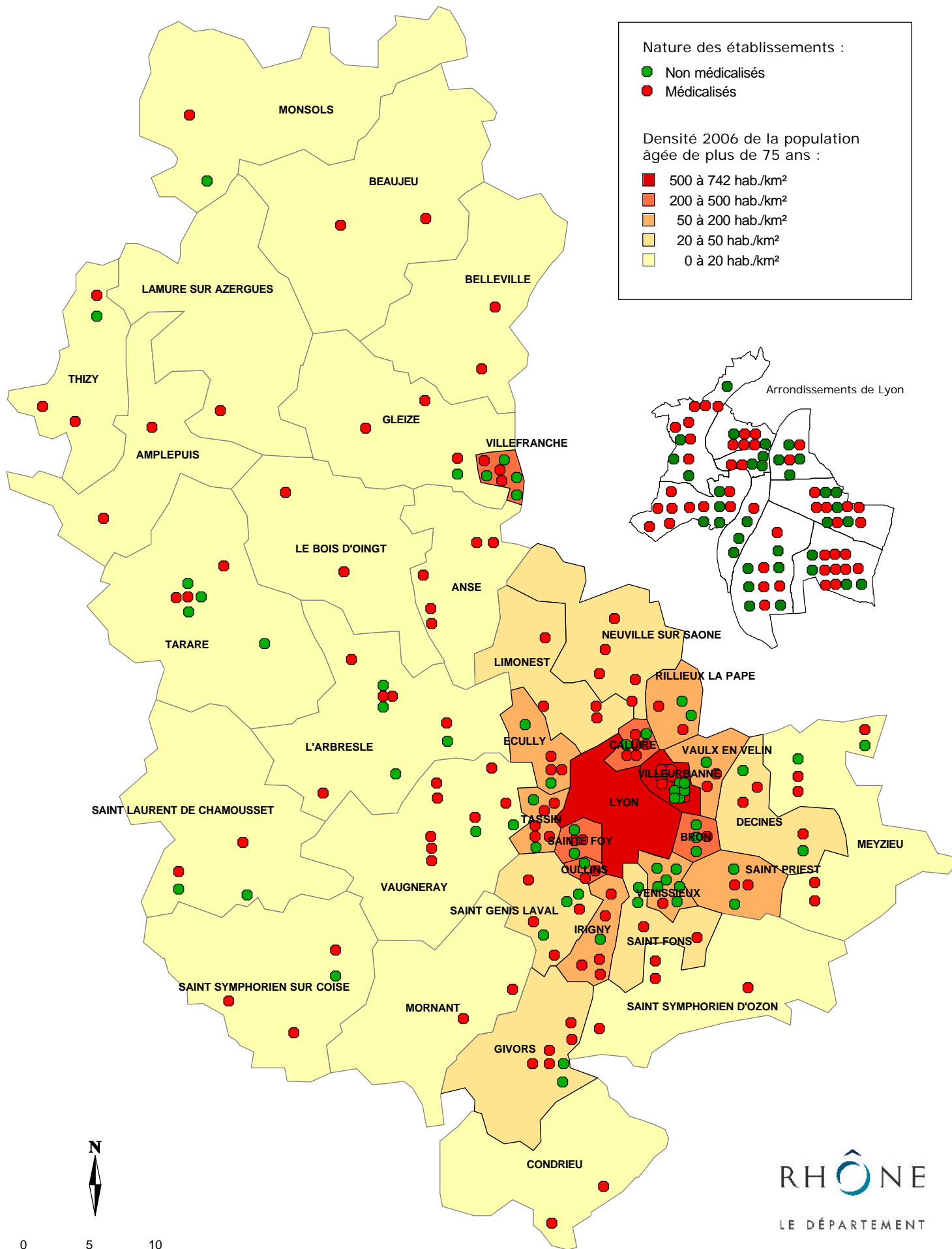
# **IV. CARTES COMPLÉMENTAIRES**

**I. PERSONNES ÂGÉES**

**II. PERSONNES HANDICAPÉES**

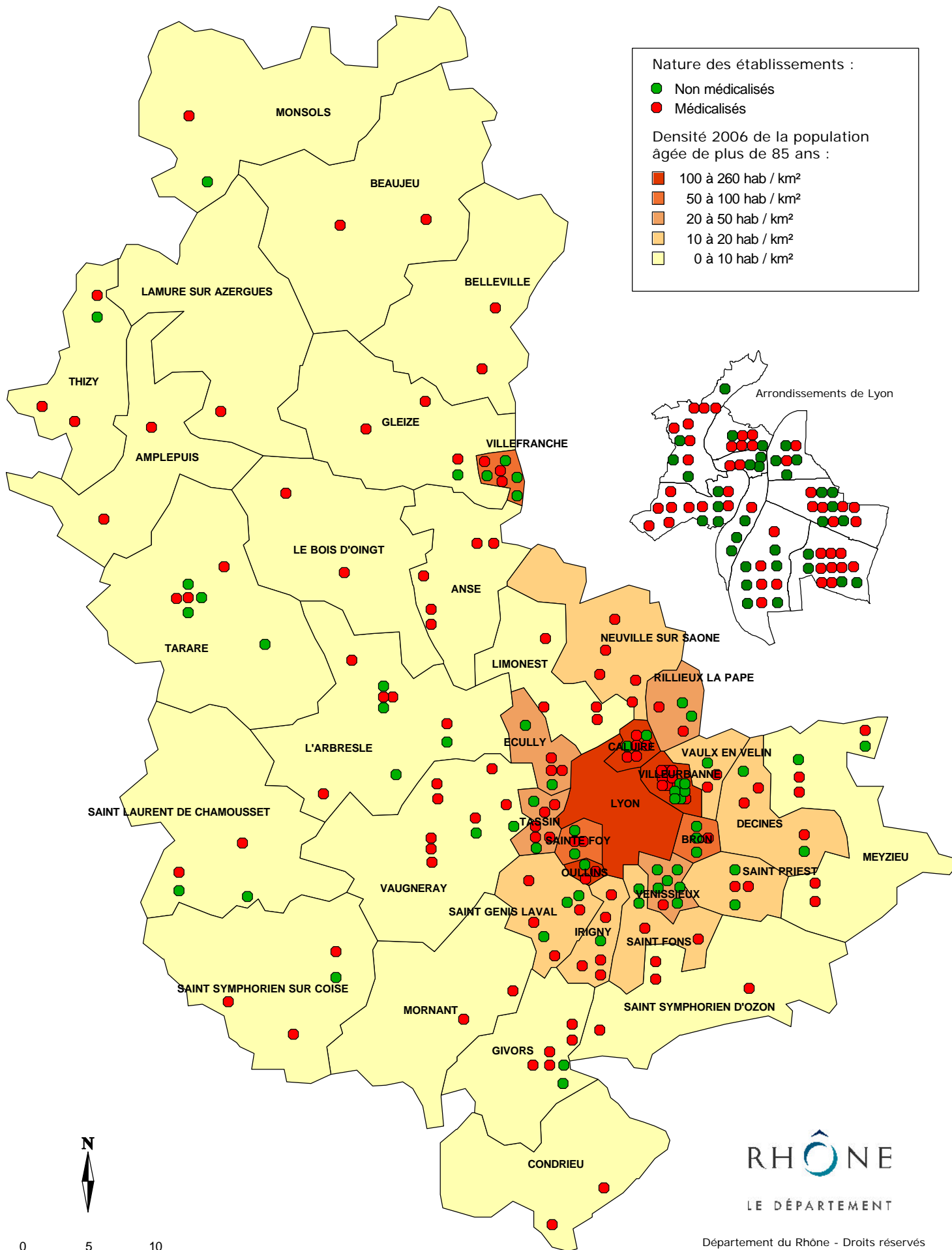
# I. PERSONNES ÂGÉES

# ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DANS LE RHÔNE et densité de population des plus de 75 ans - 2008



**RHÔNE**  
LE DÉPARTEMENT

# ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DANS LE RHÔNE et densité de population des plus de 85 ans - 2008



RHÔNE

LE DÉPARTEMENT

Département du Rhône - Droits réservés

CIG - Juillet 2009

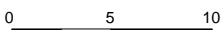
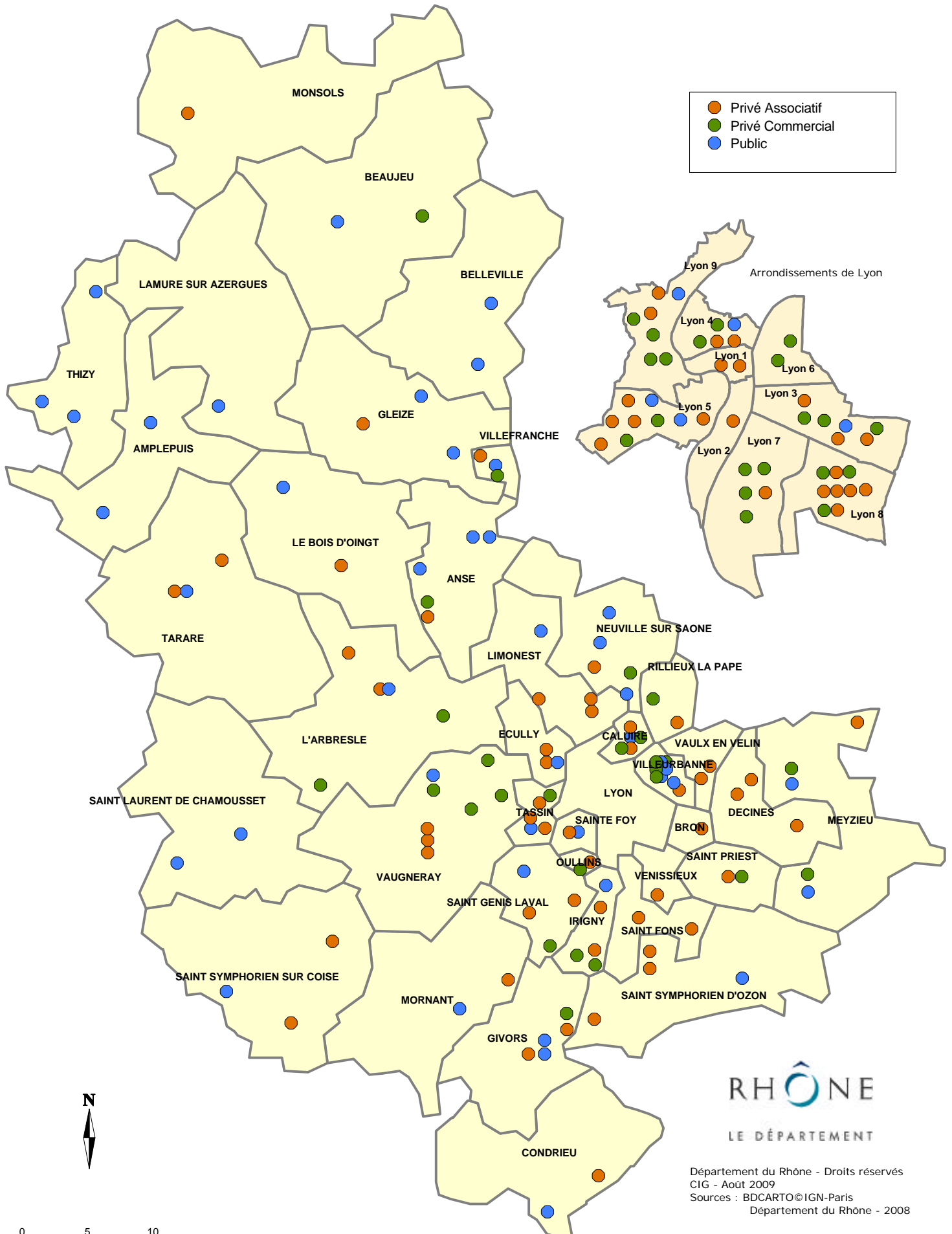
Sources : BDCARTO©IGN-Paris

INSEE RP 2006

Département du Rhône - 2008

# ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DANS LE RHÔNE

## Établissements médicalisés autorisés selon leur statut juridique - 2008

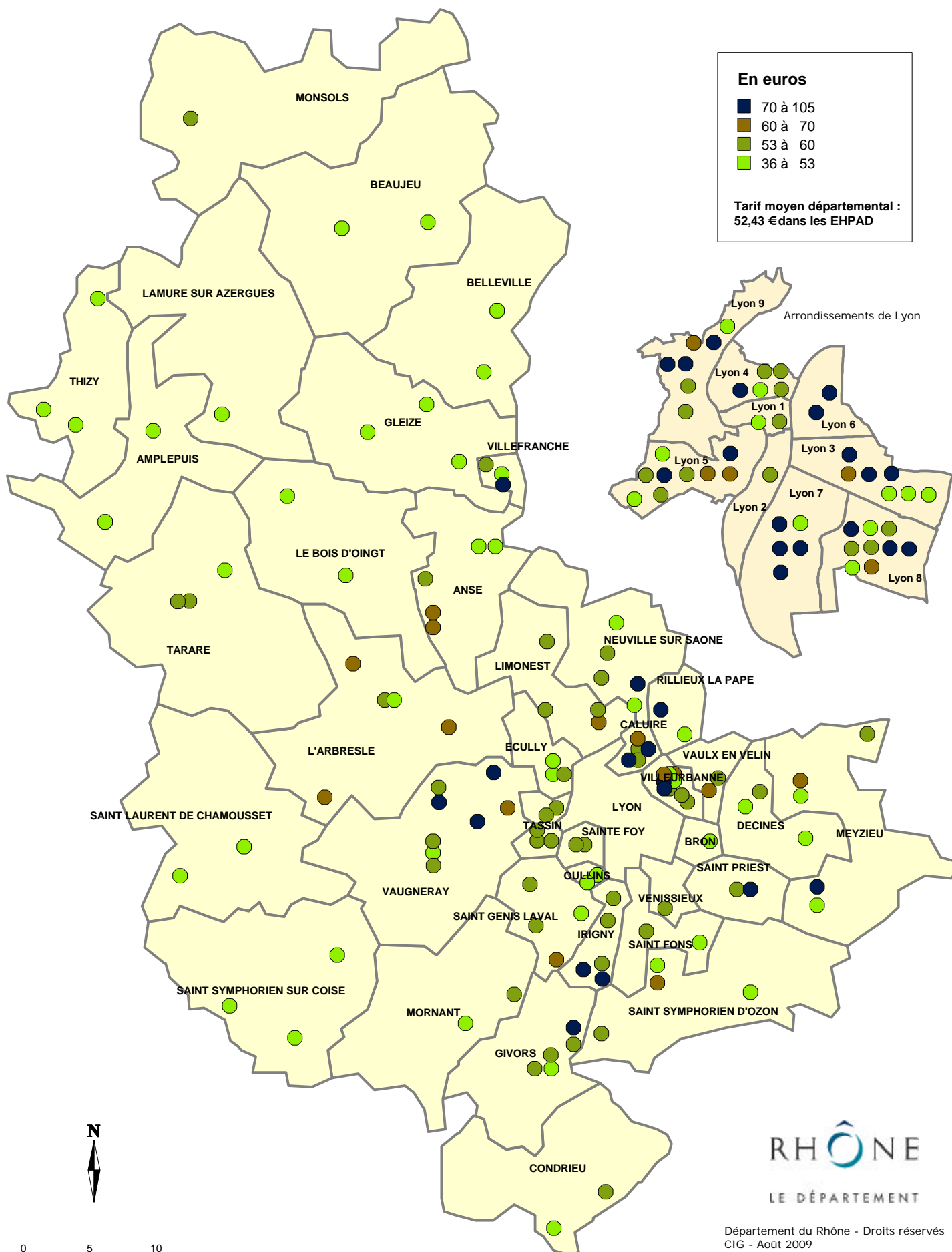


**RHÔNE**  
LE DÉPARTEMENT

Département du Rhône - Droits réservés  
CIG - Août 2009  
Sources : BDCARTO©IGN-Paris  
Département du Rhône - 2008

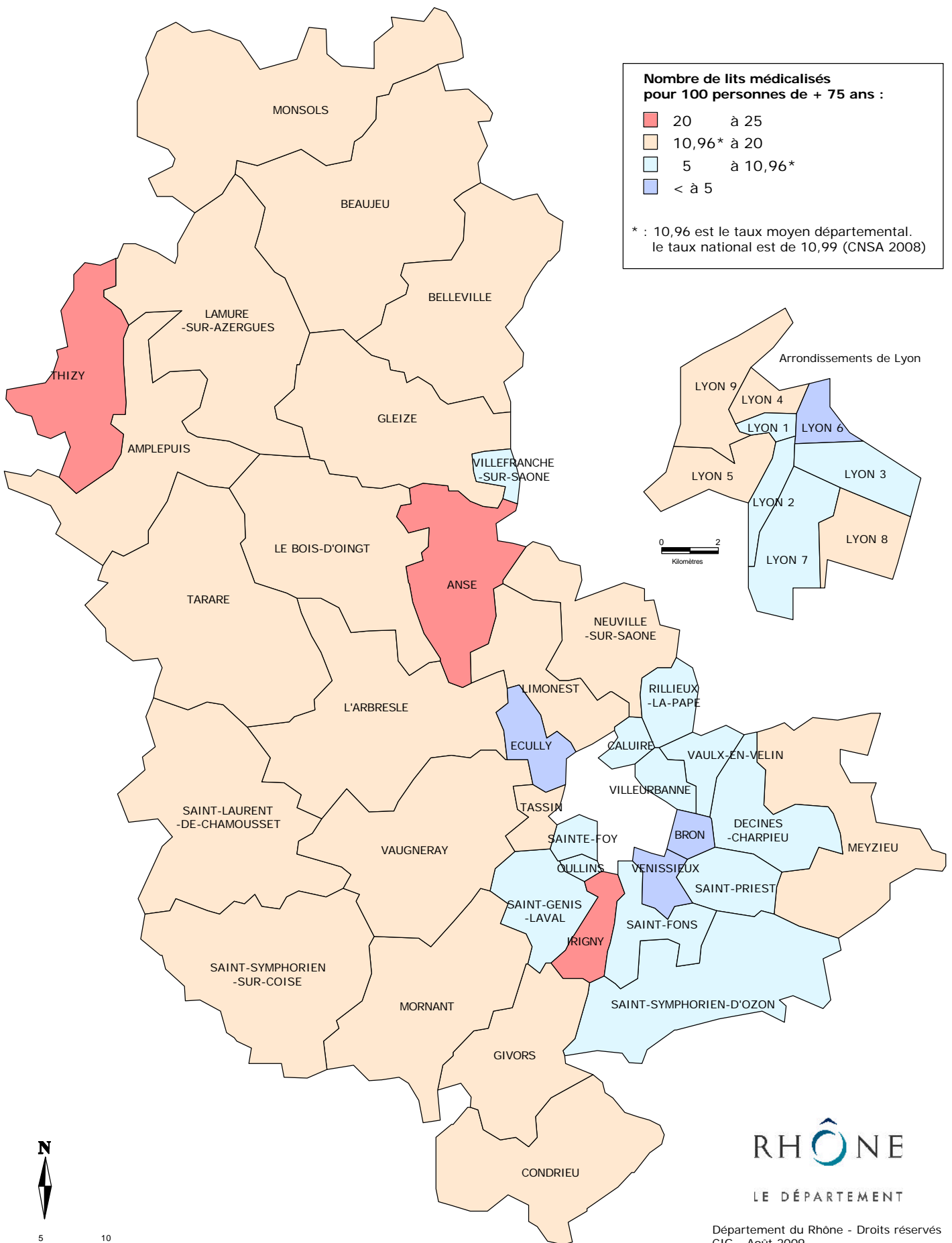
# ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DANS LE RHÔNE

## Établissements médicalisés autorisés selon leur prix de journée moyen - 2008



# ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DANS LE RHÔNE

## Taux d'équipement en lits médicalisés autorisés pour les plus de 75 ans - 2008



**RHÔNE**

LE DÉPARTEMENT

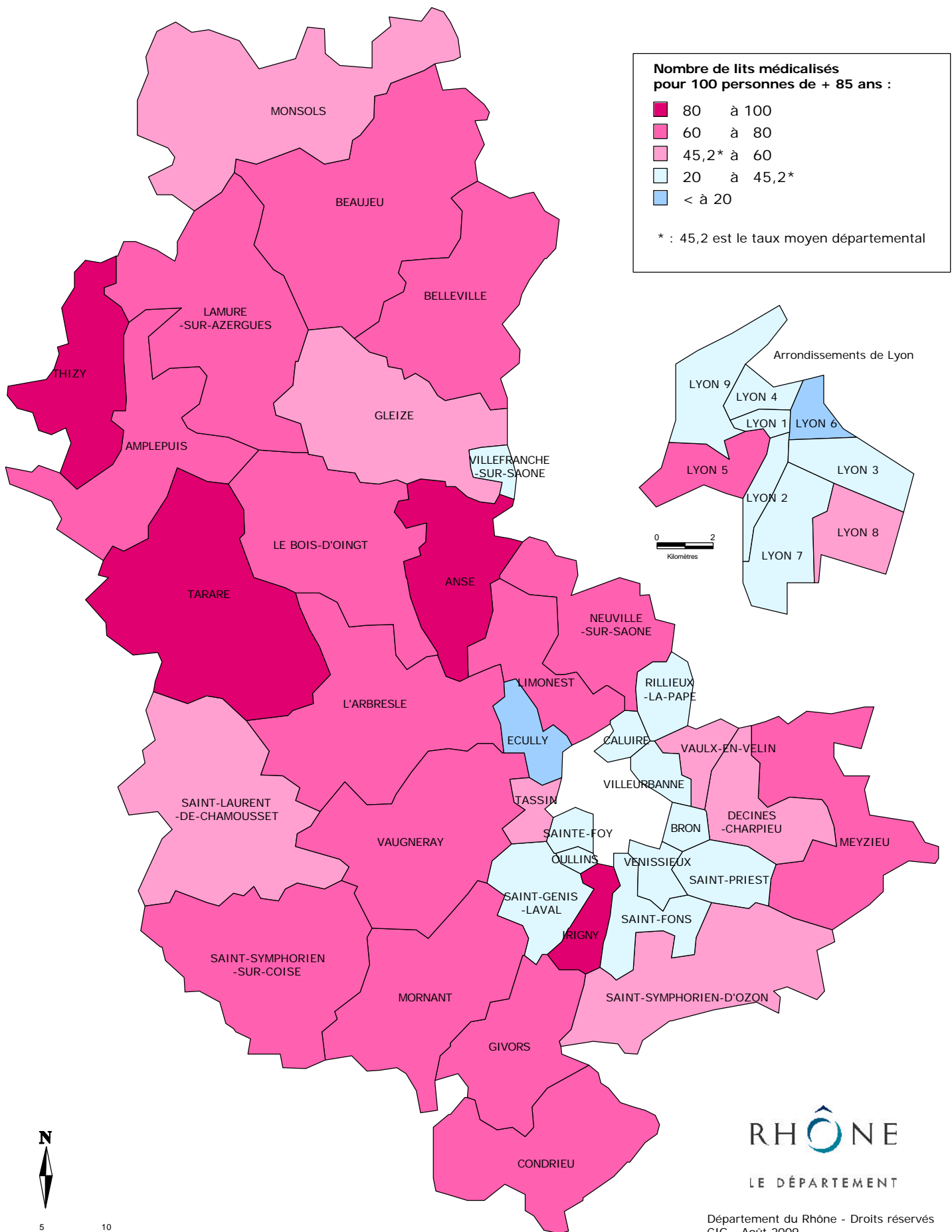
Département du Rhône - Droits réservés  
CIG - Août 2009

Sources : BDCARTO©IGN-Paris  
INSEE RP 2006  
Département du Rhône - 2008



# ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DANS LE RHÔNE

## Taux d'équipement en lits médicalisés autorisés pour les plus de 85 ans - 2008



**RHÔNE**

LE DÉPARTEMENT

Département du Rhône - Droits réservés

CIG - Août 2009

Sources : BDCARTO©IGN-Paris

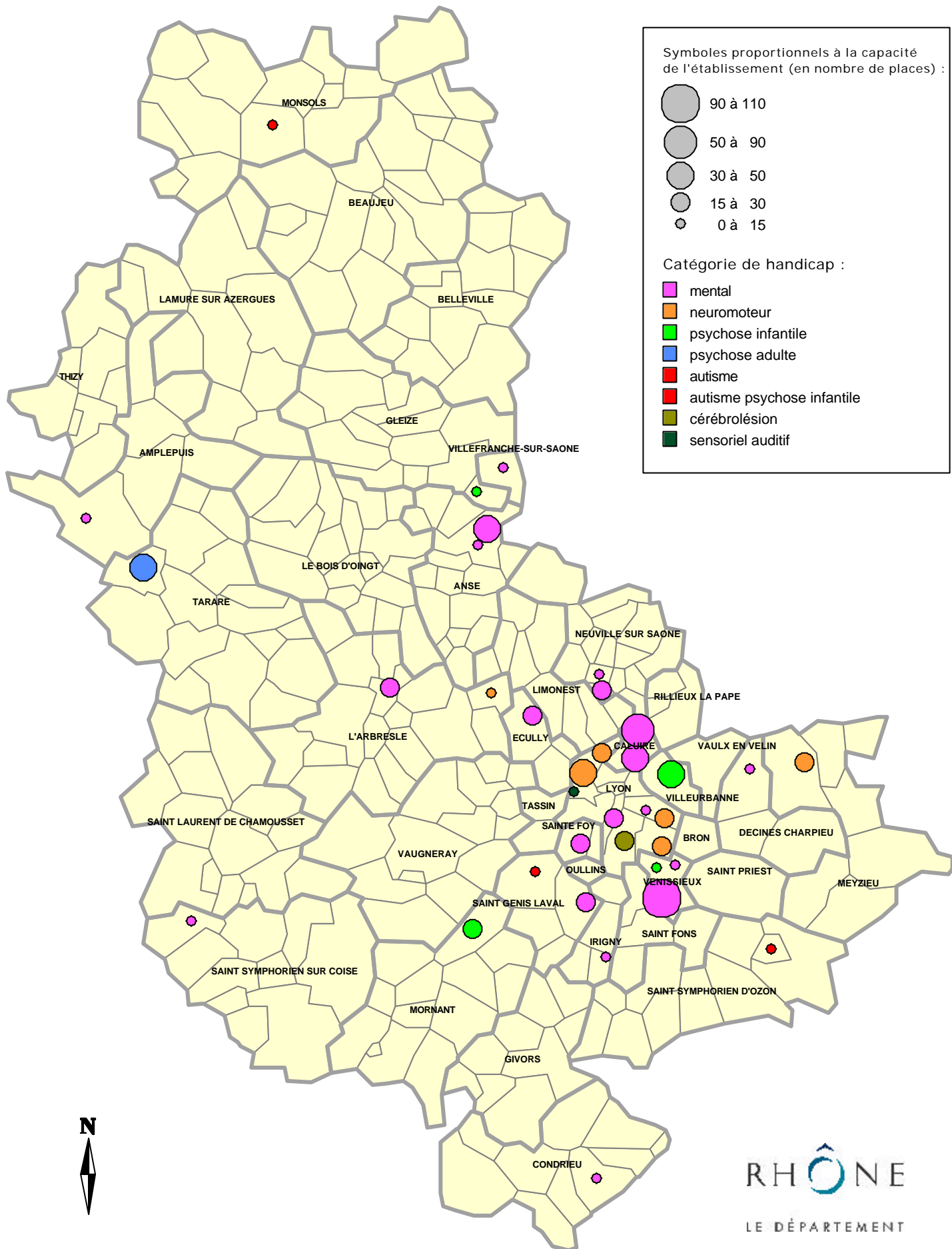
INSEE RP 2006

Département du Rhône - 2008

## **II. PERSONNES HANDICAPÉES**

# ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS DANS LE RHÔNE

## Les accueils de jour - 2008



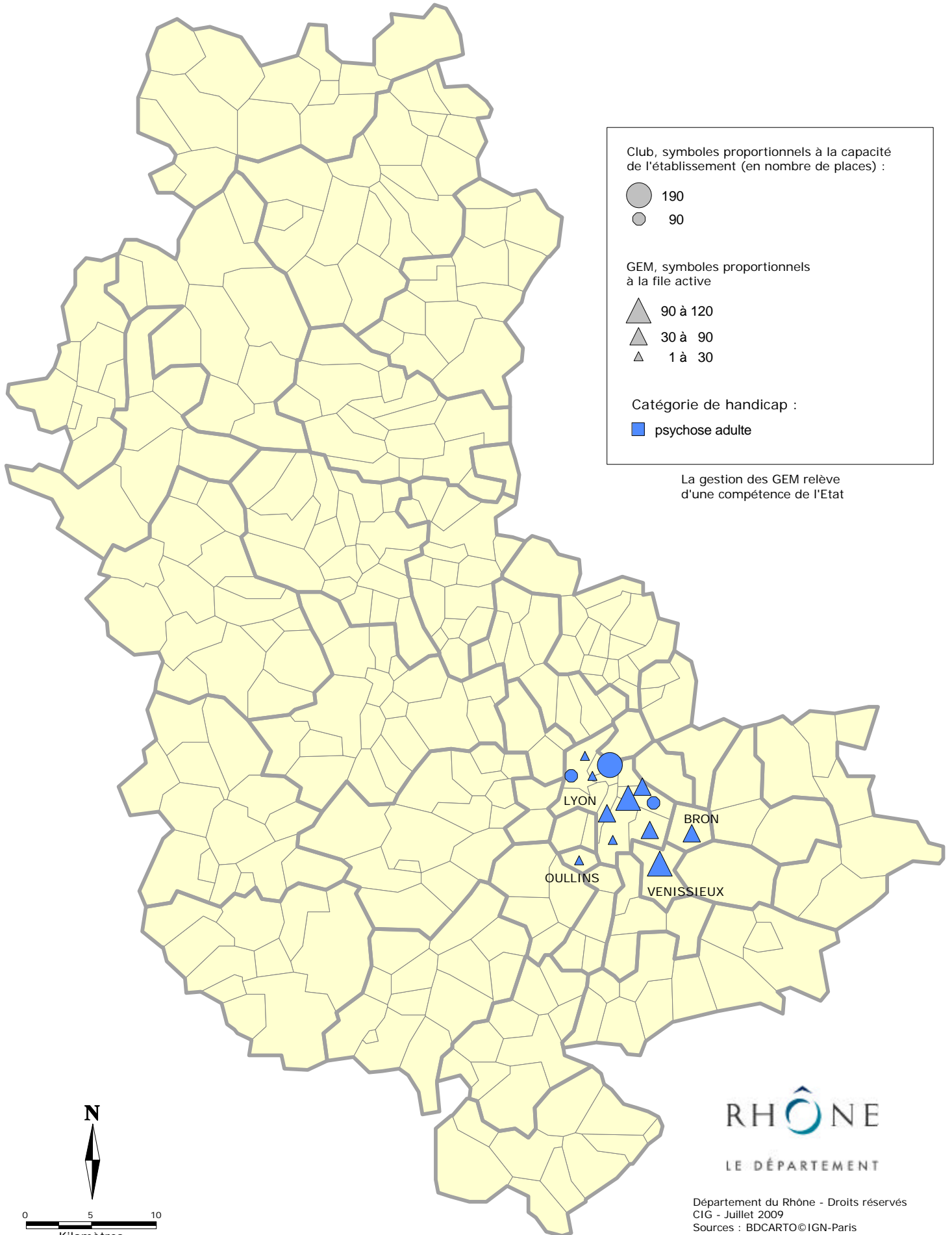
RHÔNE

LE DÉPARTEMENT

Département du Rhône - Droits réservés  
 CIG - Juillet 2009  
 Sources : BDCARTO©IGN-Paris  
 Département du Rhône-2008

# ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS DANS LE RHÔNE

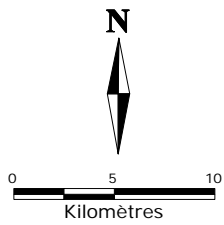
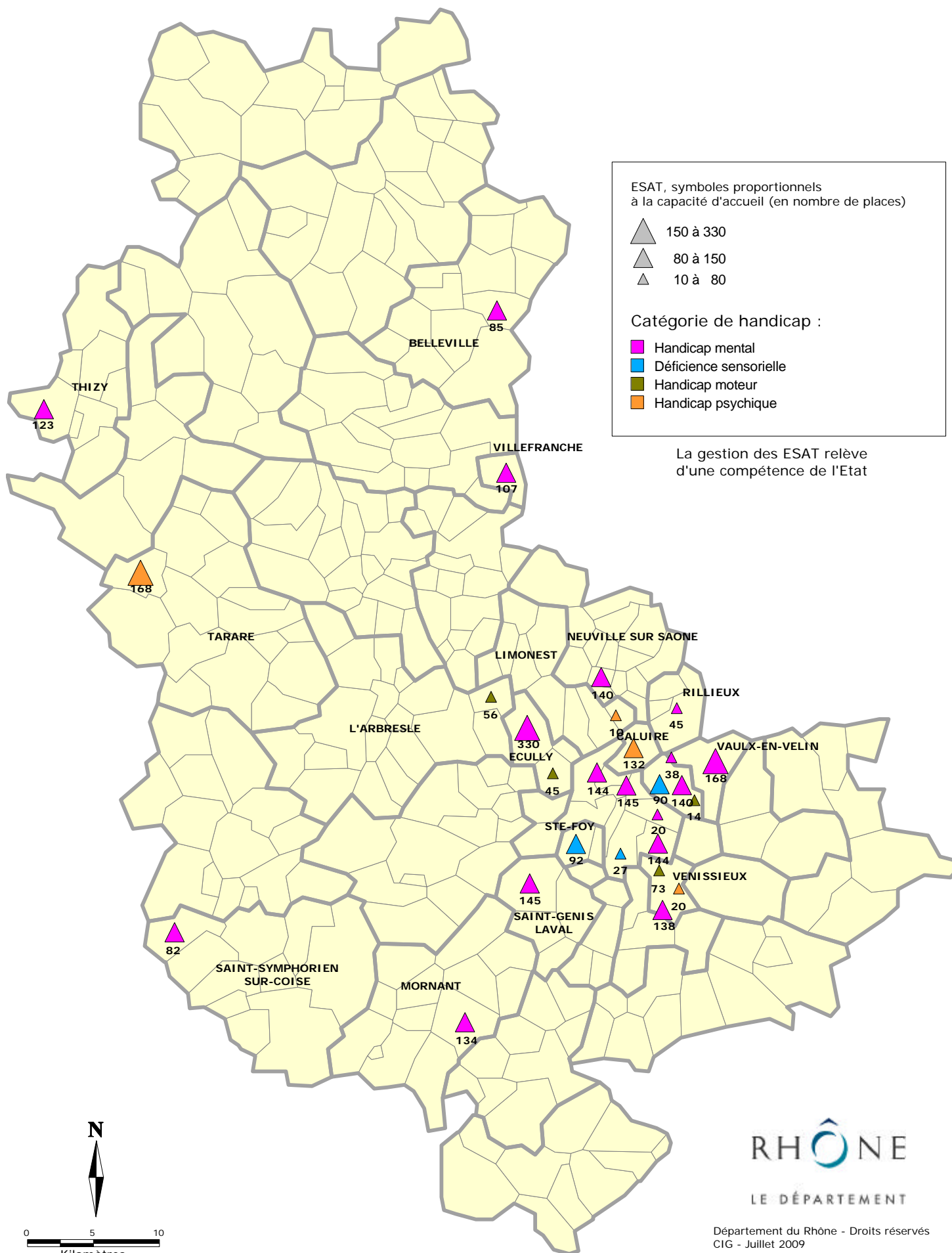
## Les Clubs et les groupes d'entraide mutuelle (GEM) - 2008



0 5 10  
Kilomètres

# ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS DANS LE RHÔNE

## Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)-2008

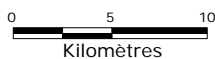
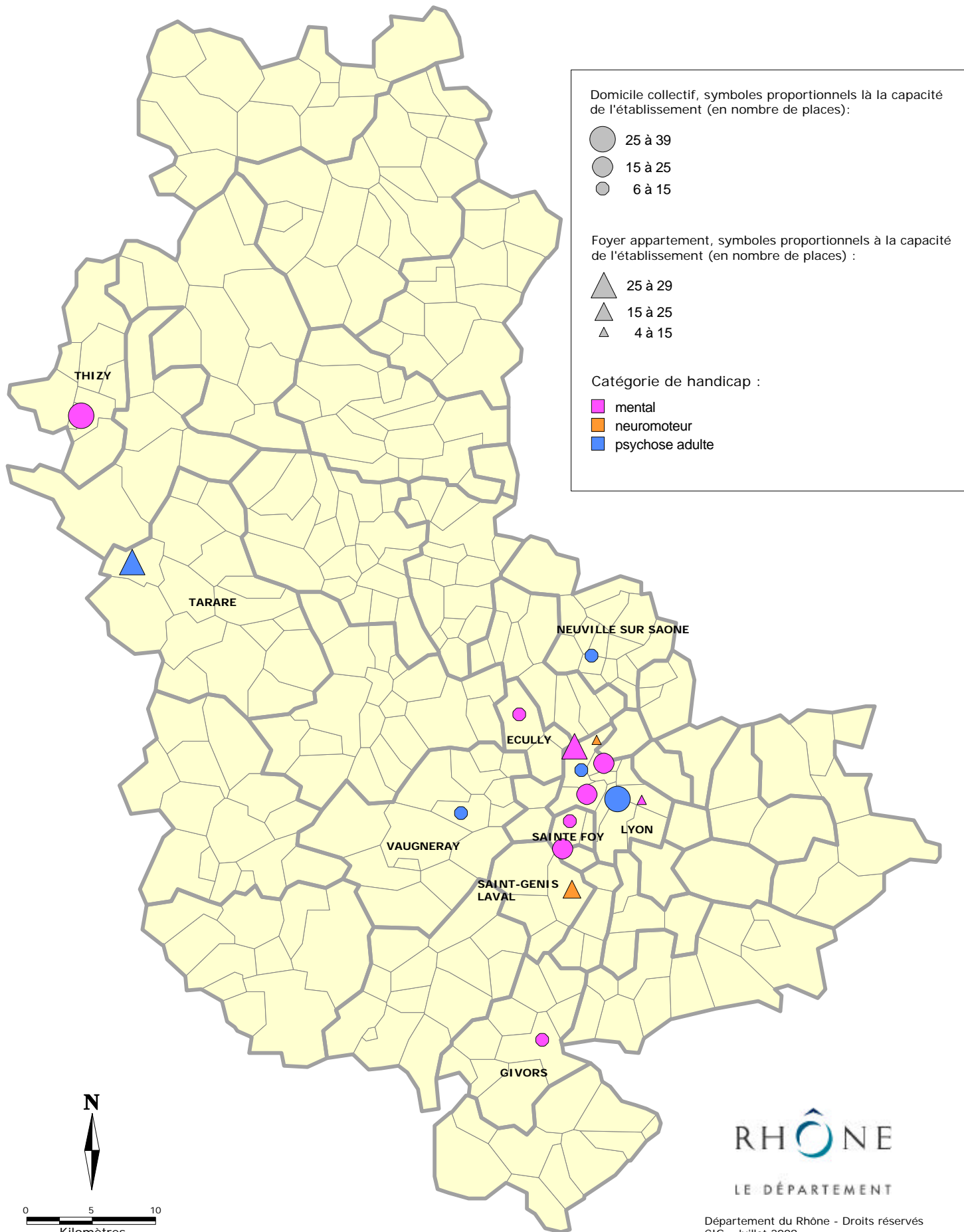


**RHÔNE**  
LE DÉPARTEMENT

Département du Rhône - Droits réservés  
CIG - Juillet 2009  
Sources : BDCARTO©IGN-Paris  
DDASS  
Département du Rhône-2008

# ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS DANS LE RHÔNE

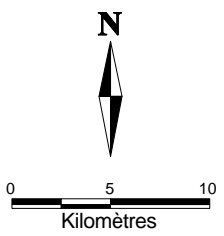
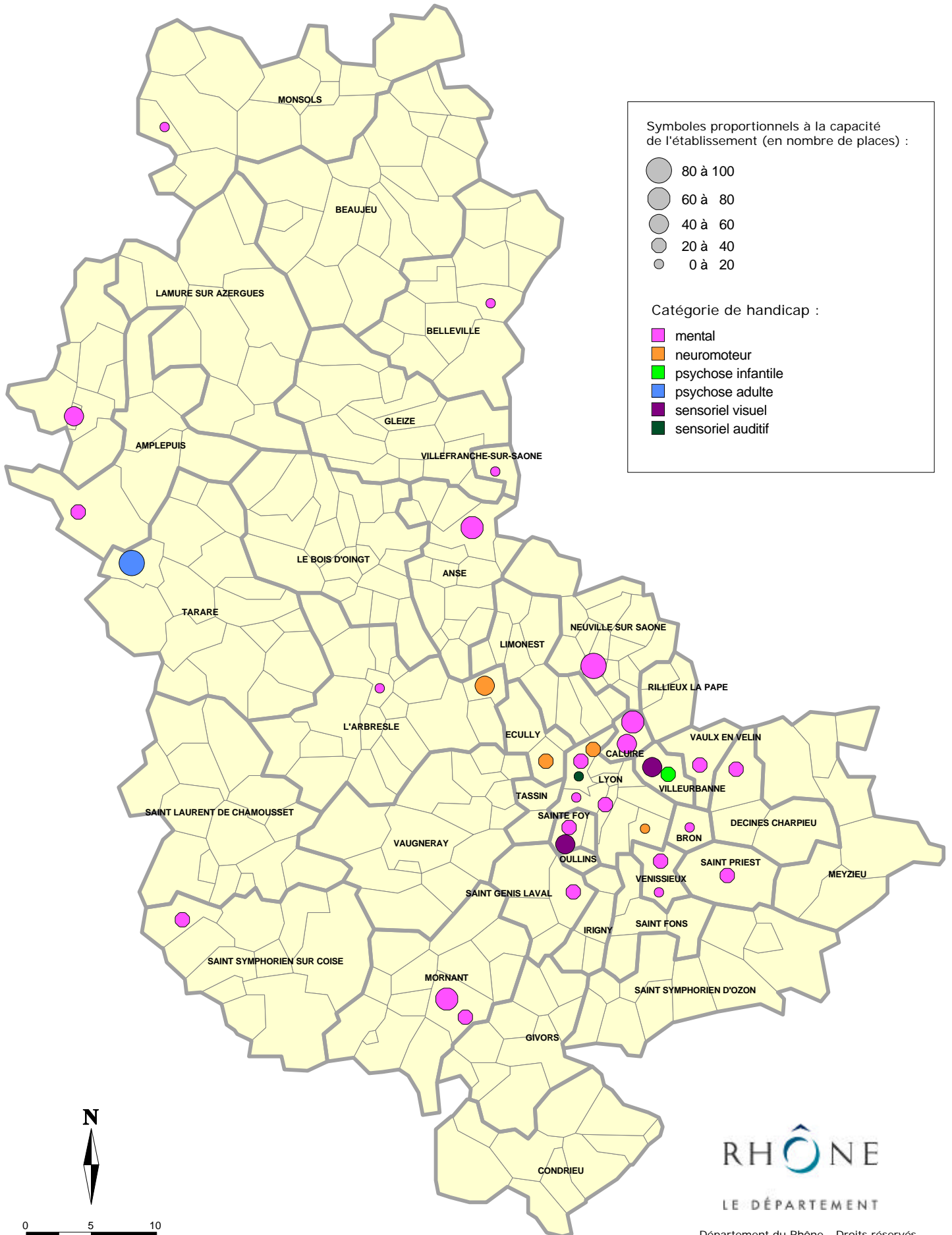
## Les domiciles collectifs et les foyers appartements - 2008



**RHÔNE**  
LE DÉPARTEMENT

# ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS DANS LE RHÔNE

## Les foyers d'hébergement - 2008



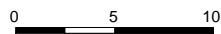
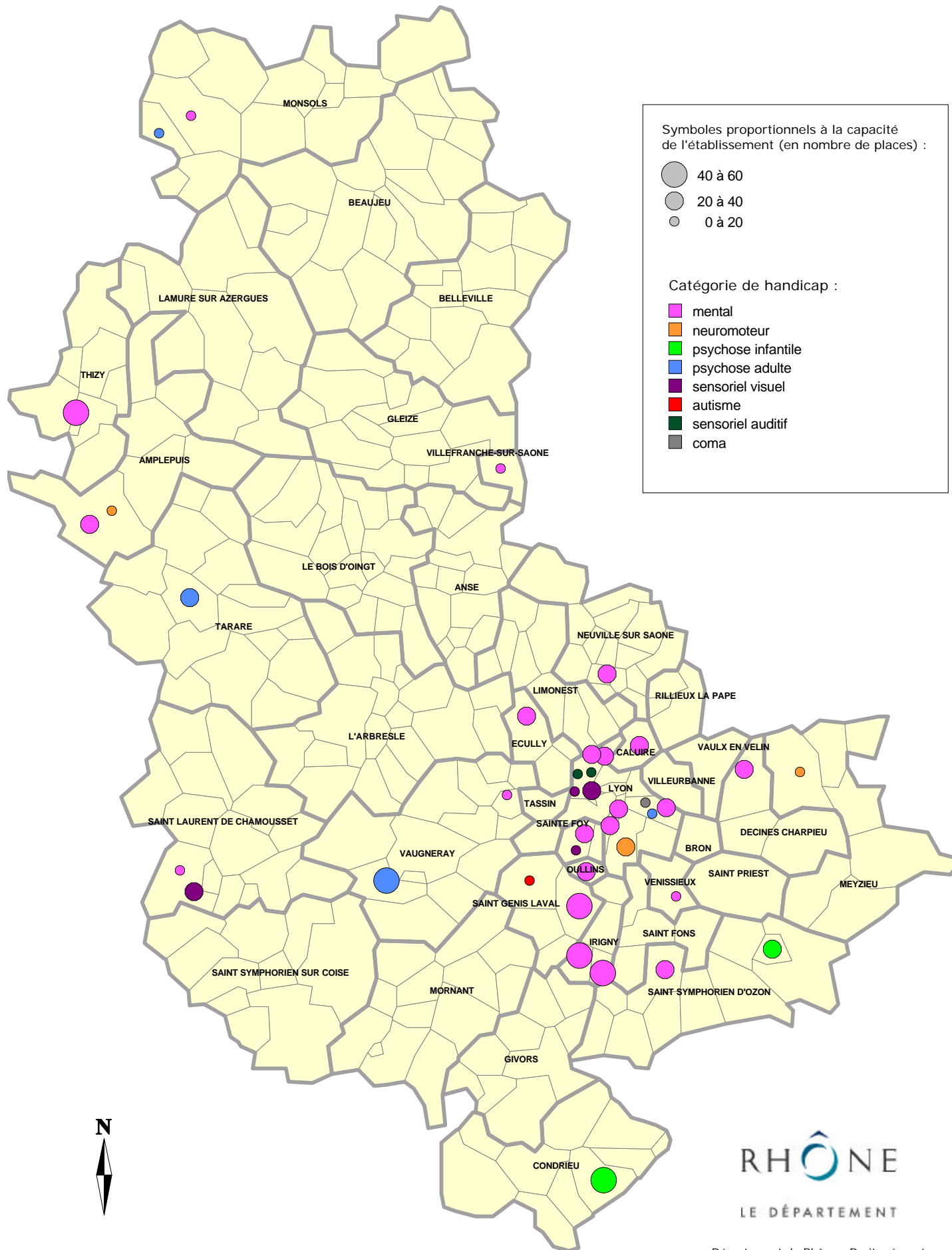
**RHÔNE**  
LE DÉPARTEMENT

Département du Rhône - Droits réservés  
CIG - Juillet 2009  
Sources : BDCARTO©IGN-Paris  
Département du Rhône-2008



# ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS DANS LE RHÔNE

## Les foyers de vie - 2008

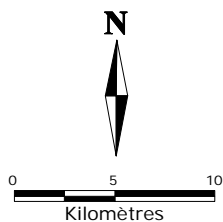


**RHÔNE**  
LE DÉPARTEMENT



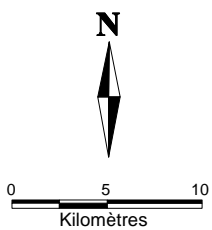
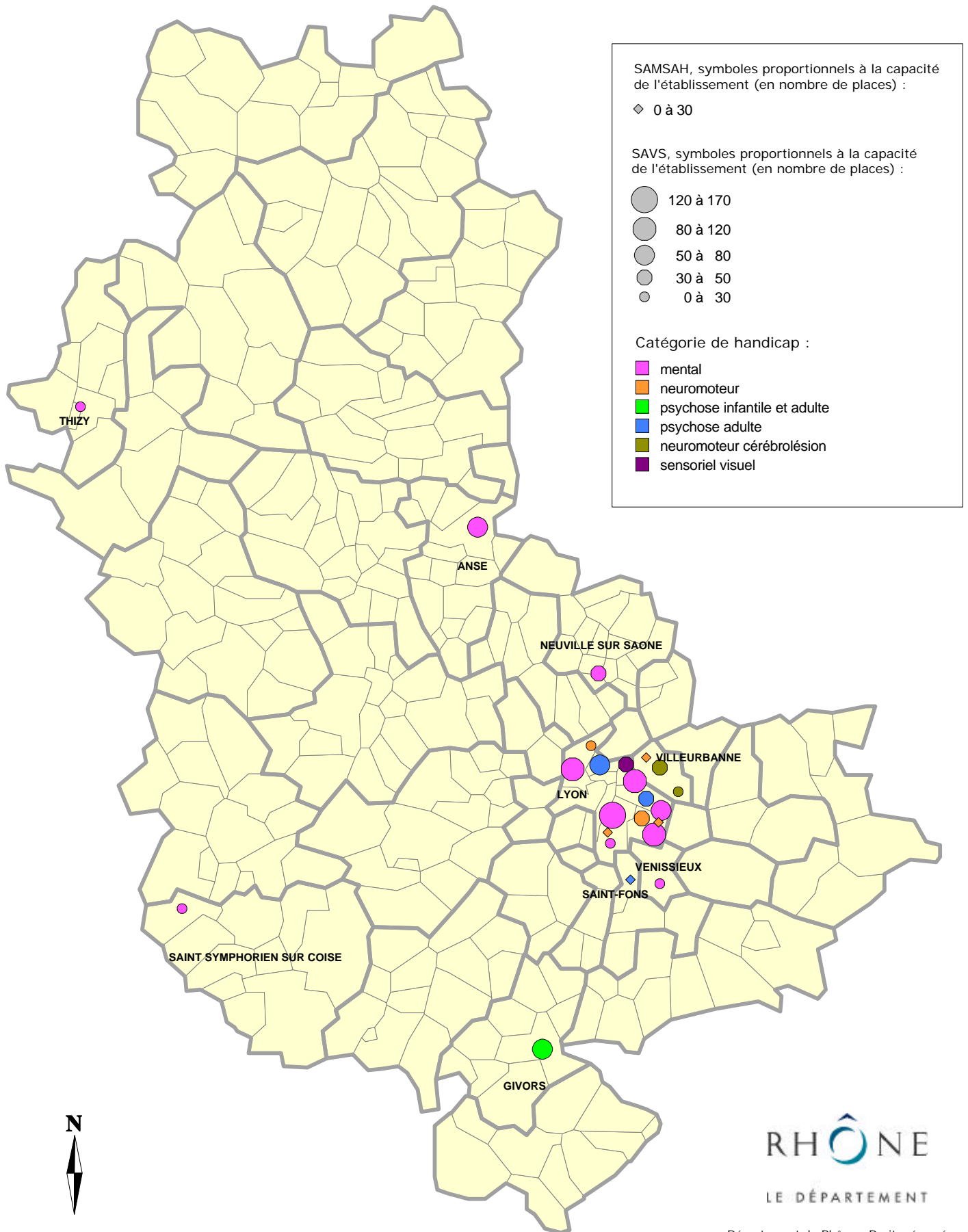
# ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS DANS LE RHÔNE

## Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) - 2008



# ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS DANS LE RHÔNE

## Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) - 2008



RHÔNE  
LE DÉPARTEMENT

PÔLE PERSONNES ÂGÉES - PERSONNES HANDICAPÉES › 29/31 COURS  
DE LA LIBERTÉ - 69003 LYON › TÉL. : 04 72 61 36 59

[www.rhone.fr](http://www.rhone.fr)



RHÔNE

LE DÉPARTEMENT



## vivre ensemble

PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES

schéma départemental 2009-2013

AIDANT > DOMICILE > INNOVATION > AUTONOMIE > ÉTABLISSEMENT  
RESSOURCES > SOLIDARITÉ > ACCESSIBILITÉ > PROXIMITÉ > INFORMA-

> PROGRAMME D' ACTIONS >

MAISONS DU RHONE > SERVICES > AIDES > ACCOMPAGNEMENT  
AUTONOMIE > PROXIMITÉ > ÉTABLISSEMENT > INNOVATION > AI-

[www.rhone.fr](http://www.rhone.fr)



## Axe 1 : Une politique pour répondre aux aspirations des Rhodaniens

### **Orientation Stratégique 1 : Pouvoir exercer un choix éclairé comme tout citoyen**

<b>CONTEXTE</b>		p. 4
Fiche 1.1	- Renforcer le rôle de la MDR comme pivot d'une politique territoriale coordonnée -	p. 5
Fiche 1.2	- Améliorer l'information des usagers et des professionnels en matière d'environnement -	p. 6
Fiche 1.3	- Promouvoir une information accessible pour répondre aux besoins spécifiques de certains groupes de population -	p. 9

### **Orientation Stratégique 2 : Mieux vivre ensemble et mobiliser ses ressources personnelles**

<b>CONTEXTE</b>		p. 12
Fiche 2.4	- Contribuer à faire évoluer la perception individuelle et collective de la vieillesse -	p. 14
Fiche 2.5	- S'engager dans une démarche de promotion de la santé, en valorisant les dynamiques de territoire -	p. 15
Fiche 2.6	- Développer de nouvelles solidarités à l'égard des personnes les plus en difficulté, notamment celles en situation d'isolement -	p. 17

### **Orientation Stratégique 3 : Développer une politique territoriale à partir de l'analyse des besoins et en proposant des réponses individualisées**

<b>CONTEXTE</b>		p. 20
Fiche 3.7	- Développer une politique territoriale innovante pour un maintien à domicile de qualité -	p. 21
Fiche 3.8	- Favoriser l'intégration dans le milieu de l'emploi protégé en partenariat avec l'Etat -	p. 24
Fiche 3.9	- Renforcer la qualité de la prise en charge en Etablissement par la promotion de la « bientraitance » -	p. 25
Fiche 3.10	- Favoriser le soin des personnes handicapées dans les structures non médicalisées en partenariat avec l'Etat -	p. 28

## **Axe 2 : Le Département et les acteurs résolument engagés dans une logique partenariale et de réseau**

### **Orientation Stratégique 4 : Rassembler et accroître la connaissance pour mieux agir**

**CONTEXTE** p. 30

**Fiche 4.11** - Mieux connaître les besoins et l'offre existante en matière d'environnement - p. 31

**Fiche 4.12** - Structurer et élargir l'observation des personnes en perte d'autonomie - p. 33

### **Orientation Stratégique 5 : Une gouvernance fondée sur une confiance partagée, engageant des dynamiques de progrès avec les partenaires**

**CONTEXTE** p. 36

**Fiche 5.13** - Promouvoir les nouveaux modes de coopération - p. 38

## **AXE I**

**Une politique pour répondre aux aspirations des Rhodaniens**

**ORIENTATION STRATEGIQUE 1 :**

**POUVOIR EXERCER UN CHOIX ECLAIRE COMME TOUT CITOYEN**

## CONTEXTE

Les personnes en perte d'autonomie et leur famille sont confrontées de longue date à des difficultés d'accès à l'information aussi bien dans le domaine des droits que des aides possibles. En effet, la complexité des dispositifs, la multiplication des intervenants -personnes physiques, institutions, établissements et services, sociétés commerciales- entraîne chez l'utilisateur des difficultés à identifier le rôle et les limites d'intervention de chacun. De plus, le manque d'articulation toujours prégnant entre secteurs sanitaire et médico-social suscite une incompréhension des usagers et des familles, qui attendent une approche globale de leur situation. Enfin, l'information reste dispersée et demande à être collectée et actualisée en partenariat avec l'ensemble des acteurs locaux.

Des efforts importants ont été réalisés depuis la labellisation des Maisons du Rhône (MDR) en CLIC de niveau 2, permettant aux personnes âgées et à leur famille de trouver sur l'ensemble du territoire départemental, des ressources au plus près de leur domicile. Pour les personnes handicapées, la création de la Maison départementale des personnes handicapées dont les MDR constituent la porte d'entrée unique, s'inscrit dans ce même objectif d'un accès simplifié aux ressources Handicap.

Des améliorations sont attendues, les MDR étant encore peu visibles dans leur rôle d'information et de coordination, alors que les besoins en information montent en charge et qu'ils touchent à des domaines très divers. Comme tout citoyen, la personne en difficulté d'autonomie souhaite disposer d'une information exhaustive et de qualité sur l'ensemble de ses droits et les dispositifs existants, pour être en mesure de formuler un choix éclairé. Ses aidants familiaux expriment un besoin de soutien et d'information sur les possibilités de répit notamment. Quant aux professionnels du champ de la gérontologie et du handicap, ils sont aussi en demande d'information pour contribuer à l'orientation pertinente des usagers et conforter leurs pratiques. La diversité des publics et des thématiques à renseigner, les qualités d'écoute à mettre en œuvre appellent des compétences accrues dans le champ de la gérontologie et du handicap.

Ceci passe par une montée en compétence des professionnels, tant au plan des connaissances du domaine PA-PH qu'en termes de savoir-être (écoute et accompagnement). L'information doit porter sur l'ensemble des prestations, l'offre médico-sociale, l'offre de services adaptés (logement, transport), sans oublier l'accès aux soins (centre-ressources pour personnes handicapées, consultations spécialisées, consultations Mémoire....) et les différentes aides financières.

Le développement des compétences professionnelles des équipes médico-sociales permettra d'améliorer l'accueil de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> niveaux en vue de réponses individualisées. La constitution de véritables réseaux de partenaires locaux permettra d'enrichir la connaissance des ressources locales et des besoins non couverts et de faciliter les échanges via les nouvelles technologies de l'information.



**INFORMATION, PLATE-FORME DE REFLEXION ET D'OBSERVATION,  
COORDINATION DES ACTEURS**

**Actions**

- Mener une campagne de communication sur les missions CLIC des MDR en direction des usagers et des professionnels
- Finaliser le portail Personnes âgées en vue d'une large information sur l'ensemble des problématiques du départ en retraite à la fin de vie
- Élaborer le dossier médico-social informatisé et identifier les éléments de partage avec le secteur sanitaire et le secteur de l'aide à domicile dans le cadre de la plate-forme SIS-RA
- Promouvoir le repérage de la vulnérabilité auprès de tous les professionnels concernés et des aidants familiaux
- Promouvoir l'utilisation du dossier commun d'entrée en EHPAD
- Développer un volet formation spécifique pour les professionnels des MDR-CLIC permettant l'acquisition de compétences complémentaires

**Acteurs**

Département du Rhône, ARS, CODERPA, CRIAS-Mieux Vivre, Associations d'usagers, Partenaires locaux

**Résultats Attendus**

- Mise en ligne du portail Personnes âgées
- Réalisation de la campagne d'information
- Réalisation du dossier informatisé médico-social au sein des MDR
- Moitié des professionnels médico-sociaux formés

**AU PLAN DU LOGEMENT**

**Actions**

- Finaliser et faire connaître les procédures/démarches d'accès au logement adapté en direction des demandeurs de logement adapté
- Informer sur l'existence de logements adaptés, sur les possibilités d'adaptation et d'aménagement de logements
- Mettre en relation les demandeurs avec l'offre de logements adaptés via un système d'information géré par une structure gestionnaire
- Sensibiliser les maires à la nécessité de construire des logements individuels adaptés notamment en centre-bourg ou au centre des quartiers
- Informer les professionnels sur les actions innovantes nécessaires, dans le domaine de la santé psychique

**Acteurs**

Département du Rhône (service Logement), Caisses de retraite, Communes, Grand Lyon (mission Habitat), Opérateurs publics et privés du logement (FNAIM), Professionnels du champ du handicap et du vieillissement, Associations d'usagers

**Résultats Attendus**

- Elaboration de la charte et d'un cahier des charges du logement adapté
- Augmentation du nombre de signataires de la charte
- Augmentation du nombre de logements adaptés sur le territoire départemental

**AU PLAN DU TRANSPORT**

**Actions**

- Recenser tous les opérateurs de transports, leur territoire d'intervention et leurs moyens de communication (sites Internet, numéro Vert)
- Sensibiliser les professionnels des MDR et de la MDPH, et les personnes concernées aux solutions de transports existant sur le département

**Acteurs**

Département du Rhône (MDR), Associations, Autorités organisatrices de transport, Région Rhône-Alpes, Communes

**Résultats Attendus**

- Réalisation d'une plaquette d'information pour les usagers et les professionnels
- Réalisation de séances d'information

**AU PLAN DES NTIC**

**Actions**

- Permettre, par le biais d'une approche capitalisante des témoignages, de sensibiliser les personnes âgées et/ou handicapées aux NTIC et d'en démocratiser l'usage
- Recenser les lieux-ressources et les professionnels pouvant assurer l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées dans leur usage des NTIC
- Mettre en place une plate-forme Internet portée par le CRIAS-Mieux vivre en lien avec le centre Erasme, qui remplirait les missions de veille et d'information

**Acteurs**

Centre Erasme, CRIAS-Mieux vivre, MDPH, Département du Rhône

**Résultats Attendus**

- Création de la plate-forme
- Réalisation et diffusion de plaquettes d'information

**AU PLAN DES SOINS DE SANTE POUR LES PERSONNES HANDICAPEES**

**Actions**

- Informer davantage les personnes handicapées et les professionnels sur les lieux de soins spécifiques à travers *l'Annuaire Ressources Santé*
- Améliorer l'accessibilité à *l'Annuaire Ressources Santé*
- Diffuser largement cet outil auprès des usagers et des professionnels (médecins et infirmières, pharmaciens, MDR, MDPH, etc.)

**Acteurs**

Département du Rhône, Professionnels, Associations, Etablissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux

**Résultats Attendus**

Augmentation de la fréquentation de *l'Annuaire Ressources Santé* (rubriques recensant les ressources Handicap)

**AU PLAN DE L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES**

**Actions**

- Accompagner les personnes âgées et leur famille à l'entrée en EHPAD
- Mettre en place un outil de gestion des listes d'attente
- Recenser les spécificités de prise en charge dans l'ensemble des établissements du Rhône et les diffuser auprès des usagers et des familles à travers le portail Personnes âgées

**Acteurs**

Département du Rhône, DDASS, Gestionnaires d'établissement

**Résultats Attendus**

- Outil de gestion des listes d'attente opérationnel
- Mise en ligne sur le portail de la liste des établissements avec leurs spécificités

**EN FAVEUR DES AIDANTS FAMILIAUX**

**Actions**

- Créer des outils d'information et d'évaluation de la souffrance de l'aidant pour les professionnels et les usagers
- Mettre à la disposition des aidants familiaux des compétences en matière d'évaluation et d'accompagnement, par les professionnels des MDR ou par la collaboration avec des ressources externes
- Créer au sein de la MDPH, un accueil dédié aux aidants familiaux de personnes handicapées assurant une information la plus complète possible ainsi qu'une orientation vers des lieux-relais
- Structurer un espace spécialisé d'information et d'orientation pour les personnes handicapées avancées en âge, au sein de la MDPH. Cet espace a pour objectif de présenter une offre détaillée des possibilités départementale et régionale. Cet espace serait également compétent pour accompagner les situations d'urgence à domicile

**Acteurs**

Département du Rhône, Associations, MDPH

**Résultats Attendus**

- Mise à disposition de compétences spécialisées au sein de la MDPH et des MDR-CLIC
- Création d'un espace dédié à l'accompagnement des personnes handicapées avancées en âge

**EN FAVEUR DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE D'ALZHEIMER ET SYNDROMES APPARENTES**

**Actions**

- Créer pour les usagers et les professionnels une plaquette d'information, un numéro Vert et un site Internet portant sur l'offre sanitaire spécialisée (lieux de diagnostic et bilan : consultations Mémoire et hôpitaux de jour), sur les structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) et les missions CLIC du Département. L'ensemble de ces outils pourrait être valorisé lors de temps forts (Salon Handica, Semaine bleue, Foire de Lyon...)

**Acteurs**

DDASS, Département du Rhône, Association France Alzheimer Rhône, Autres associations spécialisées dans l'accompagnement des patients

**Résultats Attendus**

Réalisation et diffusion des plaquettes d'information, du numéro Vert et du site Internet



**ORIENTATION STRATEGIQUE 2 :**

**MIEUX VIVRE ENSEMBLE ET MOBILISER SES RESSOURCES  
PERSONNELLES**

## CONTEXTE

L'allongement de l'espérance de vie, notamment l'espérance sans incapacités, entraîne, pour une majorité de personnes, un gain de vie de plus de 25 ans en moyenne. D'une manière générale, la longévité n'est pas synonyme de dépendance. Disposant de temps libre et de revenus garantis, la retraite constitue un temps social à part entière où chacun est libre de ses choix : vivre une passion, développer des solidarités familiales malgré l'éclatement de certaines familles, investir la vie associative ou un engagement citoyen, partager son savoir-faire avec les jeunes générations... L'impact positif des adultes vieillissants au sein de notre société gagnerait à être reconnu dans une perspective de cohésion sociale entre les âges, de limitation des clivages entre monde actif et société du hors travail et de promotion de la solidarité entre générations.

L'approche centrée sur la dimension sociale du développement durable propose de favoriser la transmission intergénérationnelle, dans un souci de mieux vieillir ensemble. A l'approche de périodes plus vulnérables liées à la perte d'autonomie, les personnes conservent des potentiels qu'il s'agit de valoriser dans une approche capacitaire et non plus déficitaire.

Le plan national « Bien vieillir » acte l'importance de la prévention à tous les âges. Il s'attache à favoriser :

- o des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques,
- o des comportements favorables à la santé,
- o l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne âgée : logement, aides techniques, aménagement de la cité,
- o le renforcement du rôle social des seniors.

Aujourd'hui, l'entrée dans la prévention se fait, sauf exception, par le soin et induit une perte de chance pour ceux qui en sont éloignés, entraînant des inégalités de santé toujours importantes en France. La prévention vise à la relation harmonieuse à soi et à l'environnement. Elle passe par une éducation comportementale qui propose d'améliorer/maintenir son patrimoine santé tout au long de la vie.

La clef du succès d'une politique de prévention réside dans le fait de donner à chaque personne les moyens de prendre conscience de la valeur de son patrimoine santé, afin qu'elle s'implique dans le développement et dans la gestion de sa santé, concrètement et collectivement pour obtenir un effet d'entraînement et une amélioration de l'état de santé de la population générale. La démarche de promotion de la santé chez la personne âgée doit donc s'inscrire dans un continuum de vie. Les points faibles repérés lors du dernier bilan du Schéma gérontologique 2004-2008 portent sur « *un développement des actions au gré des opportunités* » avec un impact ponctuel, une faible inscription dans les dispositifs PRSP (Programme Régional de Santé Publique), une faible prise en compte des inégalités de santé et un faible développement de l'approche de santé communautaire.

Concernant l'isolement social, de nombreux auteurs s'accordent pour dire que le maintien de l'autonomie passe par le renforcement des liens sociaux le plus longtemps possible. L'isolement social est en effet un facteur reconnu comme fragilisant les personnes et favorisant l'entrée dans



la dépendance. Le repérage des personnes en situation d'isolement social est par nature difficile à mettre en œuvre. Il s'agit de susciter une démarche de veille chez l'ensemble de la population et d'associer un certain nombre d'acteurs au contact de la population générale ou présents auprès de la population isolée (commerçants de proximité, professionnels de santé, associations de bénévoles etc.). La démarche de veille doit s'accompagner d'une sensibilisation du grand public et des professionnels aux facteurs d'isolement social.

**Actions**

- Valoriser une vision positive de la vieillesse à travers le rôle de transmission des aînés aux jeunes générations (savoir-être, savoir-faire, valeurs) et leur rôle de relais via la mise à disposition de compétences contribuant au développement social et économique (tutorat d'entreprise, aide à l'insertion etc.)
- Organiser des espaces de rencontres ou d'échanges, sous forme d'États Généraux, sur les chances de vieillir dans la cité

**Acteurs**

Département du Rhône, CODERPA, Université de Lyon, CNFPT, CRAM, MSA, Organismes de retraite, Associations de professionnels, Associations d'usagers

**Résultats Attendus**

- Repérage des actions inter-âges sur le Département et diffusion sur le portail Personnes âgées
- Création d'un groupe pluridisciplinaire chargé de rédiger un contenu de formation en direction des acteurs du champ de la gérontologie
- Organisation d'un forum sur cette thématique

PRENDRE APPUI SUR LE PLAN NATIONAL NUTRITION SANTE

Actions

- Valoriser les outils de communication existants auprès des personnes âgées, des aidants et des professionnels des MDR-CLIC
- Mettre en place des espaces de débats/échanges sur l'alimentation et veiller à l'existence d'espaces de discussion
- Développer des actions d'information et de prévention sur l'importance d'un bon état bucco-dentaire et sur des thématiques plus spécifiques

MAINTENIR ET DEVELOPPER L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE CHEZ LA PERSONNE AGEE

Actions

**En valorisant l'offre en activité physique adaptée :**

- Réaliser un état des lieux de l'offre en activité physique auprès des professionnels de santé libéraux et des associations
- Créer une carte dynamique sur le site *Rhone.fr* recensant les différentes offres en activité physique pour les personnes âgées (lien avec *Annuaire Ressources Santé*)

**En promouvant l'activité physique auprès des acteurs gérontologiques et de l'entourage de la personne âgée :**

- Réaliser des actions collectives et individuelles sur l'intérêt de maintenir une activité physique tout au long du vieillissement
- Organiser une journée de formation auprès des animateurs professionnels des EHPAD afin qu'ils mettent en œuvre des séances d'activité physique

**En donnant les moyens à la personne âgée de pratiquer une activité physique :**

- Promouvoir l'activité physique lors des manifestations
- Mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire chargé de définir les modalités d'évaluation des capacités physiques de la personne âgée
- Créer un support de communication mis à la disposition des acteurs intervenant lors de moments-clés des plus de 60 ans

**En développant des actions autour de l'équilibre pour prévenir les chutes**

**Acteurs**

Département du Rhône (Conseil Technique Santé, Mission Sports, Service multimédia), CCAS, INPES, CRAM, Caisses de retraites, Associations de promotion de l'activité physique, Professionnels de santé

**Résultats Attendus**

- Réalisation des outils de communication, diffusion des outils dans les MDR
- Réalisation de l'évaluation de l'état nutritionnel par les équipes médico-sociales chez les personnes bénéficiaires de l'ADPA
- Prise en compte de ces deux thématiques lors des actions "Semaine bleue"

**Actions**

- Soutenir les initiatives locales qui renforcent la place de l'adulte vieillissant dans une dynamique de « Faire ensemble »
- Communiquer auprès du grand public sur les facteurs d'isolement social pour développer le rôle de veille de chacun (plaquettes, affiches « Semaine bleue », sites Internet dédiés aux personnes âgées...)

**Acteurs**

MDR, Acteurs de proximité, Pharmaciens, Commerçants, Voisinage, Associations de retraités

**Résultats Attendus**

- Réalisation des outils de communication



**ORIENTATION STRATEGIQUE 3 :**

**DEVELOPPER UNE POLITIQUE TERRITORIALE A PARTIR DE  
L'ANALYSE DES BESOINS ET EN PROPOSANT DES REponses  
INDIVIDUALISEES**

## CONTEXTE

La loi du 20 juillet 2001 instaurant l'Allocation Personnalisée Autonomie, la loi du 2 janvier 2002 dite de rénovation sociale et médico-sociale et la loi Handicap du 11 février 2005 soulignent l'importance de permettre à la personne en situation de handicap, quel que soit son âge, d'exprimer ses attentes et donc de participer à l'élaboration de son projet de vie.

Est ainsi affirmée l'importance du respect de la singularité des personnes concernées, de leurs choix et de réponses médico-sociales associant recherche de qualité et éthique des pratiques.

Si l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité permet à une grande majorité de personnes de plus de 60 ans de conserver une qualité de vie, une part de personnes plus vulnérables -les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge- nécessitent un accompagnement attentif via des dispositifs dédiés. Ce principe prévaut tout particulièrement pour les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs, 1<sup>ère</sup> cause de perte d'autonomie de la personne âgée, d'autres pathologies invalidantes liées à l'âge et de handicaps peu couverts en prise en charge institutionnelle.

Comme une grande majorité des personnes concernées, âgées ou handicapées, les personnes en situation de perte d'autonomie aspirent à conserver une autonomie malgré certains risques inhérents à la vie à domicile. Cette autonomie est désormais envisageable non seulement par un logement et un environnement adaptés mais aussi par une articulation étroite entre services d'accompagnement, structures d'hébergement temporaire ou d'accueil séquentiel en établissement et structures de soins éventuelles. D'une manière générale, le choix de vie autonome passe aussi par le recours à des personnels formés. Dans les établissements, les conditions de travail comme la formation continue, le soutien des personnels, une architecture adaptée constituent autant de leviers favorisant la qualité.

La notion de parcours individualisé, fondée sur le respect des attentes des personnes, prend alors tout son sens. L'un des enjeux essentiels réside dans la capacité des professionnels animant les dispositifs d'accompagnement de s'adapter avec souplesse et esprit d'innovation à l'évolution des besoins de la personne, au fur et à mesure de sa trajectoire de vie.

Un autre enjeu réside dans la connaissance des problématiques actuelles et à venir des personnes âgées et/ou handicapées, qui peuvent être relativement différentes selon les territoires du Département.



**POUR LES PERSONNES EN PERTE POTENTIELLE D'AUTONOMIE  
EN MATIERE DE LOGEMENT**

**Actions**

- Prendre en compte les personnes en difficulté d'autonomie ou en perte potentielle d'autonomie dans tous les projets de construction de logements neufs en réservant 20 à 25% de logements adaptés dans les nouveaux programmes immobiliers de centre-bourg et de quartier
- Réaliser une convention unique entre le Département, la MDPH et les opérateurs oeuvrant pour le montage des dossiers d'adaptation ou d'amélioration des logements
- Favoriser l'engagement des partenaires du logement dans une démarche d'habitat adapté à travers la signature d'une charte assortie d'un cahier des charges définissant les critères essentiels de l'adaptation

**Acteurs**

Département du Rhône, MDPH, APICIL, Promoteurs-constructeurs, Bailleurs sociaux

**Résultats Attendus**

- Évolution du nombre de logements adaptés dans le parc privé et public

**POUR LES PERSONNES HANDICAPEES  
EN MATIERE DE LOGEMENT**

**Actions**

- Promouvoir la création d'une offre de logements dans le cadre des services d'accompagnement, en prévoyant cette charge dans les budgets

**Acteurs**

Département du Rhône, SAVS, Associations gestionnaires

**Résultats Attendus**

- Évolution de l'offre en logement autonome pour les personnes handicapées

**POUR LES PERSONNES HANDICAPEES  
ENTRE LE DOMICILE ET L'ETABLISSEMENT**

**Actions**

- Diversifier et assouplir les modes d'accueil pour favoriser la fluidité des parcours notamment en contribuant au rapprochement entre SAAD et établissements
- Développer les structures d'accompagnement telles que les SAVS, les SAMSAH et les SSIAD, tout en renforçant les liens entre ces différentes prises en charge

**POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER  
ET SYNDROMES APPARENTES**

**Actions**

- Valoriser les activités des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs
- Valoriser la création d'activités favorisant le maintien du lien social (club, sorties, ateliers...)

**Acteurs**

Département du Rhône, Fédérations et Associations de services d'aide et d'accompagnement à domicile, Associations gestionnaires de structures et de services pour personnes handicapées, Associations de soutien des aidants, Caisses de retraite

**Résultats Attendus**

- Augmentation de l'offre en nouveaux services

**ACCOMPAGNER LA MODERNISATION DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT  
POUR UNE REponse ADAPTEE DANS UNE APPROCHE CONVERGENTE DES  
NOUVEAUX BESOINS**

**Actions**

- Elaborer une convention de modernisation avec la CNSA dont les objectifs sont d'approfondir la connaissance de l'offre et des besoins sur le territoire, améliorer la qualité de la prestation et la rationalisation des coûts et promouvoir les métiers de l'aide à domicile
- Développer des plates-formes de services proposant une offre diversifiée graduée, notamment à travers la création de modes d'accueil alternatifs (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil de nuit, garde itinérante de nuit) et spécifiques (unités protégées) au sein d'un même établissement et/ou sur un même territoire, prenant en compte les besoins des personnes atteintes de maladies spécifiques
- Mettre en place des offres nouvelles, par exemple la création de garde itinérante de nuit, d'équipe mobile rattachée à un établissement d'hébergement, d'aide au répit, de structures d'accompagnement
- Soutenir une offre d'activités mobilisant les liens sociaux des PA-PH (sorties culturelles, activités sociales, écoute « sociale », etc.)
- Impulser la création de structures de type Club et Groupe d'Entraide Mutuelle

**Acteurs**

Département du Rhône, DDASS, FEPEM, Pôle emploi, ANSP, Région, Centres de formation, OPCA, CCAS, SAAD, Associations gestionnaires, CNSA, Associations spécialisées

**Résultats Attendus**

- Réalisation de la convention de modernisation
- Évolution du nombre de plates-formes de services créées ou en cours
- Création de la plate-forme de remplacement ou de gestion des urgences
- Création et diffusion des outils
- Augmentation et diversification de l'offre notamment dans le cadre des liens sociaux
- Création de Clubs dans le nord du Département

#### Actions

- **Favoriser la définition d'un projet professionnel personnalisé** permettant une orientation adaptée au regard du souhait de la personne, de ses compétences et du marché du travail
  - Améliorer la formation des travailleurs handicapés pour permettre ou maintenir une insertion en milieu ordinaire de travail
  - Sensibiliser les employeurs à l'emploi des travailleurs handicapés
  - Renforcer les dispositifs d'accompagnement social, médico-social et professionnel des travailleurs handicapés en milieu ordinaire
- **Favoriser la fluidité des parcours**
  - Permettre la définition d'un projet professionnel en amont de la sortie du milieu scolaire en améliorant la connaissance et la coordination des acteurs
  - Identifier le référent du parcours d'insertion professionnelle
  - Favoriser le rapprochement milieu spécialisé/milieu ordinaire
- **Adapter le dispositif d'insertion professionnelle en milieu protégé**
  - Développer et restructurer l'offre d'ESAT sur le territoire départemental
  - Permettre un meilleur accompagnement des personnes présentant des troubles du comportement et des handicaps spécifiques par les ESAT
  - Améliorer la préparation à l'entrée en ESAT au sein des IMPRO et ITEP
  - Aider les ESAT à faire face au vieillissement des travailleurs handicapés
  - Favoriser la construction d'un parcours professionnel pour les travailleurs handicapés en ESAT
  - Mieux gérer la transition entre les structures de travail de type ESAT et les foyers de vie

#### Acteurs

DDASS, Service public de l'emploi (Cap emploi, Pôle emploi), Education nationale  
Missions locales, Employeurs du milieu ordinaire, AGEFIPH, FIPH, MDPH

#### Résultats Attendus

- Augmentation des temps de concertation entre professionnels de l'insertion et acteurs de l'Education nationale
- Création du tutorat interne dans les entreprises
- Création de dispositifs adaptés en ESAT et de dispositifs d'accompagnement médico-social de type SESSAD
- Création de places d'ESAT « hors murs »
- Rééquilibrage de l'offre en ESAT en faveur du nord du département

## Renforcer la qualité de prise en charge en Etablissement par la promotion de la « bientraitance »

### ADAPTER LES ETABLISSEMENTS POUR LES PERSONNES AGEES ET POUR LES PERSONNES HANDICAPEES

#### Actions

- Adapter l'offre non médicalisée afin de répondre aux attentes des personnes âgées (restauration, animation, transport accompagné, intervention de SSIAD, etc.) en proposant de nouveaux services
- S'inscrire dans les recommandations et préconisations du Plan départemental Alzheimer 2008-2011
- Favoriser le soutien psychologique dans les établissements pour personnes atteintes de Maladie d'Alzheimer et Syndromes Apparentés (MASA)
- Diversifier les approches de prise en charge, notamment les approches autres que médicamenteuses pour les personnes MASA
- Favoriser une prise en charge évolutive au sein d'un établissement PA et/ou d'un territoire et développer des alternatives au sein même des EPHAD pour l'accueil des personnes âgées avec troubles du comportement
- Consolider le parc existant en rénovant et en réhabilitant les EHPAD les plus vétustes et en les adaptant aux attentes des résidents pour apporter un « mieux-vivre »
- Cibler et quantifier les projets de création et d'extension en étudiant les conditions de l'offre adaptée aux besoins des personnes âgées
- Favoriser l'accueil temporaire et l'accueil séquentiel pour les personnes handicapées permettant une articulation entre vie à domicile en famille et période de répit pour les familles
- Elaborer des réponses les plus adaptées aux situations d'urgence liées à la rupture de l'aide apportée par l'aidant familial (hospitalisation, décès) : formaliser une procédure, structurer le secteur médico-social en créant une unité adossée à une structure médicalisée et des structures d'aval spécialisées par type de handicap

**Renforcer la qualité de prise en charge  
en Etablissement par la promotion de la « bientraitance »**

- Réaliser une étude permettant de situer la représentation des familles au sein des conseils de la vie sociale en vue de préconisations pour la reconnaissance effective de leur rôle dans cette instance

**Acteurs**

Département du Rhône, DDASS, Gestionnaires d'établissements, CODERPA

**Résultats Attendus**

- Augmentation du temps de psychologues dans les établissements et adoption du cahier des charges
- Atteinte des objectifs des orientations du Plan départemental Maladie Alzheimer
- Augmentation du nombre de postes de paramédicaux (art-thérapeute, musico-thérapeute, etc.)
- Augmentation du nombre d'unités spécifiques (création, transformation) pour l'accueil des personnes atteintes de Maladie d'Alzheimer et apparentées avec troubles de comportement
- Augmentation de nombre de places d'accueil séquentiel et temporaire

**AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES AVANCEES  
EN AGE EN FONCTION D'UN PROJET DE VIE INDIVIDUALISE**

**Actions**

- Assouplir le fonctionnement des structures d'accueil (possibilité de rester en foyer d'hébergement au moment de la retraite ou après la cessation d'activité, création de stage d'un ou deux mois pour les personnes venant du domicile, création de places d'urgence dans chaque établissement)
- Créer des structures particulières (accueil de jour dans l'agglomération lyonnaise, places d'hébergement temporaire d'urgence, unités spécifiques dans les EHPAD et dans les foyers d'hébergement, SAMSAH, SAVS spécialisés qui pourraient intervenir aussi bien au domicile qu'en EHPAD, médicalisation de certaines places dans les établissements PH, petites unités de vie dans les dispositifs existants pour garder l'expertise sur le handicap et déraciner le moins possible les personnes pour les handicaps sensoriels ou handicaps rares)
- Prévoir l'adaptation des structures au vieillissement, sans exclure la possibilité d'une réorientation vers des structures spécifiques pour des personnes handicapées âgées.

**Acteurs**

Département du Rhône, DDASS, Associations de personnes handicapées, MDPH, Gestionnaires d'EHPAD, Services d'aide et d'accompagnement

**Résultats Attendus**

- Augmentation de l'offre
- Panel de réponses diversifiées en adéquation avec les attentes des personnes handicapées (Enquête de satisfaction)

**Actions**

- Étudier les besoins de médicalisation de structures traditionnellement dépourvues de soins : accueil de jour, foyer d'hébergement
- Renforcer une équipe de médicalisation à partir d'une structure médicalisée existante avec un plateau technique, ce qui permettrait de bénéficier aux autres personnes :
  - Soit sur le même site
  - Soit sur une logique de territoire : en inter-associatif par exemple grâce à un groupement de coopération sociale et médico-sociale
- Favoriser la création d'une équipe mobile pour intervenir au sein de structures non médicalisées relevant d'une même association ou en inter-associations pour des personnes ne nécessitant pas une orientation type FAM ou MAS. Deux types d'intervention sont envisageables :
  - Petits actes de soins quotidiens et préparation de piluliers
  - Un accompagnement particulier sur un temps donné lors de sortie d'hospitalisation
- Favoriser le développement de SSIAD spécifiques pour personnes handicapées, intervenant au sein d'établissements non médicalisés

**Acteurs**

Département du Rhône, DDASS, Associations gestionnaires d'établissements, Secteur sanitaire

**Résultats Attendus**

- Augmentation du nombre de places de SSIAD dédiées aux personnes handicapées
- Réalisation d'une étude permettant d'identifier les besoins en médicalisation



## **AXE II**

**Le Département et les acteurs résolument engagés dans une logique partenariale et de réseau**

### **ORIENTATION STRATEGIQUE 4 :**

**RASSEMBLER ET ACCROITRE LA CONNAISSANCE POUR MIEUX AGIR**

## CONTEXTE

En matière de connaissance des champs du handicap et de la gérontologie, on relève une situation hétérogène avec :

- des données exhaustives, structurées et connues du fait de l'obligation d'autorisation administrative (établissements, services, nombre de places etc.) et de la gestion des dispositifs,
- et des champs partiellement connus, ou très spécifiques, parfois redondants (types de handicaps, besoins des personnes âgées, des personnes handicapées).

Les informations existantes sont cloisonnées, insuffisamment rassemblées, exploitées et analysées et manquent d'un cadre d'analyse plus global pour permettre un diagnostic de situation et des projections.

Il s'agit donc de mieux connaître l'ensemble des besoins des populations en situation de handicap, et ce, au-delà des demandes exprimées.

En ce qui concerne le secteur du handicap, la MDPH est au cœur des dispositifs de prise en charge des personnes handicapées, en milieu ordinaire et en milieu spécifique (établissements, services à domicile etc.). A ce titre, elle doit disposer d'informations précises et actualisées sur l'offre de services et les besoins de la population qui s'adresse à elle.

Or elle ne dispose pas actuellement d'outils suffisants pour remplir pleinement ses missions et analyser son action.

Par ailleurs, elle est régulièrement sollicitée par les personnes handicapées et leurs familles sur les possibilités et les disponibilités de l'offre, ainsi que sur les alternatives éventuelles, dans un contexte qui manque de lisibilité.

Actuellement, tout dossier de demande est enregistré à la MDPH et comporte des données administratives et sociales (date de naissance, sexe, adresse, situation familiale, numéro de sécurité sociale, existence d'une tutelle ou curatelle, historique des prises en charge, connaissance succincte des déficiences, décisions de la CDA-PH).

Pour réaliser une véritable analyse des prises en charge des personnes handicapées, il manque les informations concernant l'effectivité des décisions d'allocations, d'orientations, et le suivi des situations, ainsi qu'une connaissance plus précise des déficiences et de leur prise en charge spécifique. Il convient donc de prévoir les outils nécessaires pour affiner ces connaissances.

**AU PLAN DU LOGEMENT**

**Actions**

- Identifier et informer sur les actions existantes d'adaptation du logement mises en œuvre dans le parc social et le parc privé

**Acteurs**

Département du Rhône, Opérateurs privés et publics du logement, Professionnels des champs du vieillissement et du handicap

**Résultats Attendus**

- Amélioration de la connaissance sur les actions existantes

**AU PLAN DU TRANSPORT**

**Actions**

- Réaliser un état des lieux des dispositifs de transports adaptés existants sur le département
- Réaliser des études permettant de repérer les zones non couvertes, d'identifier les besoins sur ces territoires et de cibler les populations sans solution de transport (ESAT, Handicap psychique etc.)

**Acteurs**

Département du Rhône (MDR), Autorités organisatrices du transport, Région, Associations

**Résultats Attendus**

- Réalisation de l'état des lieux et des études

AU PLAN DES NTIC

Actions

- Mieux identifier leurs apports et bénéfices, en réalisant une étude dont l'objectif est de classer les solutions possibles par type de déficience et par type d'activité, dans le domaine de la vie quotidienne et du travail

Acteurs

Centre Erasme, Associations, Universités UFR Sciences humaines et sociales/  
Informatique et réseaux

Résultats Attendus

- Réalisation de l'étude

**Actions**

- Créer et développer un système d'information permettant une meilleure observation (notamment des personnes en attente de places en établissement) et une meilleure coordination entre professionnels
- Créer une cellule d'observation avec des représentants de l'ensemble des acteurs afin d'approfondir les connaissances dans le domaine du handicap
- Améliorer l'analyse des besoins d'accueil en établissement et d'accompagnement à domicile pour les personnes handicapées (projections secteur enfant, vieillissement des personnes handicapées, handicaps insuffisamment couverts : épilepsie, autisme, jeunes Alzheimer, etc.)
- Pour les établissements d'hébergement pour Personnes âgées, faire un bilan plus précis de l'existant en prenant en compte un ensemble de critères : tarifs, taux d'occupation, temps de présence, effectivité des liens entre les structures sur un territoire

**Acteurs**

Département du Rhône (Observatoire Départemental), MDPH, Associations et institutions du champ du handicap

**Résultats Attendus**

- Exploitation de l'enquête Handicap Santé de l'INSEE à partir d'un plan d'analyse et des besoins exprimés par les différents partenaires
- Existence d'un outil de suivi des décisions de la CDA-PH et existence d'un réseau autour de la MDPH
- État des lieux finalisé des établissements pour personnes handicapées (adultes et enfants)
- Création d'un logiciel des listes d'attente
- Création et animation de la cellule Observation du handicap dans le département



**ORIENTATION STRATEGIQUE 5 :**

**UNE GOUVERNANCE FONDEE SUR UNE CONFIANCE PARTAGEE,  
ENGAGEANT DES DYNAMIQUES DE PROGRES AVEC LES  
PARTENAIRES**

## CONTEXTE

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et la loi Handicap du 11 février 2005 ont désigné le Département comme chef de file de l'action sociale et médico-sociale à tous les âges de la vie, de la naissance à la fin de vie.

Dans le Rhône, le Département a souhaité s'inscrire dans une dynamique de proximité en territorialisant ses Maisons du Rhône dès 1995, puis en les labellisant en CLIC de niveau 2. Plus récemment, lors de la mise en place de la MDPH, le Département a confié aux MDR l'accueil des personnes handicapées, leur orientation et l'instruction des dossiers. Cette action de proximité a permis de développer un partenariat resserré avec l'ensemble des acteurs des domaines concernés. Au niveau départemental, un partenariat large est institué de longue date entre le monde associatif représentant les usagers, les professionnels des champs considérés, les institutions et les services en charge du handicap et des personnes âgées. Le CODERPA constitue une illustration de cette nouvelle forme de gouvernance.

Dans le champ du handicap, le partenariat s'est développé au fil du temps notamment avec les associations gestionnaires des établissements pour mieux répondre aux besoins médico-sociaux. La loi du 11 février a favorisé une nouvelle forme de gouvernance à travers la création de la CNSA, des MDPH et de la constitution du Groupement d'Intérêt Public instituant la participation de l'ensemble des institutions en charge du handicap et de représentants des usagers. C'est ainsi que la concertation a pu être développée dans différentes instances décisionnaires à un niveau local ou départemental. Ce positionnement s'est traduit par un renforcement de la concertation avec les partenaires, dans un esprit de gouvernance renouvelée.

Ainsi, cette concertation régulière a permis de développer une culture commune et de nouvelles pratiques faisant appel à l'expérimentation et à l'innovation : Lorsque la plus-value et la faisabilité d'un projet sont démontrées, ce dernier peut être modélisé et développé.

Par ailleurs, les aspirations des personnes handicapées et âgées en matière de maintien à domicile incitent les structures à trouver des réponses nouvelles (ex garde itinérante). Celles-ci doivent prendre en compte les besoins évolutifs et diversifiés et dépasser les contraintes juridiques et organisationnelles dans un contexte de budget tendu.

En parallèle à l'esprit d'innovation, les services sont conduits à développer des coopérations inter-services/établissements via la mutualisation de certaines fonctions (comptabilité, recrutement, formation, achat, services médicaux et psychologiques). La mutualisation et le partage de moyens permettent de disposer de personnel qualifié ou de fonctions spécifiques, dans des secteurs devant couvrir l'ensemble du territoire départemental et encore peu structurés notamment dans le champ gérontologique.



A l'exemple de la Coordination Soins psychiques et réinsertions 69, des collaborations entre institutions et associations diverses montrent leur capacité à mutualiser des compétences et articuler le secteur sanitaire et médico-social dans l'intérêt des personnes.

D'une manière générale, le Département entend assumer pleinement son rôle de coordonnateur des services et de collectivité « pivot » dans le domaine du Handicap et de la Gériatrie, en initiant ou en favorisant de nouveaux modes de coopération.

**AVEC LES ACTEURS DU SECTEUR SANITAIRE EN VUE DE L'ÉVOLUTION DES MDR EN CLIC DE NIVEAU 3**

**Actions**

- Développer la collaboration entre les secteurs sanitaire et médico-social au travers d'outils et de pratiques communes (dossier informatisé partagé, protocole de sortie d'hospitalisation, modélisation de formes d'accompagnement adapté pour les cas complexes)
- Renforcer la coordination entre les acteurs du handicap, de la gérontologie et de la psychiatrie

**Acteurs**

Département du Rhône (CMS, MDR), DDASS, ARS, Hôpitaux, SSIAD, Réseau de santé, Associations d'usagers (CISS-RA)

**Résultats Attendus**

- Réalisation du dossier médico-social informatisé et matérialisation des pratiques communes entre le sanitaire et le médico-social (protocoles, référentiel commun)
- Augmentation du temps de concertation avec le secteur de géronto-psychiatrie à domicile et en établissement lors de l'analyse des situations complexes (avec les CMP) et au niveau départemental dans le cadre de colloques

**AVEC LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES PA-PH**

**Actions**

- Inciter les établissements d'hébergement pour Personnes âgées à s'inscrire dans un réseau gérontologique, médico-social et sanitaire local à travers les conventions relatives aux modalités de coopération
- Favoriser la coopération inter-associative en créant des instances de régulation inter-associatives sur des situations individuelles, sous l'égide de la MDPH
- Soutenir les structures dans une démarche de recherche de qualité et dans la mutualisation des moyens
- Valoriser la création de plates-formes de services associant SAAD et SSIAD pour une meilleure coordination de l'accompagnement de la personne

**AVEC LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES PA-PH (SUITE)**

**Actions**

- Encourager le partage de fonctions communes aux structures (recrutement et formation du personnel, plan de formation commun, mutualisation des services comptables, juridiques, médicaux, de la fonction Achat)

**Acteurs**

Département du Rhône, Acteurs institutionnels des champs du handicap et de la gérontologie

**Résultats Attendus**

- Augmentation du nombre de services mutualisés pour certaines fonctions
- Augmentation du nombre de plates-formes
- Augmentation du nombre de conventions relatives aux modalités de coopération entre services hospitaliers et établissements

**AVEC D'AUTRES ACTEURS PARTICIPANT AU MAINTIEN DE LA VIE A DOMICILE**

**Actions**

- Développer une approche commune entre les différents partenaires autour des NTIC :
  - Créer un espace virtuel collaboratif d'échanges entre professionnels
  - Poursuivre les expérimentations des NTIC dans le maintien à domicile
  - Élaborer une charte éthique commune pour l'usage des NTIC
- Promouvoir la mutualisation des moyens entre les services de transports et les associations développant des projets spécifiques de transports adaptés
- Promouvoir, avec les acteurs de proximité (MDR-CLIC, Pharmaciens, Commerçants, Banques, voisins, Association de retraités...) une dynamique de réseau pour repérer les personnes en situation d'isolement et de vulnérabilité, dont les migrants vieillissants

**Acteurs**

Département du Rhône, Centre Erasme, Universités, Acteurs de proximité du maintien à domicile, Opérateurs de transports, Associations développant des projets de transports

**Résultats Attendus**

- Création de l'espace virtuel
- Réalisation de la charte éthique

**DANS LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES**

**Actions**

- Encourager la mise en place, au niveau de chaque territoire, d'un pôle de personnels remplaçants pour favoriser l'accès à la formation
- Favoriser les temps d'échange entre les personnels des différents établissements
- Promouvoir la démarche qualité au sein des structures, via le recours à l'évaluation interne et externe des structures et la gestion des risques

**Acteurs**

Département, Directeurs d'établissements

**Résultats Attendus**

- Existence du pôle de remplacements sur plusieurs territoires
- Augmentation des temps d'échange entre personnels inter-établissements
- Augmentation du nombre de structures ayant recours à l'évaluation interne et externe

AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS

Actions

- Valoriser et professionnaliser les métiers de l'aide à domicile en participant à des campagnes de communication
- Promouvoir la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile :
  - Engager des partenariats avec les acteurs de la formation (État, Région, Organismes de formation, OPCA) sur les contenus et les financements
  - Développer des relais d'assistants de vie, sur la base des expérimentations conduites par la FEPEM
- Encourager l'innovation
  - Dans les domaines de l'environnement - logement, transport, NTIC -, des services, de l'accueil en établissement
  - Dans le domaine du « Bien vieillir », l'innovation sera orientée vers la lutte contre l'isolement social. L'expérimentation du Webnapperon (outil de lien social et de lien entre les générations) devra être poursuivie sur plusieurs territoires pour être développée dans des établissements volontaires et à domicile

Acteurs

Département, Agence des services à la personne, Région, Éducation nationale, Centre Erasme, Associations

Résultats Attendus

- Réalisation de campagnes d'information
- Augmentation du nombre d'établissements expérimentant le Webnapperon
- Diversification des expériences innovantes

PÔLE PERSONNES ÂGÉES - PERSONNES HANDICAPÉES › 29/31 COURS  
DE LA LIBERTÉ - 69003 LYON › TÉL. : 04 72 61 36 59

[www.rhone.fr](http://www.rhone.fr)