



**LES POLITIQUES TERRITORIALES
EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES
À TRAVERS LES SCHÉMAS
DÉPARTEMENTAUX ET RÉGIONAUX
D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE**

Novembre 2013

Association Nationale des CREA
Pôle Etudes Recherches Observation

Avec le soutien de la



**LES POLITIQUES TERRITORIALES EN FAVEUR
DES PERSONNES ÂGÉES**

**À TRAVERS LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX
ET RÉGIONAUX D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE**

Novembre 2013

Après l'analyse nationale comparée des schémas départementaux d'organisation médico-sociale versus « handicap » éditée par l'ANCREAI en 2011, voici l'analyse nationale comparée des schémas territoriaux (départementaux et régionaux) versus « personnes âgées ».

Comme nous le disions en 2011, comparer, au niveau national, les schémas d'organisation médico-sociale, aurait été une gageure il y a dix ans, voire cinq ans.

C'est qu'en quelques années, l'expertise des collectivités et administrations en matière de schémas s'est fortement développée, les textes et guides d'élaboration se sont précisés, les rapports officiels concernant les politiques médico-sociales ont tous souligné l'importance d'une planification cohérente et coordonnée, enfin, les évaluations des politiques et programmes ont souligné l'exigence d'une maîtrise des engagements de dépenses.

Ici aussi, la question de ***l'évaluation des besoins***¹ se pose dans tous les ***schémas territoriaux*** Personnes Agées (Schémas départementaux d'organisation sociale et Schémas régionaux d'organisation médico-sociale, SROMS) et appelle à une perfectibilité des systèmes d'information, aussi bien sur les situations que sur l'offre de services afin de préparer les futurs « diagnostics territoriaux partagés ».

La question de ***l'infra-territorialité*** se pose aussi dans les schémas personnes âgées.

Alors que pour le handicap la plupart des départements s'organisaient par cantons ou selon le découpage des unités sociales territoriales, en ce qui concerne les « personnes âgées », 42,5% d'entre eux s'organisent en fonction de celles ci, 12,8%, autour des coordinations gérontologiques ou CLIC, et 6,4% des départements s'organisent en fonction des « pays ».

Les SROMS pour leur part ont été élaborés en fonction de leurs territoires de santé (le département pour certains) et parfois de leurs territoires de proximité.

Le SROMS de Basse-Normandie croise bassins de vie, territoires des CLIC et zones d'intervention des équipes Alzheimer. Celui de Champagne-Ardenne s'appuie sur les territoires gérontologiques des conseils généraux et sur les zones d'intervention des SSIAD. Le SROMS Rhône-Alpes, qui a recomposé ses huit départements en cinq territoires de santé, prend en compte pour les PA les 30 territoires filières gérontologiques, dont 12 sont interdépartementaux.

Les ***deux grandes orientations*** des schémas territoriaux concernent d'une part, comme objectif priorisé, « le maintien à domicile » et d'autre part, comme moyen pour éviter les ruptures de parcours de vie, « la coordination des acteurs ».

Enfin, comme pour les schémas handicap, il nous a paru fructueux de comparer la manière dont les départements problématisaient certaines questions, et comment ils y répondaient. C'est l'objet de l'analyse thématique. Nous avons constaté là encore des convergences certaines et des expérimentations pertinentes.

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, qui a participé à son financement dans le cadre de sa section V.

¹ « L'action sociale et médico-sociale repose sur l'évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, » extrait de l'article 2 de la loi 2002-2.

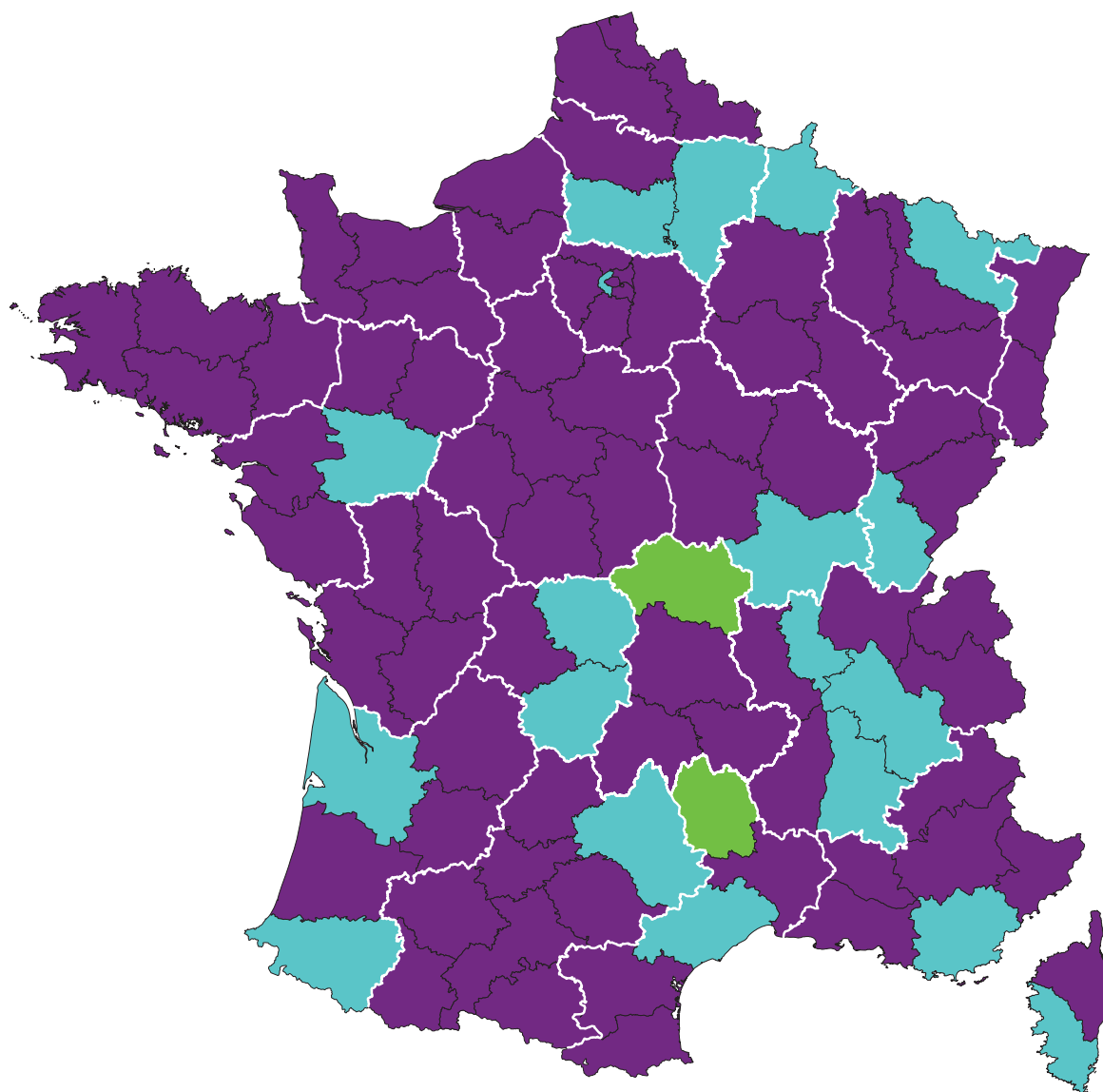
Cette étude du réseau des CREAL concerne l'analyse au niveau national des politiques sociales et médico-sociales et de planification en faveur des personnes âgées à partir des SROMS et des schémas départementaux d'organisation médico-sociale (en cours de validité au 31/12/2012). Elle a permis de dresser un état des lieux des priorités retenues dans chaque département et région en faveur de cette population âgée, des problématiques identifiées, des actions retenues pour y répondre, de dégager des particularités territoriales et des actions novatrices.

Ce travail a été conduit sur la base des synthèses régionales réalisées par chaque CREAL sur des territoires dont ils connaissent les ressources et les besoins.

1 - ÉLÉMENTS DE MÉTHODE ET CADRE POLITIQUE DES SCHÉMAS

> Eléments de cadrage

Parmi les schémas départementaux, **78%** concernent les personnes âgées, **20%** les personnes âgées et handicapées et 2% seulement les personnes vulnérables.



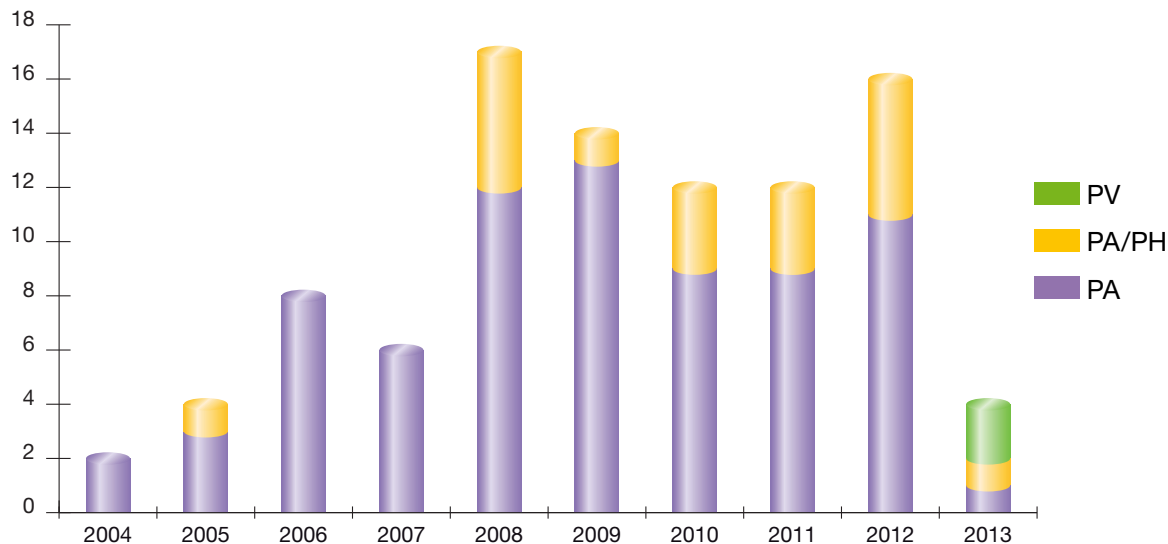
Public concerné

- Personnes âgées
- Personnes âgées, personnes handicapées
- Personnes vulnérables

Cartographie : pôle ERO ; fonds Artique - Source : enquête ANCREAI

Les années d'entrée en vigueur des schémas départementaux en cours de validité, ou n'ayant pas été encore réactualisés, s'échelonnent sur une large période, **2004-2013**, ne rendant donc pas réellement possible dans un grand nombre de cas, une articulation du SROMS avec ces schémas départementaux comme le dispose le CASF.

ANNÉE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES SCHÉMAS EN COURS D'EXERCICE OU NON RÉACTUALISÉ EN 2012



PV = personnes vulnérables, PA = personnes âgées, PH = personnes handicapées

> Bilan des schémas précédents

La moitié des schémas en cours ont effectué un bilan du schéma précédent (41 sur 81).

Les bilans sont surtout qualitatifs sans reprise point par point des orientations actions prévues. Pour au moins 20% des schémas, il existe une période de latence avec le schéma précédent.

Quelques bilans sont particulièrement remarquables comme en Dordogne, dans le Bas Rhin, le Puy de Dôme, le Territoire de Belfort, l'Aude ou les Hautes Alpes.

> Etat des lieux et diagnostics

L'analyse fait ressortir de grandes disparités dans les méthodes, les sources et les données utilisées.

En ce qui concerne l'utilisation de sources existantes :

- *Pour les publics* : données INSEE (+OMPHALE), bénéficiaires de l'APA à domicile (nombre, évolution et GIR), estimation quantitative de la population en perte d'autonomie avec Paquid (Alzheimer), HID et Handicap-Santé, parfois des données morbidité/mortalité, plus rarement issues de l'enquête EHPA.
- *Pour l'offre* : capacités d'accueil/de suivi (souvent avec des cartographies selon découpage retenu), état des lieux plus ou moins complets selon les départements
- Dans la moitié des schémas, des études sont conduites spécifiquement :
- *auprès des personnes âgées* : soit des enquêtes « grand public », soit des enquêtes auprès de bénéficiaires de l'APA ou de services à domicile, aidants, plus rarement auprès des résidents d'EHPAD
- *auprès des professionnels / structures* pour affiner le diagnostic, évaluer l'adéquation des réponses, repérer les manques et définir des priorités.

Il est parfois fait référence à des rapports ou études nationales : Alzheimer, conditions de vie des personnes âgées, enjeux financiers...

> Les découpages infradépartementaux

Près de 80% des schémas départementaux ont recours à un découpage de leur territoire

- Pour 42,5% d'entre eux, il s'agit des territoires des unités d'action sociale
- Pour 12,8%, il s'agit des coordinations gérontologiques ou CLIC
- Et pour 6,4%, il s'agit des « pays »

Les SROMS pour leur part ont été élaborés en fonction de leurs territoires de santé (le département pour certains) et parfois de leurs territoires de proximité.

Le SROMS de Basse Normandie croise bassins de vie, territoires des CLIC et zones d'intervention des équipes Alzheimer. Celui de Champagne Ardennes s'appuie sur les territoires gérontologiques des CG et sur les zones d'intervention des SSIAD. Le SROMS Rhône Alpes, qui a recomposé ses huit départements en cinq territoires de santé, prend en compte pour les PA les 30 territoires filières gérontologiques, dont 12 sont interdépartementaux.

> Les groupes de travail thématiques

L'analyse note le plus souvent 3 à 5 groupes thématiques se réunissant en moyenne 3 fois.

- **La vie à domicile** (79% des schémas) : coordination à domicile, diversification des services, prévention de la dépendance
- **L'accueil institutionnel** (65% des schémas) : qualité de l'accueil, évolution de l'offre, coopérations et mise en réseau.
- **La coordination** (70% des schémas) : pivot de l'action gérontologique, notion de territoire et mise en œuvre dans le cadre des interventions à domicile.
- **Les publics spécifiques** : en 1er ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées (30% des schémas) puis les personnes handicapées vieillissantes
- **La qualité** des accompagnements (tiers des schémas), évaluation des pratiques professionnelles, formation et professionnalisation
- **Les aidants** non professionnels (tiers des schémas), surtout dans le cadre de la vie au domicile
- **La prévention** (30% des schémas) souvent prévention de la perte d'autonomie, parfois prévention de la maltraitance
- **Autres thématiques** : vie sociale, citoyenneté / exercice des droits, information, observation et identification des besoins...

> Les orientations stratégiques

A l'instar des groupes de travail, **deux** orientations stratégiques se retrouvent dans la grande majorité des schémas (SDOMS et SROMS) :

- « **Favoriser le choix de vie à domicile** » (94% des schémas)
- « **Renforcer la coordination des acteurs** » (80% des schémas).

Les autres orientations stratégiques sont en cohérence avec ces deux premiers axes

- « Veiller à la **qualité** des interventions et la professionnalisation » (65%)
- « Diversifier et adapter le dispositif en fonction des besoins des personnes » (62,5%)
- « Promouvoir la **citoyenneté** des personnes âgées » (28%)

2 - ANALYSES THEMATIQUES

La prévention

L'analyse des actions de prévention dans les deux catégories de schémas que sont les schémas départementaux des CG d'une part, et ceux des ARS de l'autre dessinent des **champs d'actions relativement bien délimités**. Une tendance forte cantonne les ARS dans des fiches actions axées plutôt autour de la santé et de la prévention secondaire (fréquences des actions autour de la iatrogénie, du bon usage du médicament, de l'hygiène buccodentaire, de la dénutrition) quand les conseils généraux sont plus attentifs aux problématiques sociales ou environnementales (prévention auprès des publics fragiles, maltraitance, adaptation du logement), donc plus en amont en terme de prévention.

Si **82%** des ARS évoquent dans leur SROMS des actions de prévention, on note une forte concentration des actions sur quelques thématiques qui peuvent être présentes dans 30 à 40% des schémas.

A l'inverse, si **71%** des CG abordent la prévention dans leurs schémas, on note un éparpillement en de multiples thématiques, et aucune n'est abordée dans plus de 13% des départements (à l'exception des actions autour de la perte de mémoire).

Les publics Alzheimer tiennent une place importante (diagnostic précoce / atelier mémoire) dans les 2 types de schémas.

Le soutien à domicile et l'aménagement de l'habitat

Première orientation stratégique des schémas, la problématique de la vie à domicile est très transversale, recouvrant les questions d'aide à la personne, de soins, de suivi de santé, de logement, de soutien des aidants naturels et d'accessibilité à la cité.

Les schémas départementaux prévoient le développement et la diversification des services médico-sociaux et sanitaires de proximité ainsi que des services complémentaires : transports, domotique, adaptation de l'habitat...

Le maintien à domicile nécessitant la mobilisation d'acteurs nombreux et divers, nous retrouvons des fiches-actions sur la **coordination** (deuxième orientation stratégique) dans la quasi-totalité des schémas.

Les schémas expriment leur volonté d'expérimenter des solutions plus souples face à la diversité des besoins des personnes âgées et de leurs aidants.

Les SROMS insistent sur le développement de l'offre relevant du champ de compétence de l'ARS (SSIAD, HAD, soins palliatifs, équipes spécialisées Alzheimer, etc.), avec une large référence à la coordination entre le secteur sanitaire et médico-social.

La diversité, l'adaptation, l'accessibilité et la qualité de l'accueil

A domicile, l'effort de diversification et d'accroissement de l'offre s'appuie sur des actions innovantes (ESA, baluchonnage, EMOG...) et une prise en compte des aidants naturels.

En établissement, cette thématique s'exprime par la structuration de l'offre avec une médicalisation des lits des maisons de retraite et des logements-foyers, la construction du projet de vie des personnes accueillies adapté aux problématiques et besoins des publics spécifiques, ce qui débouche sur des solutions innovantes : unités spécifiques, accueil de jour ou temporaire (autonome ou adossé à l'établissement).

La question de l'*accessibilité financière* est parfois évoquée comme une limite au déploiement de l'offre médico-sociale sur le territoire, sans propositions concrètes autour de cet obstacle, en particulier le reste à charge.

Les parcours de soins

Si la thématique relève plutôt des compétences de l'ARS (et du PRS), elle est présente aussi dans les schémas départementaux.

- Les SDOMS et les SROMS mettent en avant :
 - Le développement des places de SSIAD
 - La coordination sanitaire et médico-sociale
 - L'accès aux soins somatiques et psychiques sur le territoire
 - La médicalisation des EHPAD
 - Le besoin d'attractivité du secteur des PA aux professions de santé
- Les SROMS renvoient aux autres schémas du Plan régional de santé et insistent de plus sur :
 - L'offre en ULSD
 - L'action à domicile des filières gériatriques et géro-psycho-geriatriques
 - La sensibilisation à la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
 - L'amélioration des soins palliatifs et la fin de vie à domicile

Les personnes handicapées vieillissantes

- Cette thématique est présente dans beaucoup de schémas « personnes âgées », avec la nécessité soulignée d'améliorer la connaissance de cette population sur les plans qualitatif et quantitatif.
- L'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées suppose l'adaptation de l'existant (secteur du handicap ou gérontologique), le décroisement et l'assouplissement des dispositifs dans une logique de parcours de vie.
- Les schémas proposent de nombreuses préconisations pour une meilleure coopération : dispositifs transversaux entre les secteurs « personnes âgées », « personnes handicapées » et sanitaire ou entre établissements et domicile, formation des professionnels sous forme d'échanges réciproques (stages croisés entre professionnels des différents services, etc.)
- On note des actions à destination des aidants familiaux sous forme d'expérimentation comme l'hébergement conjoint, le droit au répit...
- L'accueil familial pour les personnes handicapées vieillissantes est retenu dans plusieurs schémas avec des temps de formation et de répit pour les accueillants

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

100% des SROMS et 94% des schémas départementaux ont des fiches actions sur les personnes atteintes de MAMA

- L'analyse montre une bonne réappropriation du Plan Alzheimer dans ses différentes dimensions, avec articulation entre les niveaux régional et départemental souvent explicitement recherchée.
- Les choix de vie à domicile sont privilégiés, avec la nécessaire mobilisation d'un grand nombre d'intervenants pour couvrir l'ensemble des besoins de soin et d'accompagnement et donc d'une coordination renforcée pour mieux construire les parcours.
- Les schémas insistent sur l'accès à l'information et la formation indispensable pour les professionnels et les aidants pour assurer des accompagnements de qualité.
- Plus encore que pour les autres publics âgés, les réponses sont en construction, voire à construire, souvent qualifiées d'expérimentales.

L'aide aux aidants

L'aide aux aidants est très présente en particulier à partir des situations des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce public a conduit les politiques publiques à se préoccuper de la situation de l'aidant de façon plus spécifique.

- Les schémas départementaux et les SROMS promeuvent des formules de soutien et de répit, voire incitent à rechercher des formules innovantes
- L'observation des besoins et attentes des aidants est jugée nécessaire pour pouvoir adapter l'offre de soutien. Parfois les aidants sont aussi associés à l'évaluation des situations des personnes âgées accompagnées.

La formation des professionnels

La formation professionnelle est abordée dans tous les schémas, conséquence directe de la diversification des situations, de nouvelles pathologies et de problématiques complexes.

- Cette exigence s'inscrit dans la logique de l'amélioration de la qualité du service rendu, la professionnalisation, l'adaptation au poste de travail et le respect de la réglementation.
- Les schémas s'attachent à structurer le secteur gérontologique et ses différents acteurs : professionnels, encadrants, aidants familiaux...
- Les schémas constatent que les métiers de l'aide à la personne sont peu valorisés et attractifs et font des propositions pour pallier les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel : information/communication sur les métiers, mutualisation inter-établissement, regroupements d'employeurs, développement de partenariats.
- Pour les schémas, la question de la formation doit être pensée à long terme avec l'analyse de l'évolution des compétences et des métiers. Certains départements envisagent un observatoire des métiers pour anticiper les besoins en professionnels.

3. PRÉCONISATIONS

1. Il serait cohérent de profiter de la fin des schémas régionaux d'organisation médico-sociale de première génération (2017) pour recalculer sur une même période quinquennale l'ensemble des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Pour les SDOMS décalés de un à trois ans, une actualisation pourrait être effectuée au regard d'un diagnostic territorial partagé en 2017 avec nouveau départ pour une période de cinq ans. Pour les schémas décalés de quatre ans, cela signifierait de lancer un nouveau schéma avec un an d'avance par rapport à la date d'échéance mais en bénéficiant d'une mutualisation des moyens de diagnostic territorial partagé avec la région (traitement des sources existantes, enquêtes spécifiques et mobilisation des acteurs).
2. Il apparaît indispensable, à l'analyse des schémas en cours, d'effectuer une réelle évaluation à la fois quantitative et qualitative des schémas d'organisation médico-sociale, avec analyse des écarts entre le prévisionnel et le réalisé, en définissant une méthodologie d'évaluation réaliste et concrète et un mode d'organisation de l'évaluation tout au long du schéma.
3. Les découpages infradépartementaux ont été précédés de réflexions et d'analyse correspondant à des logiques de coordination de moyens, de cohérence de bassins de vie, d'analyses des flux qui ont surdéterminés des logiques d'équipement. L'expérimentation des territoires de proximité dans les Plans Régionaux de Santé de première génération pourraient être l'occasion d'une réflexion commune entre la région et les départements sur le niveau d'infra-territorialité le plus pertinent pour répondre aux besoins multiples des personnes et des populations en situation de vulnérabilité.
4. La déclinaison des orientations et des thématiques des schémas convergent vers une démarche d'évaluation et de concertation partagée entre les financeurs, les secteurs d'intervention publique, les échelons territoriaux, les acteurs (les professionnels, les aidants et les bénéficiaires). Cette démarche, présente dans l'esprit des lois 2000 et dans tous les rapports récents concernant l'organisation des soins et de l'action sociale et médico-sociale, suppose de développer, au niveau territorial le plus pertinent (cf. 3ème préconisation) des diagnostics territoriaux partagés qui pourront déboucher sur des tables de concertation tactiques et des formations-actions transversales.

Introduction : Un secteur médico-social en transition 13

I - Éléments méthodologiques et cadre politique des schémas 15

1	Champ populationnel	15
2	Période couverte	17
3	Les découpages infradépartementaux	19
4	Participation des usagers au diagnostic et à la démarche	22
5	État des lieux, connaissance de l'offre et des populations	23
5.1	L'utilisation de sources existantes	23
5.2	Etudes réalisées dans le cadre des schémas	24
6	Les groupes de travail thématiques	27
6.1	La vie à domicile	27
6.2	L'accueil institutionnel	27
6.3	La coordination	28
6.4	Les différents publics	28
6.5	La qualité	28
6.6	Les aidants	28
6.7	La prévention	29
6.8	Autres thématiques	29
7	Bilan des schémas précédents	31
8	Orientations stratégiques	33
8.1	Favoriser le choix de vie à domicile (94%)	33
8.2	Renforcer la coordination des acteurs (80%)	33
8.3	Veiller à la qualité des interventions et à la professionnalisation (65%)	34
8.4	Développer, diversifier et adapter le dispositif en fonction des besoins des personnes (62,5%)	35
8.5	Promouvoir la citoyenneté des personnes âgées (28%)	36

13

II - ANALYSES THÉMATIQUES 37

1.	Prévention de la perte d'autonomie : une préoccupation commune, mais des engagements et des spécificités d'action clairement répartis entre ARS et conseils généraux	37
2.	Soutien à domicile et aménagement de l'habitat	43
2.1	La problématique de la vie à domicile	43
2.2	Les éléments de diagnostic	43
2.2.1	La connaissance des personnes âgées vivant à domicile et l'évaluation de leurs besoins	43
	L'état des lieux de l'offre et son analyse	43
2.3	Les propositions émises	46
3.	Diversité, adaptation, accessibilité et qualité de l'accueil	55
3.1	Quel accompagnement pour demain que ce soit au domicile ou en établissement ?	55
3.2	L'offre	57
4.	Parcours des soins de la personne	61
4.1	L'accès aux soins dans les schémas départementaux	61
4.1.1	Le développement des places en SSIAD	61
4.1.2	La participation à la coordination sanitaire et médico-sociale et aux filières gériatriques	61
4.1.3	L'accès aux dispositifs territoriaux de soins somatiques et psychiques	62
4.1.4	La médicalisation des établissements d'hébergement	62
4.1.5	L'attraction des professions de santé	63
4.2	L'accès aux soins des personnes âgées dans les SROMS	63

5	Personnes handicapées vieillissantes	67
6	Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	71
6.1	Connaissance du public et évaluation des besoins	71
6.1.1	Valorisation de données et conduite d'études	71
6.1.2	La concertation et les groupes de travail	72
6.2	Les axes stratégiques prioritaires	73
6.3	Les actions et propositions	74
6.3.1	Prévention et dépistage	75
6.3.2	Le domicile	75
6.3.3	Diversité, adaptation et qualité de l'offre d'accompagnement	77
6.3.4	Formation des professionnels	78
6.3.5	Les aidants familiaux	79
6.3.6	L'organisation des parcours et la coordination	79
6.3.7	L'observation	80
7	Aide aux aidants	81
7.1	Les solutions de relais ou de répit	82
7.2	La diffusion de la pratique des groupes de parole	83
7.3	Les actions de soutien et de conseil	83
7.4	La diffusion d'informations et de formations	83
7.5	La prévention des situations de maltraitance à domicile	84
7.6	La prévention de situations d'urgence	84
7.7	L'accompagnement des changements et des moments de transition	84
7.8	L'incitation à l'exercice du rôle de l'aidant	84
7.9	La promotion de l'aidant	85
7.10	Une observation et une meilleure connaissance	85
8.	Formation des professionnels	87

Conclusion et préconisations **93**

Sigles **95**

Annexes **97**

Annexe 1 : Les territoires et la population des schémas	98
Annexe 2 : Groupes de travail thématiques	106

Introduction :

Un secteur médico-social en transition

Le Pôle ERO (Etudes, Recherches et Observation) de l'ANCREAI, après la comparaison nationale des schémas départementaux Handicap (2011) propose ici une analyse nationale des politiques sociales et médico-sociales et de planification en faveur des personnes âgées, s'appuyant sur les SROMS et les schémas départementaux d'organisation médico-sociale.

L'ancrage des CREAI dans leur territoire respectif leur permet d'avoir une connaissance fine des besoins locaux des personnes âgées notamment en perte d'autonomie, et des réponses qui sont apportées. De plus, de nombreux CREAI ont accompagné l'élaboration de ces schémas, ce qui leur permet d'avoir une vision précise des méthodologies utilisées et des enjeux locaux.

Ce chantier bénéficie d'un second avantage en étant porté par les CREAI, structures régionales et pérennes, offrant une couverture complète du territoire national : c'est que l'analyse ainsi produite a vocation à être « évolutive », c'est-à-dire que chaque CREAI, sous condition d'un accord avec la DGCS et les administrations déconcentrées, sera en mesure d'intégrer au fur et à mesure de ses publications, les nouveaux schémas quinquennaux et modifie ainsi l'analyse comparée des schémas au niveau régional et par conséquent au niveau national. Ce « dispositif d'observation » ne s'appuie pas seulement sur des indicateurs globaux qui remonteraient régulièrement au national. Non, il s'appuie sur une connaissance fine des besoins des personnes en situation de vulnérabilité, des ressources à disposition dans chaque région, dans chaque département, sur une connaissance des acteurs qui participent de la mise en œuvre des politiques et de l'organisation médico-sociales.

Depuis la loi HPST², la nouvelle répartition des compétences entre l'ARS et les Conseils généraux, avec le maintien de deux niveaux de planification dans le champ médico-social, rend nécessaire une articulation des schémas adoptés aux différents échelons territoriaux. Aujourd'hui, « Environ la moitié des schémas régionaux recherchent une intégration étroite entre les objectifs départementaux et les objectifs régionaux de l'ARS en faisant des orientations départementales un des piliers de la réflexion de l'ARS³ ».

En outre, à l'heure où le projet de loi sur l'autonomie a été, depuis 2010, plusieurs fois annoncée puis reportée, cette synthèse nationale des orientations politiques locales en cours de mise en œuvre, au regard des besoins, paraît tout à fait opportune pour en donner une meilleure visibilité.

Force est de constater pour ce premier rapport comparatif, que la mue du secteur médico-social ne fait que commencer et que le processus d'articulation entre schémas est au milieu du gué. Les futures expérimentations préconisées par des rapports récents ou/et suite au dispositif MAIA devraient permettre de franchir le pas de cette « coordination » qui est plébiscitée dans tous les schémas, départementaux et régionaux.

L'objectif de ce travail a donc été de dresser un état des lieux des priorités retenues dans chaque département et région en faveur de cette population âgée, des problématiques identifiées et des actions retenues pour y répondre. Cette mise en perspective a permis également de dégager des particularités territoriales et des actions novatrices.

Ce présent travail de synthèse s'appuie sur une étape préalable, réalisée dans chaque région, qui a permis la mise en perspective des différents schémas départementaux en faveur des personnes âgées (ou autonomie) et du SROMS. Les documents régionaux ont été élaborés⁴ à partir d'une grille commune, mise au point par le Pôle ERO de l'ANCREAI, dans la perspective de comparaisons interrégionales et de garantie d'une unité de contenu. Cette grille est structurée en 3 grandes parties : aspects méthodologiques, cadre politique, actions et propositions retenues.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ CNSA Dossier technique : « SROMS. Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016 ». Octobre 2013.

⁴ Chaque CREAI a réalisé la comparaison dans sa ou ses régions, couvrant ainsi l'ensemble du territoire métropolitain.

L'ensemble des schémas régionaux et départementaux de France métropolitaine en cours de validité au 31/12/2012 a été pris en compte dans ces comparaisons⁵.

Un groupe projet national, coordonné par Bénédicte Marabet (CREAI Aquitaine), réunissant 6 CREAI a travaillé à l'élaboration de ce document structuré en 2 grandes parties :

> **Eléments méthodologiques et cadre politique des schémas :**

Plusieurs indicateurs concernant la structure des schémas, leurs modalités d'élaboration, les aspects méthodologiques permettant de comprendre la logique qui a présidé à leur mise en œuvre ont été étudiés :

- Le champ populationnel et la période couverte
- Les conditions d'élaboration d'un diagnostic partagé : découpage territorial, données et études présentées autour de l'offre, des publics et de leurs besoins, groupes de travail thématiques et participation des usagers
- Le lien fait avec le précédent schéma à travers la présentation d'un bilan
- Les orientations stratégiques annoncées

Bénédicte Marabet et Jean-Yves Barreyre ont réalisé cette partie.

> **Analyses thématiques :**

Le groupe projet a sélectionné 8 thématiques représentatives des problématiques gérontologiques actuelles et devant être prises en compte par les politiques publiques ; elles ont fait l'objet d'une analyse particulière à partir des fiches-actions présentées dans les schémas :

- Prévention de la perte d'autonomie : Sophie Bourgarel (CREAI PACA-Corse)
- Soutien à domicile et aménagement de l'habitat : Isabelle Gérardin (CREAI Bourgogne)
- Diversité, adaptation, accessibilité et qualité des modes d'accueil : Ornella Rizzo (CREAI PACA-Corse)
- Parcours de soins de la personne : Jean-Yves Barreyre (CREAI Île-de-France)
- Les personnes handicapées vieillissantes : Muriel Delporte (CREAI Nord Pas-de-Calais).
- Les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et maladies apparentées : Bénédicte Marabet (CREAI d'Aquitaine)
- Aide aux aidants : Eliane Corbet (CREAI Rhône-Alpes)
- Formation des professionnels : Ornella Rizzo (CREAI PACA-Corse)

Ce travail est le résultat d'une démarche collective, organisée méthodologiquement par le Pôle ERO, avec des chargé(e)s d'études formé(e)s et expérimenté(e)s, l'engagement plein et entier des CREAI organisés en réseau et la volonté de l'ANCREAI de participer à un dispositif régional, interrégional et national d'observation et de recherches appliquées autour des publics en situation de vulnérabilité.

Il a été rendu possible grâce au soutien de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie qui a participé à son financement dans le cadre de sa section V.

⁵ NB : 4 schémas départementaux adoptés en 2012 mais datés de 2013 ont été intégrés dans cette analyse.

Par ailleurs, 2 départements de Midi-Pyrénées (l'Ariège et le Lot) n'ont pas été pris en compte dans cette synthèse nationale. En effet, leurs schémas, arrivés à échéance en 2010, étaient toujours en cours de réactualisation en juillet 2013 quand le travail préalable de comparaison régionale a été conduit.

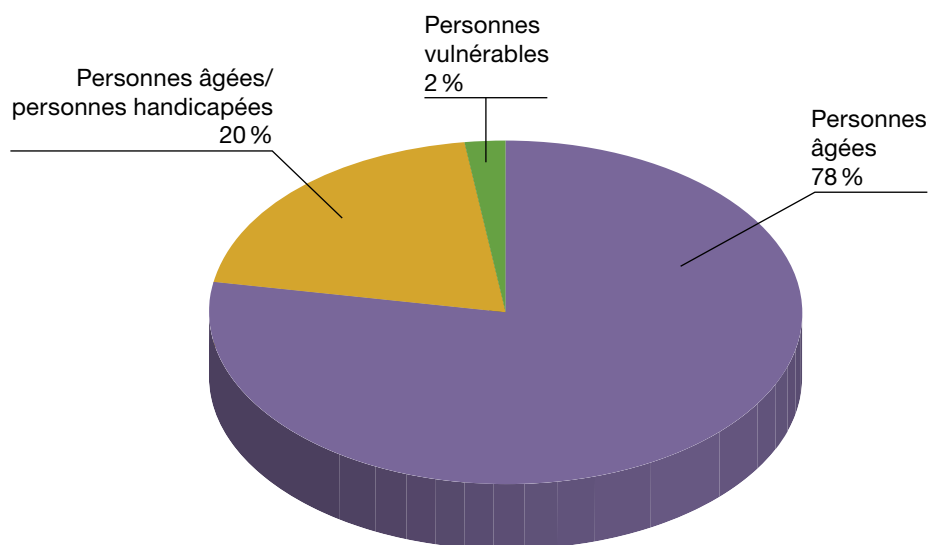
I - Éléments méthodologiques et cadre politique des schémas

1. CHAMP POPULATIONNEL

Les schémas départementaux d'organisation sociale en faveur des personnes âgées sont dans leur grande majorité exclusivement centrés sur cette population⁶.

Un schéma sur 5 seulement a été élaboré dans une logique de décroisement, le plus souvent personnes handicapées/personnes âgées (19 schémas)⁷. On compte néanmoins 2 départements dont les schémas recouvrent un champ de solidarité plus large, ceux de l'Allier et de la Lozère ; d'autres départements dont le schéma est en cours de réactualisation vont s'engager dans cette voie comme les Landes.

**RÉPARTITION DES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX
SELON LE CHAMP POPULATIONNEL COUVERT**



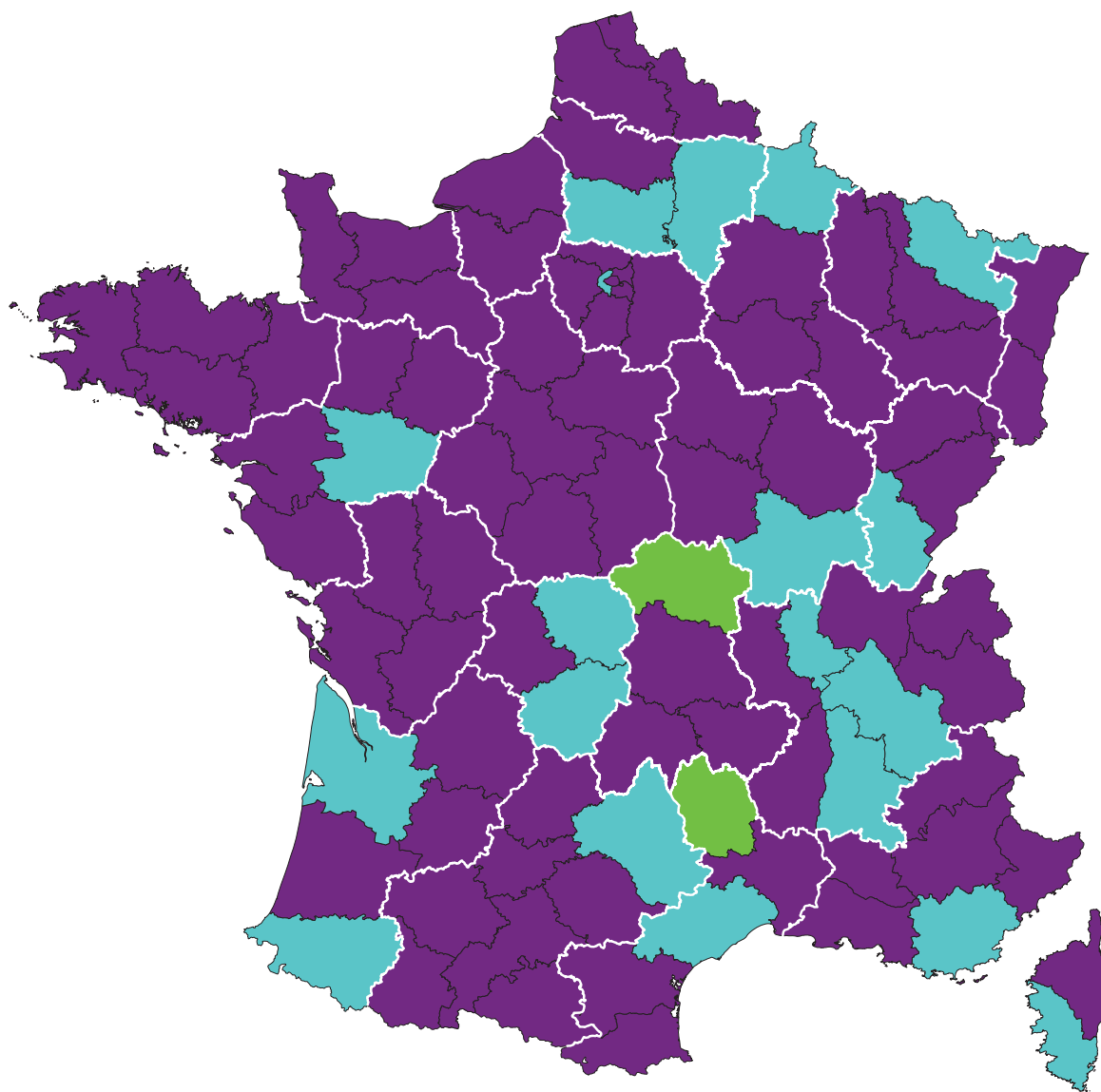
17

Dans la plupart des régions, des schémas PA/PH (le plus souvent dénommés « schémas autonomie ») ont été élaborés dans un ou deux départements (hormis en Alsace, Bretagne, Centre, Basse et Haute-Normandie et Nord-Pas-de-Calais). On ne remarque donc pas vraiment de « capillarité » départementale au sein d'une même région.

⁶ Cf. tableau récapitulatif en annexe 1.

⁷ Notons que lorsque l'ANCREAI a conduit son 1er travail de synthèse nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale en faveur des personnes handicapées, il n'y avait, à la date de référence de l'étude (31/12/2010), que 9 schémas conjoints.

LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX SELON LE PUBLIC CONCERNÉ



Public concerné

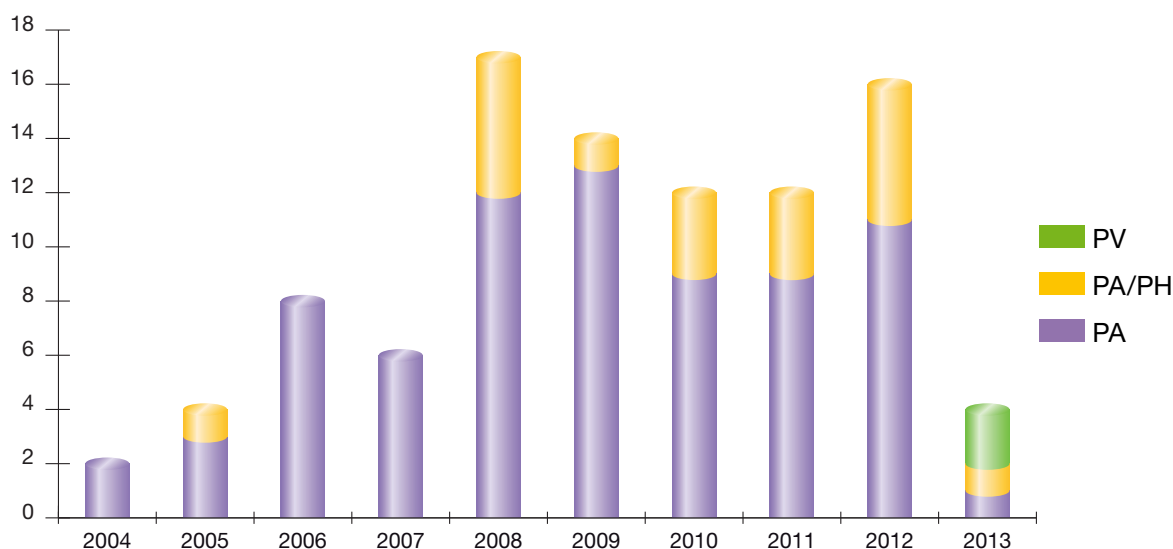
- Personnes âgées
- Personnes âgées, personnes handicapées
- Personnes vulnérables

Cartographie : pôle ERO ; fonds Artique - Source : enquête ANCREAI

2. PÉRIODE COUVERTE

Parmi les schémas les plus récents, les approches conjointes PA/PH sont plus fréquentes. Si on prend en compte les schémas réalisés à partir de 2008, 27% vont au-delà de la population âgée ; à partir de 2012, cette proportion atteint 31%, sans doute peut-on y voir un effet de la logique SROMS⁸ (et sans doute également le fait que de plus en plus de départements entrent dans une logique de convergence des dispositifs autour de la notion de « perte d'autonomie »).

ANNÉE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES SCHÉMAS EN COURS D'EXERCICE OU NON RÉACTUALISÉ



PV = personnes vulnérables, PA = personnes âgées, PH = personnes handicapées

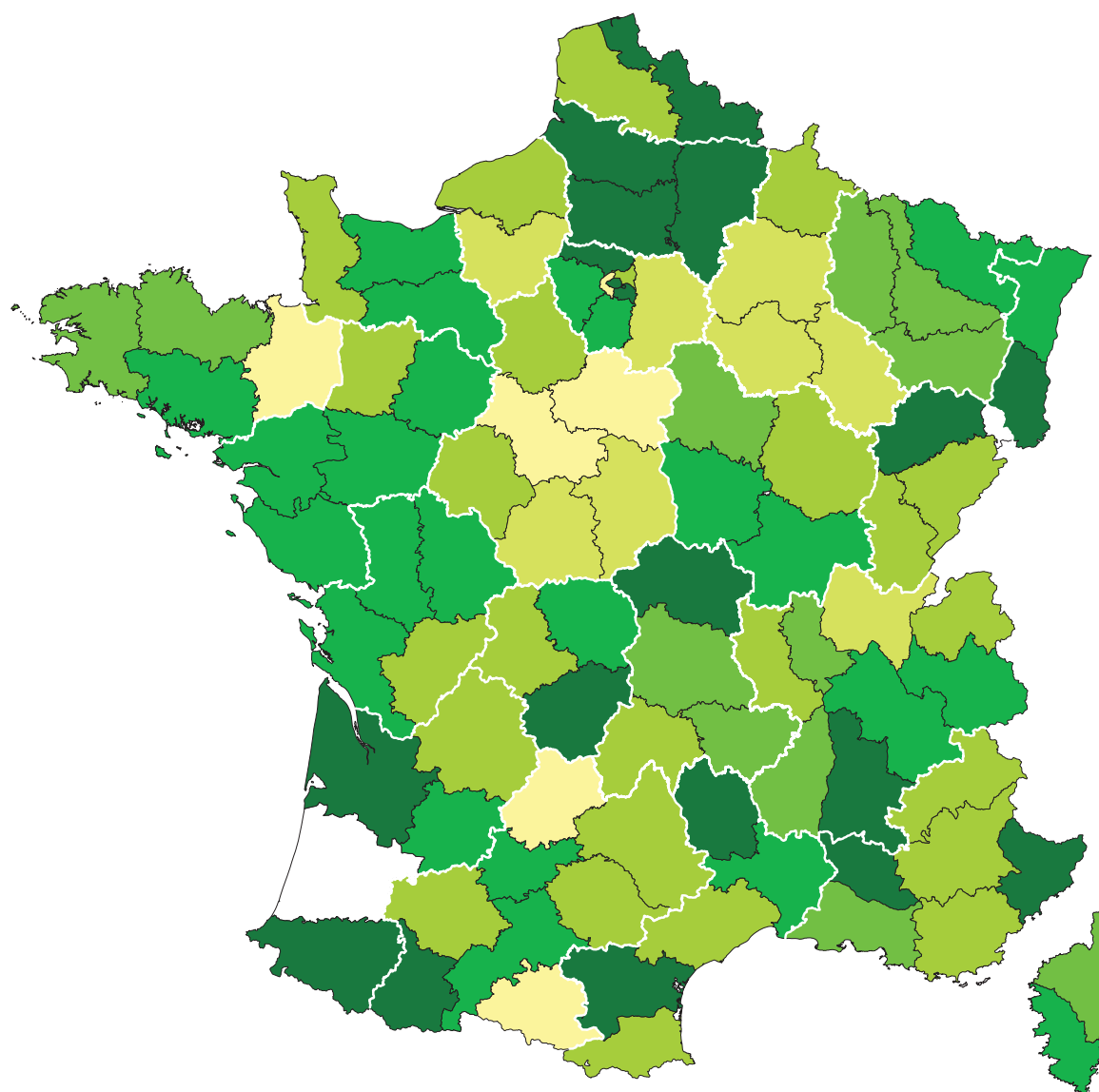
NB : l'analyse nationale a pris en compte les schémas en cours de validité au 31/12/2012 incluant des schémas adoptés en 2012 et que le Conseil général a finalement décidé de dater à partir de 2013.

Les années d'entrée en vigueur des schémas départementaux en cours de validité, ou n'ayant pas été encore réactualisés, s'échelonnent sur une large période, 2004-2013, ne rendant donc pas réellement possible une articulation du SROMS avec ces schémas départementaux comme le dispose le CASF (article 314-3 et suivants) : « le schéma régional d'organisation médico-sociale est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région ».

De plus, au niveau de chaque région, les dates d'entrée en vigueur des différents schémas départementaux se répartissent de façon totalement hétéroclite :

- la plupart du temps seuls 2 schémas d'une même région se situent sur la même temporalité
- 2 régions se distinguent par une plus grande harmonie : Champagne-Ardenne et Lorraine qui ont chacune 3 départements sur 4 démarrant leur schéma à la même date (et même une date d'échéance commune, 2013, pour les 4 départements lorrains, ce qui laisse entrevoir une réactualisation collective en 2014 pour cette région, mais en décalage toutefois avec le SROMS)
- la Picardie, seule région où tous les schémas (3 départements) ont été adoptés la même année que le SROMS (2012).

⁸ Cf. tableau récapitulatif en annexe 1.



Date d'entrée en vigueur

2012-2013	2010-2012	2009-2010
2007-2009	2006-2007	2004-2006

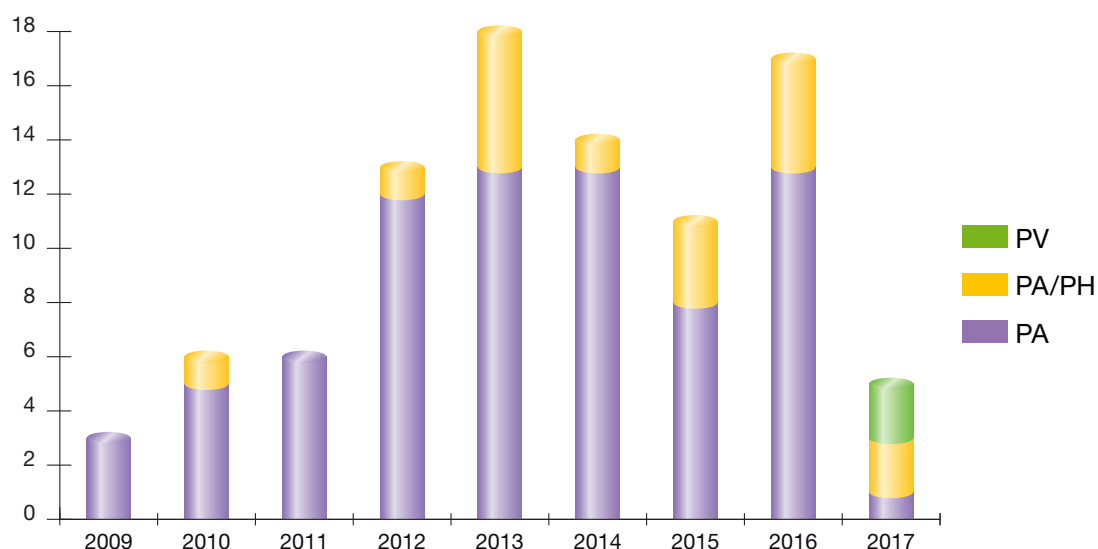
Cartographie : pôle ERO ; fonds Artique - Source : enquête ANCREAI

A noter pour les SROMS, 2 particularités :

- ceux de Basse-Normandie et d'Île-de-France sont les seuls à être datés de 2013
- 4 ARS « s'octroient » une année supplémentaire en fixant l'échéance à 2017 (Bretagne, Haute-Normandie, Lorraine et Rhône-Alpes).

Les années d'échéance des schémas départementaux en cours ou non encore réactualisés ne sont pas systématiquement en décalage de 5 ans avec les années d'entrée en vigueur, les départements pouvant fixer la date butoir en fonction du nombre d'années effectif d'exercice ou en différence de millésimes. D'autres schémas peuvent avoir été 'prolongés', parfois d'un an comme celui des Côtes-d'Armor, parfois pour une durée beaucoup plus longue : 4 ans comme celui d'Ille-et-Vilaine, qui du coup couvre la période 2005-2014 !

ANNÉE D'ÉCHÉANCE DES SCHÉMAS EN COURS D'EXERCICE OU NON RÉACTUALISÉS



Entre 2012 et 2013, le tiers des départements (31) vont voir leur schéma personnes âgées ou autonomie arriver à échéance ; plusieurs d'entre eux ont déjà signifié leur intention de faire des schémas conjoints PA/PH.

3. LES DÉCOUPAGES INFRADÉPARTEMENTAUX

Pour conduire les diagnostics préalables à l'élaboration des schémas, en particulier la présentation de l'offre existante, la plupart des départements ont recours à un découpage de leur territoire⁹.

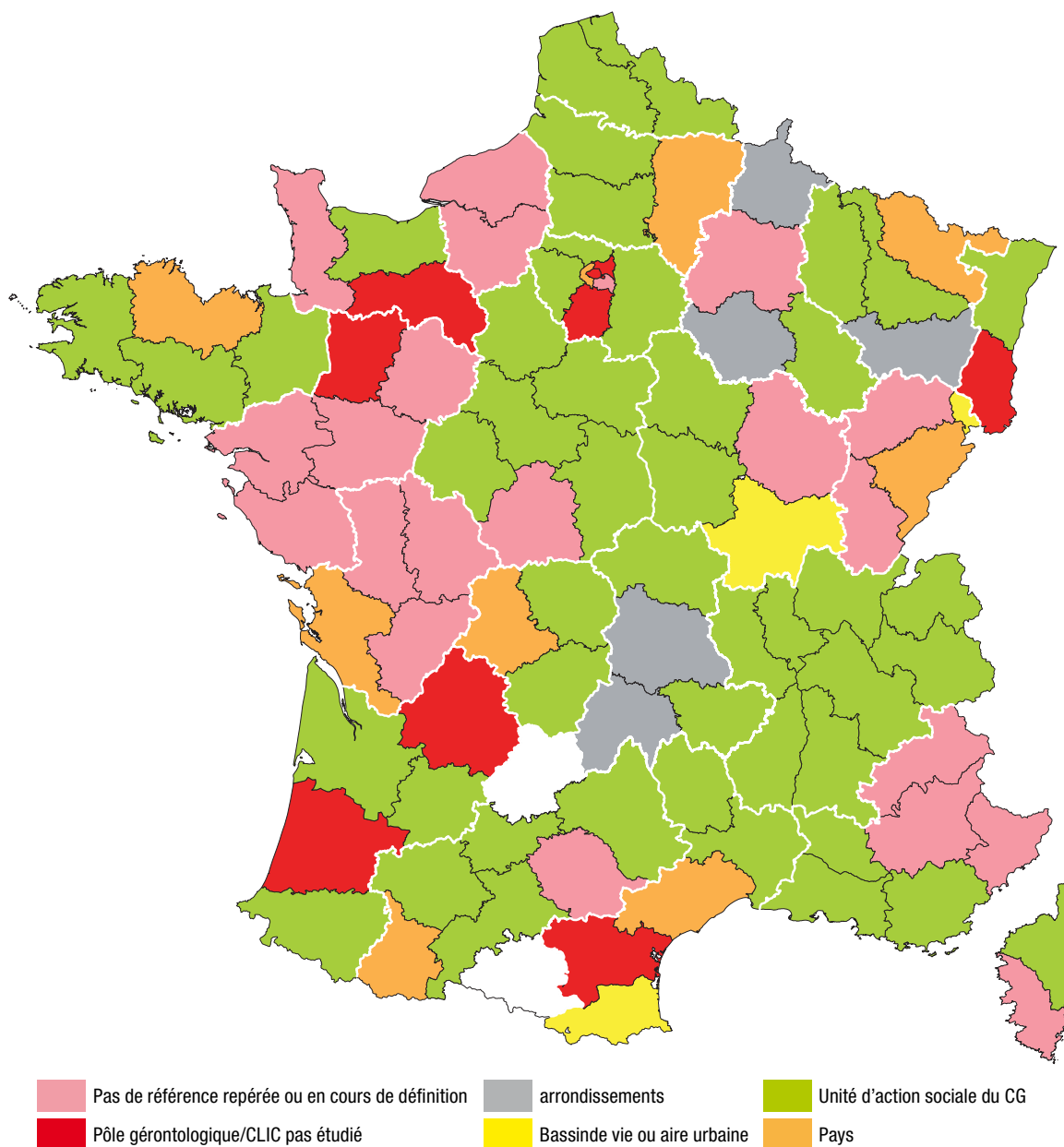
Découpage infradépartementaux de référence

21

Nature du découpage	Nombre de départements concernés	Pourcentage ¹⁰
Découpages propres aux CG	58	60,7%
Unités d'action sociale	40	42,5
Pôles gérontologiques/CLIC	12	12,8
Pays	6	6,4
Découpages administratifs/INSEE	8	8,5%
Arrondissements	5	5,3
Bassins de vie / aires urbaines	3	3,2
Pas de référence territoriale	20	21,3%
<i>Dont en cours de définition</i>	5	5,3
inconnu	8	8,5%
TOTAL	94	100%

⁹ Cf. tableau récapitulatif en annexe 1

¹⁰ Calculé sur le nombre de schémas départementaux étudiés



Cartographie : pôle ERO ; fonds Artique - Source : enquête ANCREAI

Dans 3 schémas sur 5, le découpage retenu se fait sur la base d'un outil propre au Conseil général :

- Soit celui des unités territoriales d'action sociale (42%), assez généraliste, qui correspond au territoire de compétence des Maisons départementales de la Solidarité et dont le nom peut se décliner de différentes façons
- Plus rarement, est utilisé un découpage spécialisé personnes âgées (13%), souvent dénommé Pôle gériatrique, qui correspond au territoire de compétence des CLIC
- Plus rarement encore, c'est la notion de Pays qui est évoquée, 6 départements seulement sont concernés (deux fois moins que pour les schémas PH en cours de validité au 31/12/2010¹¹). Rappelons que la loi de décembre 2010 sur la réforme des collectivités territoriales¹² a abrogé l'article de la loi de 1995¹³ qui avait créé les Pays. Toutefois, « *les contrats conclus par les pays antérieurement à cette abrogation sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance* ». Un schéma adopté en 2012 (Aisne) fait néanmoins encore référence aux Pays.

¹¹ Voir précédent travail de l'ANCREAI pour la CNSA, op. cit.

¹² Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales

¹³ Article 22 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire

Les autres découpages utilisés ne sont pas spécifiques aux champs social et médico-social (arrondissements et bassin de vie), moins de 10% des départements disent y avoir recours.

Enfin, un pourcentage relativement important de schémas, plus de 20%, semble avoir été élaboré sans réelle référence à un niveau territorial infradépartemental (ou du moins n'a pas du tout cherché à mettre en avant cette dimension).

Un petit nombre parmi ces départements a annoncé que la définition d'un découpage opérant était justement un des objectifs que se donnait leur schéma¹⁴, notamment avec le souci d'harmoniser les différents découpages existants (Hautes-Alpes).

Les territoires des SROMS

Bien évidemment, la très grande majorité des SROMS ont été élaborés en fonction des territoires de santé définis par les ARS ; parfois une déclinaison se fait jusqu'au niveau des territoires de proximité.

Deux « extrêmes » ont été repérés en la matière : la Franche-Comté et la Corse qui n'ont arrêté chacune qu'une seule aire régionale et l'Auvergne qui a décliné son schéma régional autour de 15 Bassins de santé intermédiaires.

Quelques particularités :

- Le SROMS de Basse-Normandie a choisi de s'articuler avec plusieurs types de découpages faisant appel à différentes logiques ou niveau de compétences : bassins de vie, territoires des CLIC et zones d'intervention des équipes spécialisées Alzheimer (ESA)
- et enfin, dans le même ordre d'idée, celui de Champagne-Ardenne s'appuie sur les territoires gérontologiques des CG¹⁵ et sur les zones d'intervention des SSIAD.

Autre particularité, celle de l'option retenue par l'ARS Rhône-Alpes : le découpage de la région composée de 8 départements en 5 territoires de santé. Pour le SROMS, la référence territoriale est de plusieurs niveaux, celui des territoires de santé et du côté des personnes âgées s'ajoute un niveau infraterritorial, celui des « territoires filières gérontologiques » qui sont des territoires d'observation et des territoires d'action fonctionnelle et de coordination (par exemple le plan Alzheimer est décliné à l'échelle de ces territoires), dont le découpage a été effectué en concertation avec les conseils généraux. La région comporte 30 filières (en discussion depuis 2008, sur les 30 filières 29 sont installées), 12 sont des territoires interdépartementaux. Les Conseils généraux sont associés à leur gouvernance.

¹⁴ Avec un succès parfois mitigé : pour un de ces schémas arrivant à échéance en 2010, le découpage territorial n'était toujours pas défini fin 2011.

¹⁵ Alors même que 3 schémas départementaux personnes âgées des 4 CG concernés dans cette région ne s'appuient pas sur ce découpage !

4. PARTICIPATION DES USAGERS AU DIAGNOSTIC ET À LA DÉMARCHE

Nous ne pouvons pas être exhaustifs sur cette question dans la mesure où nous avons deux modes d'entrée pour évaluer la participation des usagers et des familles au diagnostic territorial et à la démarche d'élaboration :

- d'une part, nous avons repéré la participation des associations de familles ou d'usagers à la démarche de concertation ;
- et d'autre part nous avons repéré les enquêtes qui ont interrogé les usagers sur leurs besoins et/ou sur les services qui leur étaient rendus.

Nous n'avons pas pu par exemple tenir compte de la participation d'usagers aux groupes de travail, parce que nous n'avions pas les données dans tous les départements.

Avec ce bémol, nous avons identifié que les usagers ont été associés au diagnostic et/ou à la démarche d'élaboration des schémas départementaux dans 62,5% des schémas en cours (55 sur 88).

En Bourgogne et en Picardie, tous les départements ont associé les usagers à la démarche.

En Aquitaine, Centre, Champagne-Ardenne, Limousin, Lorraine, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, plus de la moitié des départements ont associé les usagers.

5. ÉTAT DES LIEUX, CONNAISSANCE DE L'OFFRE ET DES POPULATIONS

Les données sur les populations, leur état de santé, leur niveau d'autonomie, leur cadre de vie, les réponses mobilisables sur les territoires constituent une dimension des schémas essentielle à l'élaboration d'un diagnostic et à l'évaluation des besoins ; **c'est pour cette dimension que l'on trouve le plus de disparités** dans ce qui a été utilisé, conduit et officiellement présenté.

Dans la quasi-totalité des schémas, des données déjà existantes sont présentées et valorisées. A cela s'ajoutent, pour **la moitié d'entre eux**, des études conduites spécifiquement pour préciser l'état des lieux, l'adaptation de l'offre et les besoins.

Il faut noter que dans cette analyse de l'offre et des besoins, l'expertise apportée par les groupes de travail (cf. infra) constitue aussi un éclairage supplémentaire et que la synthèse de leurs débats peut être intégrée de façon explicite dans la rédaction du diagnostic.

Pour autant, dans certains schémas, le lien entre les éléments issus de ce diagnostic et les orientations stratégiques retenues n'apparaît pas toujours de manière évidente.

5.1 - L'utilisation de sources existantes

> Pour les publics à accompagner, l'état des lieux des besoins s'appuie, a minima, sur l'exploitation de données démographiques de l'INSEE parfois assortie de projections démographiques (produites avec Omphale¹⁶).

Assez souvent ces éléments démographiques généraux sont complétés avec des données relatives aux bénéficiaires de l'APA, en particulier à domicile (nombre, évolution et niveau de GIR – groupes iso ressources).

Des données sanitaires : mortalité, morbidité, causes des décès sont aussi parfois présentées.

Plus occasionnellement, des données issues de l'enquête EHPA¹⁷ sont utilisées mais sans qu'il soit toujours fait mention de la source. C'est avant tout les données populationnelles qui intéressent les schémas et notamment la structure par âge et le niveau de dépendance des résidents des établissements pour personnes âgées.

Dans le souci d'affiner l'estimation quantitative de la population en perte d'autonomie avec une dimension prospective, certains schémas recourent à des données de prévalence et les appliquent aux habitants du département. Deux sources sont principalement représentées :

- **PAQUID** : L'objectif principal de Paquid (personnes âgées quid) est l'étude épidémiologique du vieillissement cognitif et fonctionnel en population générale, notamment l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Conduite par une équipe bordelaise de l'INSERM, sous la responsabilité du Pr Dartigues, elle a permis d'établir la prévalence de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées selon le sexe et l'âge.
- **HID** : L'enquête handicap-incapacité-dépendance s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes. Cette enquête pilotée par l'INSEE, l'INSERM et la DREES a été plus récemment reconduite sous une nouvelle forme : Handicap-Santé.

> Le descriptif de l'offre se fait le plus souvent à travers les capacités d'accueil/de suivi (qui peuvent être déclinées en fonction du découpage territorial retenu et/ou valorisées avec des cartographies).

Ces descriptifs de l'offre sont plus ou moins complets selon les départements. Les plus exhaustifs comprennent des données sur le nombre, les capacités d'accueil et la répartition de :

- l'offre à domicile : SAD autorisés (par le Conseil général), SAD agréés (par le Préfet), SSIAD, équipe spécialisée Alzheimer, HAD
- l'offre en établissement : EHPAD, places spécifiques Alzheimer, PASA, UHR, accueil de jour, accueil temporaire, logements-foyers, places habilitées aide sociale
- les instances d'information et de coordination : CLIC, MAIA, réseau de soins, CODERPA...

¹⁶ Outil élaboré par l'INSEE, Omphale (outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves) est une application qui comprend un modèle théorique de projection de la population, des bases de données démographiques, des techniques d'analyse démographique et des outils de construction de scénarios pour le futur.

¹⁷ L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est conduite tous les 4 ans (dernière édition en 2011). Elle recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle apporte ainsi de nombreux éléments d'analyse sur les caractéristiques et les moyens de ces établissements (effectifs et qualifications des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.) et comporte des questions sur le bâti (confort, accessibilité, sécurité) ainsi que sur la pathologie et la morbidité des résidents.

- des associations d'aide et de soutien : ALMA, France Alzheimer etc...
- éventuellement d'autres données sanitaires : offre en SSR, USLD, UHR sanitaires, densité de professions médicales

Les schémas conduits par les Conseils généraux sont en outre assez riches en données quantitatives relatives aux bénéficiaires de prestations délivrées par le département : aide-ménagère, téléalarme, portage de repas...

Plus rarement, d'autres données préexistantes peuvent être mobilisées. Pour illustration, dans le Territoire de Belfort, le Conseil général pilote un observatoire social départemental sur lequel il s'appuie pour faire un état des lieux des besoins et du contexte socio-économique du département.

Il est à noter en outre que beaucoup d'indications chiffrées peuvent figurer dans les schémas sans citation de source.

Pour les SROMS, on retrouve à peu près les mêmes types de données présentées ; toutefois, plusieurs indiquent que l'évaluation des besoins a été faite dans le PSRS.

5.2 - Etudes réalisées dans le cadre des schémas

Des études peuvent être aussi menées spécifiquement pour compléter le diagnostic et la définition des besoins en associant les dispositifs (structures d'accueil et d'accompagnement, services de coordination), les professionnels et les usagers et leur famille.

Les enquêtes conduites auprès des personnes âgées qui ont pu être répertoriées se déclinent de façons assez diverses :

- des enquêtes « grand public » qui ne concernent pas une catégorie particulière, comme par exemple :
 - un sondage à destination des citoyens « Dites-nous » sur les dispositifs, leur accès, les attentes (Pyrénées-Atlantiques)
 - une consultation des citoyens sur leur perception du vieillissement, les dispositifs, le financement de l'aide à l'autonomie, les attentes (Saône-et-Loire)
- des enquêtes plus contextualisées réalisées auprès des personnes âgées à domicile, et visant par exemple :
 - les bénéficiaires de l'APA avec un questionnement autour de la satisfaction de l'intervention des professionnels à domicile, des besoins en services nouveaux/niveau de connaissance des dispositifs existants, leur coût, les perspectives éventuelles d'intégrer un établissement (en Corrèze, Ille-et-Vilaine, Ardennes, Haute-Vienne...)
 - les personnes ayant fait une demande d'APA, enquête réalisée lors de la visite des travailleurs sociaux (dans l'Eure)
 - les personnes âgées utilisatrices d'un SAD (Indre)
 - les personnes âgées et leurs aidants (Paris, Yvelines)
 - plus rarement, des enquêtes auprès des personnes vivant en établissement : critère de choix de l'établissement, rôle de la personne dans ce choix (dans les Ardennes, l'Aisne ou le Vaucluse)

Les professionnels et les structures sont aussi sollicités¹⁸ dans le cadre de ces recueils de données afin d'affiner le diagnostic sur l'adéquation des réponses actuelles par rapport aux besoins, de repérer les manques et de définir des priorités. On peut notamment citer :

- les SSIAD dans le Calvados
- les services d'aide à domicile dans le Cantal
- les équipes APA dans la Somme
- les directeurs d'EHPAD dans la Manche ou la Haute-Loire
- les médecins libéraux dans le Limousin
- les organismes gestionnaires en Aquitaine

Plus rarement, cette approche des professionnels prend également en compte les familles d'accueil (comme dans le Gers ou dans les Bouches-du-Rhône).

¹⁸ Sous différentes formes : questionnaires, entretiens collectifs, entretiens individuels...

Enfin, une particularité, qui n'apparaît que dans la Haute-Vienne, est l'étude des listes d'attente pour un hébergement (avec l'outil GERINFO¹⁹) qui propose une analyse des profils des personnes et des motifs d'inscription.

Concernant ces enquêtes menées spécifiquement pour l'élaboration des schémas, signalons que la méthodologie et le type de données recueillies ne font pas toujours l'objet d'une présentation précise. De même, des résultats complets ne sont pas systématiquement intégrés ou annexés aux schémas. Seules des données partielles sont mentionnées.

Outre des données chiffrées et des enquêtes ad-hoc, les schémas peuvent aussi s'appuyer sur des rapports ou des études nationales ou internationales, mobilisées pour affiner l'analyse du contexte ou, peut-être aussi, justifier des choix dans les orientations prioritaires.

Ces rapports concernent particulièrement :

- les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, Office parlementaire d'évaluation Rapport de Mme Cécile GALLEZ, des politiques de santé, n° 2454, 6 juillet 2005 (dans le Morbihan)

Prendre en soin les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : le reste à charge, conduite par l'association Française France Alzheimer et réalisée par Métis Partners – 2010 (en Loire-Atlantique)

- les conditions de vie des personnes âgées :

Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées, CREDOC, 2011 (Haut-Rhin)

- les enjeux financiers :

Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025, Cour des comptes (Yonne et Haut-Rhin).

¹⁹ Le dispositif GERINFO a été mis en place en 1993. Il permet de centraliser de façon informatisée (création, mise à jour, consultation) les demandes d'admission dans les établissements pour personnes âgées, par liaison internet avec garantie des règles de confidentialité.

6. LES GROUPES DE TRAVAIL THÉMATIQUES

La grande majorité des départements a mis en place des groupes de travail thématiques pour élaborer leur schéma personnes âgées ou autonomie²⁰. Parfois cette forme de concertation peut être complétée (voire remplacée) par des groupes de travail territoriaux. Cette entrée territoriale peut être celle privilégiée par les SROMS. C'est ainsi le cas de celui de l'Aquitaine qui s'est appuyé pour son élaboration sur les conférences de territoire, « *élargies à d'autres acteurs pour initier la réflexion autour de l'adéquation entre les besoins et les réponses à un niveau local, réflexion qui devra être poursuivie durant la durée du schéma* ».

Le plus souvent 3 à 5 groupes thématiques sont organisés et se réunissent en moyenne 3 fois. Quelques départements ont mis en place un nombre plus important de groupes comme en Corrèze (8 thématiques) ou encore dans les Pyrénées-Atlantiques (10 thématiques)²¹.

Ces groupes de travail associent les principaux acteurs concernés par les problématiques des personnes âgées (institutionnels, professionnels, gestionnaires, représentants d'usagers...) qui participent à l'élaboration du diagnostic, voire à la formulation de préconisations visant à faire évoluer le dispositif et les pratiques.

Les données disponibles nous ont permis d'accéder aux deux tiers des départements en ce qui concerne les thématiques abordées. Ces thématiques sont, en général, celles qui ont été identifiées comme prioritaires à la suite d'un premier diagnostic. Elles reprennent parfois les intitulés des axes stratégiques du schéma. C'est le cas par exemple de la Creuse. D'autres intitulés sont plus elliptiques et sont formulés sous forme de mots-clés (domicile, hébergement ou encore diversification, coordination, professionnalisation...).

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

6.1 - La vie à domicile

C'est la thématique reine de la concertation : 79% des départements y ont consacré un groupe de travail, voire deux dans quelques départements comme la Haute-Saône, qui a mis en place un groupe traitant de la coordination à domicile et un autre de la diversification des services, ou encore la Manche qui a abordé la question à travers le soutien à domicile de manière générale et aussi sous l'axe de la prévention de la dépendance à domicile.

Généralement les questions posées concernent de façon large l'organisation du soutien à domicile et les réponses à mettre en œuvre pour assurer cet accompagnement. Parfois l'intitulé du groupe de travail met en évidence une préoccupation particulière ou un angle d'attaque plus précis, comme par exemple :

- Saône-et-Loire : la consolidation du maintien à domicile : les solutions à inventer
- Loiret : les conditions de la réussite du maintien à domicile
- Le Doubs : de l'hôpital au domicile : améliorer les conditions du parcours
- ou encore la Creuse : favoriser la convergence des politiques de prise en charge des personnes âgées / personnes handicapées à domicile

6.2 - L'accueil institutionnel

La question de la prise en charge en établissement, en particulier en EHPAD, a fait l'objet de groupes de travail dans 65% des départements. Assez souvent la qualité de l'accueil fait partie du questionnement. Cette thématique est également interrogée au travers de l'évolution nécessaire de l'offre en termes d'adaptation et d'augmentation de la capacité d'accueil ainsi qu'au travers des questions de coopérations inter-établissements et services et de mise en réseau.

Deux préoccupations se dégagent aussi de façon explicite :

- la prospective : l'EHPAD de demain (Deux-Sèvres) ou encore la prise en charge en établissements dans les 5 prochaines années (Haute-Garonne)
- la diversité des réponses : les solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé (Vienne), comment lever les freins au développement des accueils alternatifs à l'hébergement permanent ? (Yvelines)

²⁰ Cf. tableau détaillé en annexe 2

²¹ Pour illustration : 1. Les services à domicile SAD-SSIAD-SAVS/SAMSAH, 2. La politique d'accompagnement et de soutien des aidants familiaux, 3. La politique de l'habitat adapté, 4. L'accueil familial, 5. L'adaptation et le développement de l'offre en établissement, 6. L'accueil, l'information, la coordination sur les territoires, 7. Les coopérations inter-établissements et services, 8. La lutte contre la maltraitance, 9. La santé et la prévention, 10. Les loisirs, la culture, le sport et les TIC (NB : ce schéma étant un schéma autonomie, il y a eu également 2 autres groupes qui ne concernaient que le handicap).

6.3 - La coordination

Avec l'accompagnement à domicile, la coordination est le maître-mot des schémas d'organisation médico-sociale, tel que cela apparaît également dans les orientations stratégiques les plus consensuelles (cf. point 8 de cette 1ère partie) : 70% des départements ont dédié un groupe de travail à cette thématique.

La coordination, définie, comme le pivot de l'action gérontologique (Loiret), se décline aussi au travers des termes de coopération, transversalité et réseau.

Assez fréquemment cette exigence de coordination est attachée à la notion de territoire comme par exemple en Seine-Saint-Denis : *Se coordonner pour travailler ensemble sur les territoires*.

Plusieurs départements se sont focalisés, dans ces groupes consacrés à la coordination, sur sa mise en œuvre dans le cadre des interventions à domicile.

6.4 - Les différents publics

Parmi les personnes âgées devant faire l'objet d'une attention et d'un accompagnement spécifiques se détachent, en premier lieu, celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Environ 30% ont opté pour la mise en place de groupes de travail exclusivement consacrés à ce public qui s'interrogent sur les solutions et les adaptations à mettre en œuvre (un article sera consacré à la prise en compte de ces personnes et de leurs proches dans la seconde partie de ce document).

Par ailleurs, environ 10% des départements et 20% des SROMS ont dédié un groupe de travail à la problématique des personnes handicapées vieillissantes.

La question est en général traitée de façon assez large mais l'angle choisi est parfois plus précis comme le département des Deux-Sèvres qui a fait travailler un groupe sur « *La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD* ».

6.5 - La qualité

La qualité des accompagnements a été travaillée dans le cadre de la concertation dans le tiers des départements, parfois présentée de manière généraliste, parfois centrée sur un cadre de vie : en établissement ou bien à domicile. Le département de la Vienne se distingue en ayant intégré le terme qualité dans la dénomination de trois de ses 4 groupes de travail.

Sous l'intitulé « la démarche qualité », assez fréquent, sont aussi évoquées les obligations liées à l'évaluation des pratiques professionnelles et à leur mise en œuvre. Le lien avec la formation et la professionnalisation des intervenants est parfois aussi fait explicitement.

L'intitulé d'un groupe du Doubs embrasse l'ensemble du champ couvert par cette recherche de qualité : « *une qualité au service de la personne : prestations, bientraitance, formation, évaluation* ».

Plus rarement, les aidants sont aussi englobés dans cette exigence de qualité, comme dans le Puy-de-Dôme : « *La qualité de l'accompagnement de la personne âgée et de son entourage* ».

6.6 - Les aidants

L'aide et le soutien aux aidants non professionnels est une problématique retenue par près du tiers des départements lors la concertation.

Le plus souvent, cette question est abordée dans le cadre de la vie au domicile. L'implication des aidants est essentielle à ce maintien avec des conséquences parfois importantes (Paris parle de « *prendre en compte la réalité des aidants* »).

Cette thématique peut être reliée aux modes d'accueil (de jour ou temporaire) permettant de soutenir les aidants comme dans le Territoire de Belfort : « *solutions de répit et aide aux aidants* ». Elle peut également être conçue comme un outil de prévention (Yvelines : « *Comment intensifier la lutte contre l'isolement et la maltraitance des personnes vulnérables et des aidants ?* »).

6.7 - La prévention

La prévention est également une thématique transversale qui tient une place importante dans les groupes de travail, 30% des départements ont conduit une réflexion à ce sujet, soit :

- de façon assez généraliste : prévention de la perte d'autonomie
- soit en lien avec d'autres leviers comme la formation des professionnels et le rôle des aidants
- soit plus spécialement axée sur la prévention de la maltraitance (Eure-et-Loir ou Hautes-Pyrénées).

6.8 - Autres thématiques

La présentation ci-dessus n'a pas balayé de façon exhaustive l'ensemble des thématiques traitées dans le cadre de la concertation.

- D'autres sujets de préoccupation apparaissent dans plus de 20% des départements :
- la vie sociale et la citoyenneté, l'exercice des droits
- l'information des personnes âgées, de leurs proches et des professionnels (tant l'accès et la mise à disposition de cette information que la fluidité de sa circulation)
- la formation et la professionnalisation des intervenants
- l'observation et l'identification des besoins (avec rarement une dimension « nouveaux » besoins ou « anticipation » clairement affichée).

7. BILAN DES SCHÉMAS PRÉCÉDENTS

La moitié des schémas en cours ont effectué un bilan du schéma précédent (41 sur 81). Mais lorsque les schémas donnent des éléments de bilans concernant la réalisation des actions prévues dans le précédent schéma, ces derniers sont surtout qualitatifs, sous forme de commentaires généraux, et ne reprennent pas point par point les orientations et actions prévues pour en mesurer le degré d'atteinte, les obstacles identifiés, les résultats produits... Dans certaines régions (Centre) aucun schéma ne comporte de bilan. Dans certains départements, le bilan du précédent schéma est exemplaire de précisions.

Nous n'avons pas les données pour 10 départements.

Parmi les 40 schémas sans bilan, une vingtaine a donné quelques éléments d'état des lieux en reprenant par exemple le nombre de places créées.

Pour une partie des schémas (au moins une vingtaine où nous avons pu récupérer l'information, et sans doute plus), il existe une période de latence avec les schémas précédents (par exemple 5 sur 8 en Île-de-France, 3 sur 5 en Aquitaine).

Plusieurs départements font remarquer la difficulté d'évaluer les schémas précédents à l'aune d'une grille de lecture qui a complètement changé depuis. Certains départements connaissent des schémas de 3^{ème} génération. Pour d'autres départements, le précédent schéma était relativement daté et ne faisait pas vraiment apparaître d'objectifs opérationnels. C'est pourquoi dans la plupart des schémas en cours, une partie est consacrée au mode d'évaluation future du schéma, soit de manière globale par un comité d'évaluation, soit par objectifs généraux, opérationnels ou par fiches-actions.

Il conviendra donc de suivre à l'avenir le nombre de schémas avec bilan et d'analyser la qualité de ceux-ci.

Une particularité : en Dordogne (Aquitaine), le bilan du précédent schéma a été réalisé par le CODERPA qui a mis en évidence les actions réalisées et les problèmes rencontrés.

Dans le Bas-Rhin (Alsace) le bilan du plan d'actions personnes âgées 2004-2008 a été réalisé avec l'appui des 9 ESPaces d'Accueil Seniors (ESPAS) et des 3 CLIC (130 partenaires locaux associés).

Dans le Puy-de-Dôme (Auvergne), un bilan synthétique du précédent schéma (2004-2008) a été réalisé. Il a été question d'évaluer le degré de réalisation de chacune des actions prévues pour les 9 objectifs prioritaires : les actions mises en œuvre/les actions initiées mais pas entièrement réalisées/les actions non mises en œuvre. Un bilan qualitatif du précédent schéma a été effectué. Il a été fait un point sur chaque action mise en place pour chacune des orientations.

Le schéma du Territoire de Belfort fait état d'un réel bilan du précédent schéma en reprenant les orientations définies à l'époque et en recensant les actions menées, les écueils rencontrés et les enseignements à en tirer pour le schéma suivant. Le Jura présente des éléments de bilan quantitatif (évolution du nombre de places dans les différentes catégories de structures, du nombre de bénéficiaires de l'APA...).

Dans l'Aude (Languedoc-Roussillon), existe un bilan pour chaque action selon son niveau de réalisation (fait, pas fait, en cours) et relié au schéma 2012-2014 grâce à un tableau de suivi des indicateurs du schéma 2007-2012, et par l'évaluation détaillée de 6 fiches-actions du schéma précédent en fonction de critères d'effectivité, d'efficience, de pertinence, d'attractivité, d'efficacité et de conditions de mise en œuvre.

Dans les Hautes-Alpes (PACA), l'avenant au schéma gérontologique 2012-2014 présente le bilan financier du schéma 2007-2011 par année et par fiche action. 4 actions sur les 18 fiches actions prévues dans le schéma ont été mises en œuvre sur cette période.

8. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Dans les orientations stratégiques des schémas départementaux, **deux** orientations stratégiques sont particulièrement plébiscitées. Il s'agit tout d'abord de :

- « **Favoriser le choix de vie à domicile** » que l'on retrouve dans **94%** des schémas ²²
- et « **Renforcer la coordination des acteurs** » (80% des schémas).

Ces deux orientations stratégiques se retrouvent dans **quasiment tous les SROMS**.

On peut comprendre ces deux principales orientations par le contexte économique, démographique et législatif. L'augmentation de l'espérance de vie sans et avec incapacités a démultiplié les besoins sur les territoires dans les trente dernières années, avec une demande de la part des personnes âgées de rester dans leurs murs et un coût à l'hébergement de plus en plus réservé aux situations complexes.

Ces situations complexes²³ se manifestent par des besoins relevant du secteur social, médico-social et sanitaire et supposent donc un autre mode d'organisation des réponses, transversales et coordonnées.

Les autres orientations stratégiques sont en cohérence avec ces deux premiers axes, puisqu'elles insistent sur la qualité des services rendus, la diversification de l'offre en fonction des besoins et l'accès ou le maintien à la citoyenneté, soit, par ordre décroissant :

- « Veiller à la qualité des interventions et la professionnalisation » (**65%**)
- « Diversifier et adapter le dispositif en fonction des besoins des personnes » (**62,5%**)
- « Promouvoir la citoyenneté des personnes âgées » (**28%**)

8.1 - Favoriser le choix de vie à domicile (94%)

Si la promotion de la vie à domicile fait partie de la *quasi-totalité* des schémas, **l'aide aux aidants** est évoquée dans de nombreuses régions (Île-de-France, Rhône-Alpes, Aquitaine) comme un support important voire incontournable à la promotion de la vie à domicile.

Pour certains départements, le choix de vie à domicile s'accompagne aussi d'une **veille contre l'isolement**. Cette orientation est aussi un objectif opérationnel de certains SROMS (Île-de-France).

Pour la grande majorité des schémas, cet axe stratégique s'accompagne d'une demande de création de Services de Soins Infirmiers A Domicile (**SSIAD**), voire, dans les schémas « Autonomie » de plates-formes de services articulant SAD, SSIAD, et SAMSAH, demandes le plus souvent reprises par les SROMS.

Le Puy-de-Dôme propose une veille sur la possibilité de mise en place **d'aides techniques et domotiques**.

Certains départements (l'Ain en Rhône-Alpes, l'Essonne en Île-de-France) insistent sur **la prévention des risques de maltraitance à domicile**. D'autres (Drôme, notamment) veulent promouvoir **l'accueil familial** pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Enfin, de nombreux départements entendent trouver **des alternatives entre le domicile et l'hébergement**, en assouplissant les modes d'accueil, en favorisant les logements regroupés, adaptés.

8.2 - Renforcer la coordination des acteurs (80%)

Le travail en réseau, la coordination au niveau territorial sont largement évoqués au sein des schémas et dans les SROMS, ceci, conformément aux textes de loi, afin d'assurer la continuité du parcours de vie et du parcours de soins. Comme le souligne le bilan national de la première génération des SROMS 2012-2016, « *tous les SROMS comportent un ou plusieurs objectifs d'amélioration des coopérations professionnelles et de limitation de la fragmentation entre les intervenants sanitaires et médico-sociaux* »²⁴. Cela ne signifie pas toujours qu'on dépasse le partenariat classique.

Au-delà des structures ad hoc (création de réseaux de santé), la coordination passe dans certains schémas départementaux et régionaux par des méthodes et des outils qui sont traduits en fiches actions. Il s'agit par exemple :

- d'améliorer *l'accès à l'information, au diagnostic, au conseil* et à l'évaluation des situations individuelles : consolider le maillage CLIC, mutualiser les moyens d'informations, rapprocher les équipes d'évaluation PA/PH, cartographie des centres mémoire, etc.

²² On peut aussi analyser en « creux » ce résultat : parmi les rares SDOMS qui n'ont pas retenu le choix de vie à domicile comme orientation stratégique (5 sur 88), on retrouve la Corrèze et la Creuse, deux départements fortement équipés dans le médico-social, plutôt rural et dans lequel le secteur est un fort pôle d'employabilité...

²³ Cf. CEDIAS-CREAH Île-de-France Les situations de handicap complexe, besoins, attentes et modes d'accompagnement. Recherche-Action Nationale, 2013, CLAPEAHA, CNSA

²⁴ CNSA, Rapport technique, op.cit., p.17

- de favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés pour une prise en charge *sans rupture* des personnes
- de *décloisonner et coordonner les acteurs des différents secteurs* : par exemple, réaliser une enquête sur l'activité des filières gériatriques, valoriser les expériences de coordination, renforcer la place de la psychiatrie dans les filières gériatriques, faciliter l'accueil en EHPAD et en USLD des malades « psychotiques »²⁵ vieillissants.
- de développer les **dispositifs d'intégration des services** afin d'améliorer la qualité des réponses : participer aux tables stratégiques des MAIA, etc.
- d'améliorer la qualité de la fin de vie à domicile en définissant mieux les rôles des HAD, SSIAD, équipes mobiles, etc.

Le rapport technique de la CNSA sur les SROMS différencie à juste titre trois types de coordination :

- les coordinations autour de la personne elle-même, pour fluidifier les différentes étapes de son parcours ;
- les coordinations entre professionnels pour faciliter les interventions croisées ;
- les coordinations interinstitutionnelles pour piloter dans la durée, au niveau régional et départemental, les changements ainsi opérés.

Ces trois niveaux que nous avons retrouvés dans les schémas départementaux sont interdépendants et se sont déjà illustrés dans les expérimentations MAIA, comme ils se mettront sans doute en œuvre dans d'autres expérimentation de « Démarche d'Evaluation et de Concertation Territoriale »²⁶.

8.3 - Veiller à la qualité des interventions et à la professionnalisation (65%)

La « qualité des interventions » recouvre en fait deux réalités différentes quoique, en théorie, complémentaires : il s'agit d'une part de la qualité des « services rendus » par les professionnels (prisme ANESM) et de la « qualité de vie » des personnes accompagnées (prisme OMS ou ONU). Nous retrouvons cette préoccupation double dans les schémas départementaux et dans les schémas régionaux. Nous prendrons ici trois exemples dans trois régions différentes :

En Aquitaine, la question de la qualité des interventions et de la professionnalisation est *abordée soit directement, soit sous l'angle de l'attractivité des métiers* de la gérontologie ou encore sous celui du respect du choix des personnes. Les schémas qui n'affichent pas la qualité en orientation stratégique vont toutefois tous veiller à la mise en œuvre de cet axe à travers de nombreuses fiches-actions

En Île-de-France : La qualité des interventions est évoquée dans quatre départements (77, 92, 93, 94) au travers de la protection des personnes, d'une réponse à des besoins spécifiques de la personne âgée, notamment par la professionnalisation des intervenants (que ce soit à domicile ou en établissement).

Le SROMS Île-de-France s'interroge plus particulièrement sur la fuite des professionnels sanitaires et médico-sociaux, formés en Île-de-France, ce qui crée dans certaines zones une pénurie inquiétante de médecins, infirmiers, psychiatres et paramédicaux.

Le second axe stratégique du SROMS Île-de-France est aussi d'améliorer la **qualité de l'accompagnement** pour assurer un **parcours de vie et de santé** répondant aux besoins des personnes. Il se décline en 7 axes opérationnels parmi lesquels :

- Organiser et renforcer la prévention tout au long de la vie (Cf. Schéma Prévention)
- Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics
- Développer une démarche de bientraitance
- Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leur action, prise en compte de leur santé)
- Valoriser les métiers du médico-social

²⁵ Le rédacteur de cette recommandation est sans doute un médecin dans la mesure où les professionnels du médico-social utilisent plus volontiers la catégorie juridique de personnes en situation de handicap d'origine psychique, voire de personnes avec troubles psychiques et non cette catégorie clinique de « malades psychotiques »

²⁶ Cf. CEDIAS CREAÎ-Île-de-France, CRAIF, « Pour une démarche d'Evaluation et de concertation territoriale (DECT) Autisme ». Mise en œuvre du 3ème Plan Autisme en Île-de-France. ARSIF, Octobre 2013

En Midi-Pyrénées, « améliorer la qualité de vie » au domicile comme en établissement est un objectif partagé (5 schémas sur 8 dont 2 non traités). Cela passe non seulement par la mise en œuvre systématique des dispositions de la loi 2002-2 et par un suivi efficace des conventions tripartites mais aussi par une professionnalisation renforcée des services d'aide à domicile et par la mise en place de formations spécifiques notamment autour de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

8.4 - Développer, diversifier et adapter le dispositif en fonction des besoins des personnes (62,5%)

Cette orientation stratégique est à mettre en lien avec la coordination des acteurs ; elle relève d'une même démarche définie par l'article 1 de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale qui affirme que « l'action sociale et médico-sociale **repose sur l'évaluation des besoins** des personnes « vulnérables ».

Or la plus grande partie de l'équipement français s'est construite sous l'ancienne loi, celle du 30 juin 1975 sur « les institutions sociales et médico-sociales ».

C'est ce virage culturel que les schémas affirment onze ans après la loi 2002-2...

De plus, l'adaptation de l'offre de logement, au travers notamment du développement de structures d'accueil et d'hébergement innovantes, les alternatives entre le domicile et l'hébergement sont souvent évoquées dans les schémas, reprises dans les SROMS.

Le SROMS Île-de-France résume assez bien l'intention de nombre de régions : Organiser une **offre** médico-sociale **adaptée et de proximité**, entre prévention, soins et accompagnement (**transversalité** de l'action). Il se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux par une *diversification de l'offre et une création de places* dans les territoires sous dotés ;
- *Restructurer l'offre* pour suivre l'évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations ;
- Renforcer une *logique d'efficience* du système

Le Haut-Rhin entend anticiper l'évolution démographique en adaptant les dispositifs d'accueil, d'écoute, d'information, d'orientation, d'évaluation, d'accompagnement et de coordination au service de l'usager et le SROMS d'Alsace complète cette intention en visant à « organiser et structurer la coordination gériatrique sanitaire et médico-sociale cohérente sur l'ensemble du territoire régional ».

Les Côtes-d'Armor (Bretagne) optent clairement pour la « *création d'alternatives et d'expérimentations plutôt que la création d'établissements* » alors que le Morbihan entend « *offrir à la personne âgée différentes solutions modulables et réversibles, proches et accessibles financièrement* », en expérimentant sur un territoire intercommunal l'ensemble du processus d'action gériatrique.

La région Midi-Pyrénées, relativement bien dotée par rapport à la France entière, estime que « *l'évolution démographique oblige à (re)considérer l'offre d'accompagnement et de prise en charge de la dépendance, tant à domicile qu'en établissement* » et le **SROMS de cette région fait de la diversification** un de ses trois défis.

8.5 - Promouvoir la citoyenneté des personnes âgées (28%)

« Seulement » un quart des schémas font de la promotion de la citoyenneté un objectif stratégique dans la mesure où, dans beaucoup d'autres schémas, cet objectif transparaît dans certaines fiches-actions sans être mentionné explicitement comme une orientation stratégique.

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

A l'inverse, certaines régions et certains des schémas les plus anciens ne font jamais référence à cette orientation, considérant de fait la personne âgée d'abord comme une personne vulnérable et/ou un usager des services sanitaires et sociaux.

- En Île-de-France, « Les seniors dans la Cité », « le Bien-Vivre » ou « le Bien-vieillir », « le cadre de vie respectueux » sont des axes stratégiques de la majorité des schémas (6 sur 8).
- En Aquitaine, la place de la personne âgée dans la Cité, son intégration dans un réseau social et la préservation de son autonomie font l'objet très fréquemment d'orientations stratégiques. Quand ce n'est pas le cas, des fiches-actions réintègrent cette dimension qui apparaît ainsi unanimement partagée.
- En Charente-Maritime, une des orientations est d'« *encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société* »
- En Côte-d'Or, il s'agit de « *Promouvoir et garantir l'effectivité des droits et libertés des personnes âgées* ».
- Dans le Doubs, « les personnes âgées (sont considérées comme) : *des citoyens à part entière* ».
- Dans les Alpes-Maritimes, il s'agit de : « *Valoriser la place des seniors dans la société* ».

II - ANALYSES THÉMATIQUES

1. PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE : UNE PRÉOCCUPATION COMMUNE, MAIS DES ENGAGEMENTS ET DES SPÉCIFICITÉS D'ACTION CLAIREMENT RÉPARTIS ENTRE ARS ET CONSEILS GÉNÉRAUX

La prévention de la perte d'autonomie a pour objectif, par des actions ciblées, d'éviter les événements dont la survenue porte atteinte à l'autonomie²⁷. Cette définition de la CNSA, qui laisse un champ très large aux actions de prévention concernées, n'est pas éloignée de l'acception la plus commune issue de l'OMS : « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie et prend en compte les conduites individuelles à risque et les risques sociétaux et environnementaux. Elle consiste pour les personnes âgées à prévenir par exemple l'apparition de maladies liées à l'âge, les accidents domestiques, à vacciner, à former les intervenants à la prévention,... La prévention secondaire intervient au tout début de la maladie, en la dépistant par exemple, ou en mettant en place des traitements préventifs ou de la rééducation fonctionnelle. Enfin, la prévention tertiaire intervient une fois la maladie installée, afin de « *diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives* ». Dans certains cas, il n'est cependant pas toujours aisé de différencier, d'après les intitulés d'actions de prévention des schémas étudiés, s'il s'agit de prévention primaire ou secondaire.

Les acteurs de la prévention sont multiples sur le terrain. Si depuis 2010 les ARS ont dans leurs missions de définir et financer les actions visant à promouvoir la santé et prévenir les maladies, les Conseils généraux ont un rôle important dans la prévention sur le champ des personnes en perte d'autonomie. En dressant un état des lieux de l'offre dans leurs schémas, ils peuvent ensuite « *initier des collaborations en matière de prévention* »²⁸. Dans les SROMS, la question de la prévention paraît parfois peu abordée : de nombreuses actions figurent vraisemblablement dans le schéma régional de prévention écrit concomitamment.

39

> Au moins 19 groupes de travail sur la prévention

Sur les 62 schémas départementaux qui ont précisé les thématiques de leur groupe de travail, la question de la prévention a donné corps à 19 groupes de travail²⁹. Dans sept départements, le groupe de travail était simplement intitulé « Prévention » sans autres précisions d'objectif. Dans trois départements, ces groupes figuraient sous l'appellation « Prévention et santé », dans trois autres sous la forme « Prévention de la dépendance ou de la perte d'autonomie » et dans deux départements a été débattue la question de la « Prévention de la maltraitance ».

Dans les SROMS, on ne repère aucun groupe de travail sur la prévention de la perte d'autonomie. Il semble logique de penser que ce thème a surtout été abordé dans le schéma régional de prévention, réalisé par les ARS simultanément au schéma régional médico-social. Ceci n'empêche pas que cette thématique ait aussi été évoquée dans les volets gérontologiques des SROMS.

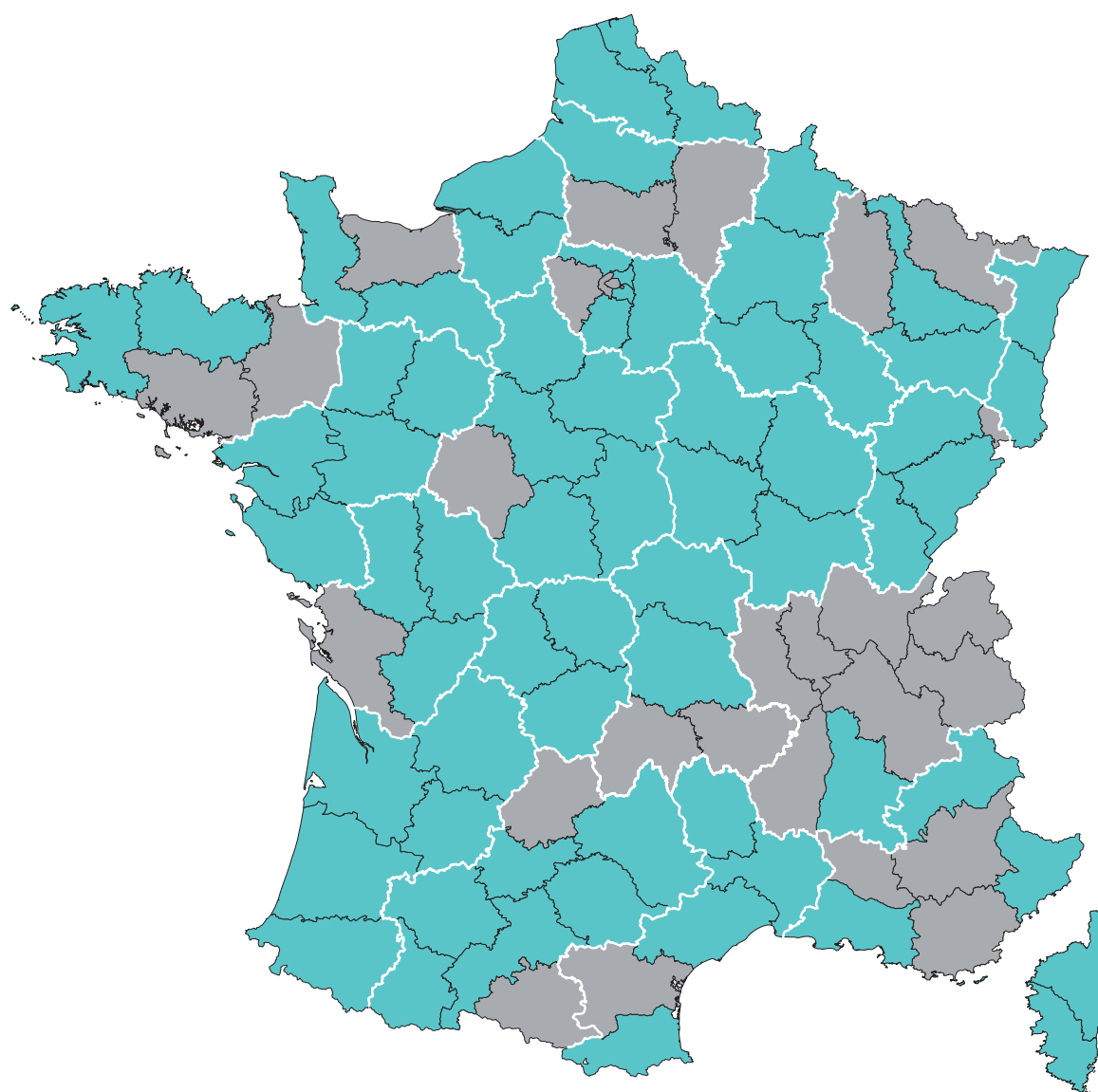
> Fiches-actions des schémas : une offre foisonnante à rendre lisible

Les synthèses régionales réalisées par les CREAI, qui servent de base à notre analyse, signalent 67 schémas départementaux sur les 94 investigués pour lesquels la prévention a fait l'objet de mentions notables (voir carte ci-contre). Seuls quatre SROMS ne font aucune mention d'action de prévention pour les personnes âgées (Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Bretagne) mais des fiches des schémas régionaux de prévention concernent les personnes âgées. Cependant, notre champ d'investigation concernant les schémas régionaux se limite aux SROMS.

²⁷ CNSA. Pour une politique de prévention au service de l'autonomie. 2010, 103p.

²⁸ CNSA, 2010, *ibid*.

²⁹ dans les départements suivants, classés selon l'ordre alphabétique des régions auxquels ils appartiennent : Haut et Bas-Rhin, Gironde, Pyrénées-Atlantiques, Manche, Finistère, Cher, Eure-et-Loir, Marne, Seine-et-Marne, Gard, Lozère, Corrèze, Haute-Vienne, Hautes-Pyrénées, Pas-de-Calais, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe.



thématique prévention :

- évoquée dans les fiches actions
- pas évoquée dans les fiches actions

Cartographie : pôle ERO ; fonds Artique - Source : enquête ANCREAI

> Rendre l'offre de prévention lisible et cohérente

En l'absence de chef de file clairement défini, un des premiers soucis des conseils généraux exprimé dans les schémas d'organisation est de repérer la totalité de l'offre en matière de prévention, et de la rendre lisible, cohérente et articulée. 15 schémas départementaux (mais aucun SROMS) soulignent cette nécessité.

> Un pilote pour la prévention ?

Conscients du foisonnement d'actions en faveur de la prévention auprès des personnes âgées, 21 schémas départementaux et seulement deux SROMS (Nord-Pas-de-Calais et Franche-Comté) souhaitent mieux promouvoir, renforcer ou développer les actions existantes, d'abord en réalisant des supports de communication (catalogue, site internet) qui rassembleraient les actions réalisées sur les territoires par les multiples acteurs (assurance maladie, mutuelles, caisses de retraite, associations, établissements, collectivités territoriales, ARS...), mais aussi en renforçant la communication autour des actions, ainsi qu'en continuant à soutenir les actions existantes.

La pluralité d'acteurs intervenant dans le domaine, tant au niveau national que local, rend nécessaire une coordination. Si beaucoup de schémas départementaux font ce constat, seulement deux conseils généraux se proposent pour être chef de file de la prévention.

> La formation à la prévention

Former les professionnels à la prévention auprès des personnes âgées est une action programmée dans cinq SROMS et six schémas départementaux³⁰. Dans huit schémas, cette formation s'adresse à des médecins ou du personnel sanitaire uniquement. Seulement trois conseils généraux ont été repérés dans les synthèses régionales pour proposer de former aussi les professionnels des établissements et services à la personne âgée sans précisions de qualification.

Les EHPAD sont, dans deux schémas d'espaces ruraux, cités comme centre ressource pour la prévention, quand une autre région les identifie comme « à dynamiser » pour mieux mettre en place les préventions à instaurer.

Former le grand public, ou encore les aidants familiaux, à une démarche de promotion de la santé ou aux conséquences du vieillissement est souhaité dans quatre départements.

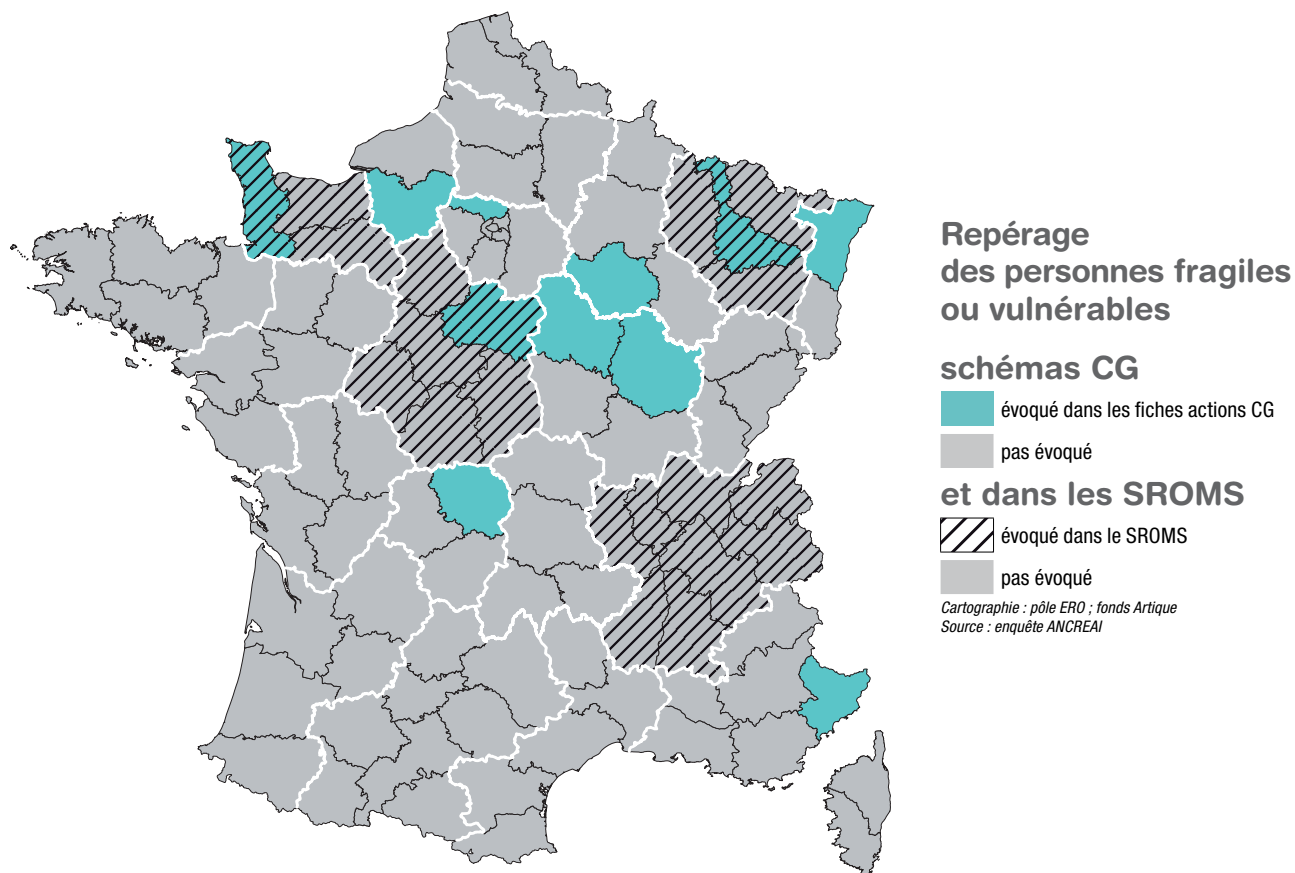
> Être au plus près des publics fragiles

Partant du constat que les stratégies de prévention comme de dépistage tendent à toucher prioritairement les catégories sociales qui font déjà attention à leur santé, et qui par conséquent auraient le moins besoin de ces actions, 14 schémas³¹ (dont trois régionaux) souhaitent mieux repérer les personnes fragiles ou vulnérables. Le Bas-Rhin, les Alpes-Maritimes, les SROMS de Lorraine et Rhône-Alpes précisent qu'ils souhaitent promouvoir la prévention auprès des publics fragiles. Une région, la Lorraine, souhaite « sensibiliser les personnes vulnérables à prendre en charge leur santé ».

Neuf schémas souhaitent agir pour prévenir les situations d'urgence ou à risques³² chez des personnes fragiles, parfois en mettant sur pied un réseau d'alerte. Ce thème du réseau d'alerte est cité comme élément de la prévention des ruptures de parcours dans cinq départements et la région Rhône-Alpes.

REPÉRAGE DES PERSONNES FRAGILES OU VULNÉRABLES

41



³⁰ SROMS de Bourgogne, Rhône-Alpes, Champagne-Ardenne, Lorraine, Haute-Normandie, et schémas départementaux du Gard, du Lot-et-Garonne, de la Haute-Vienne, de la Saône-et-Loire

³¹ Dans les départements : 06, 10, 21, 23, 27, 45, 50, 54, 67 89, 95, et les régions Basse-Normandie, Centre et Rhône-Alpes.

³² Dans les départements du 19, 25, 48, 49, 54, 63 et les SROMS Haute-Normandie, Lorraine et Picardie.

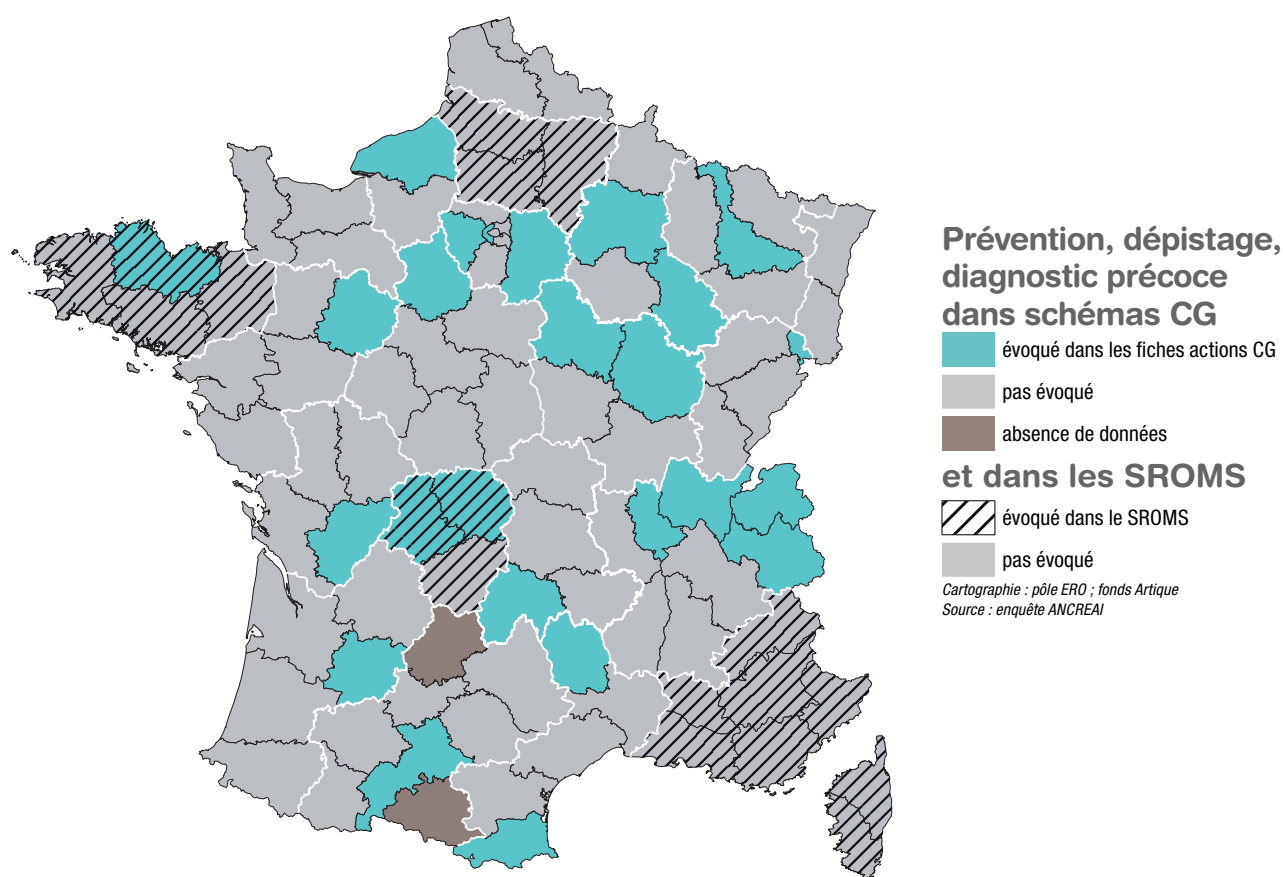
> Le « bien vieillir », un concept et des actions qui ont essaimé

Depuis 2003, les programmes et le plan « bien vieillir » ont pour objectif d'assurer un vieillissement réussi, en agissant sur la santé individuelle et sur la solidarité dans la société. Ce plan a déployé des mesures variées pour aider au départ en retraite, améliorer la nutrition, favoriser l'activité physique et le sport chez les seniors. En terme de prévention individuelle, différentes actions ont été orientées vers la prévention des facteurs de risque et de pathologies sources de perte d'autonomie (chutes, presbycousie, cancer, hygiène buccodentaire, atelier du « bien vieillir », atelier mémoire ou équilibre,...). Le plan aborde aussi le thème du bon usage des médicaments chez les personnes âgées. En terme sociétal, la solidarité intergénérationnelle fait l'objet de mesures, et le label « Bien vieillir » qui concerne les communes, fait son apparition. Comme l'a souligné l'évaluation du plan national « bien vieillir » en 2010³³, certaines mesures ont permis d'avancer dans la perspective de la prévention adaptée aux grands âges. C'est ce que nous constatons dans les synthèses régionales des schémas.

Douze schémas et deux SROMS ³⁴ évoquent l'information sur le « bien vieillir », l'éducation au « bien vieillir » ou encore les ateliers « bien vieillir » dans leurs fiches actions. Selon le niveau de détail des synthèses régionales des schémas, différents ateliers ou axes de prévention ont pu être repérés, qui le plus souvent entrent dans les axes du plan « Bien vieillir ».

La prévention des troubles de la mémoire ou des troubles cognitifs, leur diagnostic précoce ou leur prise en charge précoce sont repérées dans 28 schémas départementaux et 8 SROMS (voir carte). Parmi eux, environ 7 schémas départementaux et 5 SROMS évoquent leur mobilisation autour du dépistage ou diagnostic précoce. Les ateliers Pac Eureka de la MSA sont cités par trois départements.

PRÉVENTION & DIAGNOSTIC PRÉCOCE MALADIE ALZHEIMER ET APPARENTÉES



10 schémas et 7 SROMS évoquent la prévention des chutes (ou le travail sur l'équilibre) dans leurs fiches actions. Un référentiel « Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile » a été édité au niveau national en 2005 dans le cadre du plan, et la HAS a ensuite produit des recommandations avec une autre approche. L'adaptation du logement, qui est aussi en partie un élément de prévention des chutes, et

³³ HCSP, ministère de la santé. Evaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009. 2010. 85p.

³⁴ Le SROMS de Lorraine (mais aucun département de la région), le SROMS d'Aquitaine, deux départements de cette région : Pyrénées-Orientales et Lot-et-Garonne, et les départements 08, 21, 23, 24, 36, 51, 67, 71, 79, 95.

l'utilisation de la domotique, sont évoquées dans 12 schémas (dont un seul SROMS, celui de Corse, région particulièrement concernée par le vieillissement à domicile).

Prévenir la dénutrition ou améliorer l'équilibre nutritionnel chez les personnes âgées est une action figurant dans 11 schémas départementaux et 6 SROMS.

Le dépistage de pathologies bucco-dentaires ou leur prévention est essentiellement une problématique d'ARS, puisque 7 SROMS ont évoqué la question³⁵, et seulement quatre départements³⁶. Si le dépistage est un objectif, le reste à charge important, par exemple lors de soins prothétiques, empêche certainement beaucoup de seniors de procéder aux soins conseillés.

La iatrogénie, la culture de la gestion du risque infectieux ou le bon usage du médicament sont une des préoccupations des ARS : ces thèmes sont abordés dans 9 SROMS³⁷ et un seul schéma départemental (celui de l'Yonne).

La généralisation de l'activité physique ou de la pratique du sport chez les seniors est une préoccupation partagée par 8 schémas³⁸ (dont trois régionaux).

Prévenir l'isolement voire la désocialisation est cité dans 7 schémas. Les solutions proposées sont rarement la mise en place d'actions intergénérationnelles, pourtant évoquées dans les mesures du plan « Bien vieillir ». En revanche, il est souvent fait mention du développement d'une politique d'accès aux transports, pour rompre l'isolement ou faciliter l'accès aux soins.

Prévenir les suicides fait l'objet de fiches actions dans trois SROMS et un département. La prévention de la dépression est aussi citée dans deux SROMS et deux départements. Deux fois l'incontinence est évoquée comme source de dépression et d'isolement.

Quelques thèmes autour de la prévention abordés dans les fiches actions	Nombre (et % sur 22 schémas) de SROMS	Nombre (et % sur 94) de schémas CG
Formation des professionnels à la prévention	5 (23%)	6 (6%)
Repérage des publics fragiles ou vulnérables	3 (14%)	11 (12%)
Informations générales sur le « Bien vieillir »	2 (9%)	12 (13%)
Diagnostic précoce Alzheimer/ateliers mémoire	6 (27%)	23 (24%)
Prévention des chutes	5 (23%)	12 (13%)
Prévention de la dénutrition – équilibre nutritionnel	6 (27%)	11 (12%)
Hygiène buccodentaire (prévention, dépistage)	7 (32%)	4 (4%)
Iatrogénie/risque infectieux/bon usage médicament	9 (41%)	1 (1%)
Vaccination	2 (9%)	0
Dépistage déficience sensorielle	3 (14%)	3 (3%)
Préparation sortie d'hôpital	3 (14%)	2 (2%)
Prévention de la maltraitance	2 (9%)	12 (13%)
Adapter le logement pour prévenir la perte d'autonomie	1 (4%)	11 (12%)

Source : synthèses régionales CREAL des schémas personnes âgées

³⁵ Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Pays de Loire, PACA.

³⁶ 06, 29, 91, 85

³⁷ Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Corse, Limousin, Lorraine, PACA, Picardie, Rhône-Alpes

³⁸ Départements du 67, 79, 85, 87, 89, et les régions Bretagne, Rhône-Alpes et Lorraine.

> Quelques thèmes peu abordés

La généralisation de l'Evaluation Gériatologique Standardisée ou la réalisation d'un diagnostic santé est un objectif dans seulement deux régions et un département. Paradoxalement, le dépistage des cancers est cité une seule fois, quand le dépistage de pathologies en général est à peine plus évoqué. Le contrôle des vaccinations est aussi rarement cité, dans seulement deux SROMS. Le dépistage des déficiences sensorielles est évoqué plus fréquemment, par trois régions et trois départements. Cette rareté des références peut-elle être attribuée à la satisfaction des acteurs face au dépistage ? Ces politiques, élaborées à l'échelon national, sont en tous cas peu appropriées à l'échelle des départements.

> Quitter l'hôpital

La préparation de la sortie de l'hôpital est évoquée par cinq fois, soulignant le coût personnel et financier d'une mauvaise préparation qui rend impossible la réussite du retour au domicile. Trois schémas appellent à l'innovation en la matière. Sont cités le déploiement d'équipes mobiles ou l'intervention en urgence du secteur médico-social pour éviter l'hospitalisation.

> Maltraitance

La prévention de la maltraitance continue d'être un sujet d'inquiétude dans de nombreux départements qui poursuivent ou initient une politique de prévention, à domicile et/ou en institution. Ce thème se situe à la marge de la thématique « prévention de la perte d'autonomie », mais sans pour autant en être éloigné. Ce sont douze départements et deux ARS³⁹ qui placent ce thème dans une fiche action.

CONCLUSION

L'analyse des actions de prévention dans les deux catégories de schémas que sont les schémas départementaux des CG d'une part, et ceux des ARS de l'autre dessinent des champs d'actions relativement bien délimités. Une tendance forte cantonne les ARS dans des fiches actions axées plutôt autour de la santé et de la prévention secondaire (fréquences des actions autour de la iatrogénie, du bon usage du médicament, de l'hygiène buccodentaire, de la dénutrition) quand les conseils généraux sont plus attentifs aux problématiques sociales ou environnementales (prévention auprès des publics fragiles, maltraitance, adaptation du logement), donc plus en amont en terme de prévention.

Si 82% des ARS évoquent dans leur SROMS des actions de prévention, on note une forte concentration des actions sur quelques thématiques qui peuvent être présentes dans 30 à 40% des schémas. A l'inverse, si 71% des CG abordent la prévention dans leurs schémas, on note un éparpillement en de multiples thématiques, et aucune n'est abordée dans plus de 13% des départements (à l'exception des actions autour de la perte de mémoire comme le montre le tableau ci-dessus).

³⁹ Soient les départements du 03, 08, 28, 36, 41, 50, 51, 52, 63, 87, 91, 93 et les régions Corse et Limousin.

2. SOUTIEN À DOMICILE ET AMÉNAGEMENT DE L'HABITAT

Nous avons souligné dans la première partie que la première orientation stratégique des schémas (94% !) consiste à « favoriser la vie et/ou le maintien à domicile et que c'est la thématique reine de la concertation : 79% des départements y ont consacré un groupe de travail.

2.1 - La problématique de la vie à domicile

Selon diverses études, 8 français sur 10 souhaitent leur maintien à domicile en cas de perte d'autonomie ; et de fait, une majorité de personnes dépendantes vivent à domicile, y compris à des âges très avancés, avec le soutien de l'environnement familial.

Le « soutien à domicile » nécessaire à ce choix de vie, implique la mise en place de dispositifs indispensables pour permettre aux personnes âgées dont l'état de santé se dégrade, de continuer à vivre à leur domicile. Il relève de politiques diverses et complémentaires (sociale, médico-sociale, de santé, du logement, des transports, etc.).

Avec des compétences, des modes d'intervention et des objectifs qui leur sont propres (maintien et/ou amélioration de l'état de santé, de l'autonomie), du lien social, les acteurs sont donc nombreux à intervenir dans ce domaine. Dès lors, la coordination entre eux est un enjeu central.

Enfin, l'expérience montre que la possibilité de vieillir à domicile jusqu'à un âge avancé et compte tenu de l'augmentation de la dépendance, est largement conditionnée par l'existence d'un soutien familial, complémentaire aux interventions d'aides et de soins assurés par des professionnels. Cependant ce soutien peut être mis à mal lorsque les aidants sont épuisés, insuffisamment formés à certaines pathologies liées au grand âge ou encore momentanément dans l'impossibilité d'aider leur parent.

2.2 - Les éléments de diagnostic

2.2.1 - La connaissance des personnes âgées vivant à domicile et l'évaluation de leurs besoins

Dans les schémas départementaux dédiés aux personnes âgées ou à l'autonomie, l'état des lieux des besoins est le plus souvent réalisé à partir de l'exploitation de données statistiques collectées « en routine » par différents organismes.

Ainsi, tous les schémas départementaux fournissent a minima des **données démographiques** issues essentiellement de travaux de l'INSEE (répartition par tranche d'âge, par zone géographique, indice de vieillissement, projections Omphale, etc.). Il s'agit de données de cadrage, qui, si elles renseignent sur le vieillissement de la population et la montée en charge potentielle des besoins, restent toutefois insuffisantes pour appréhender la réalité des besoins en matière de vie à domicile des personnes âgées, y compris sur le plan purement quantitatif.

Ces données sont souvent complétées dans les schémas par des informations fournies par les Conseils généraux sur le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (parfois détaillées par niveau de dépendance) et éventuellement sur leur répartition géographique. Elles sont plus précises quant aux besoins supposés des personnes, mais ne recensent que celles qui ont fait une demande auprès du Conseil général pour obtenir l'APA et ne donnent pas d'indication précise de la situation de ces personnes (pour cela, il faudrait étudier les plans APA et leur effectivité). A ce titre, le département de Charente-Maritime a mené, au cours des travaux préparatoires du schéma, une enquête auprès des professionnels chargés de l'évaluation pour les plans APA. Celle-ci a permis d'obtenir des informations sur la mise en œuvre des plans d'aide mais aussi sur la place et le rôle des aidants naturels ainsi que sur l'accessibilité financière aux services. Ces informations à la fois quantitatives et qualitatives ont servi de support à l'évaluation du système de prise en charge des personnes âgées dans ce département.

Parfois, certains schémas font également référence à **des données de santé** (par exemple au sujet du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore du recours à l'hospitalisation). Ces données sont produites par les ORS ou sont issues d'enquêtes nationales comme l'étude HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance)⁴⁰ de l'INSEE ou interdépartementales comme l'étude PAQUID⁴¹ sur la démence.

Les **informations d'ordre socio-économique**, portant par exemple sur le niveau de vie (émanant des directions générales des impôts), sur les conditions de logement (rapport du CREDOC en 2011)⁴², l'isolement des personnes (études DREES, données de l'INSEE)... sont assez peu développées dans les états des lieux des schémas et restent assez générales (application de taux nationaux à la population régionale par exemple ou degré de précision insuffisant pour connaître la situation réelle des seules personnes à domicile et non de l'ensemble des personnes âgées).

Plusieurs départements ont complété cet état des lieux par des investigations spécifiques auprès des professionnels, des structures ou encore les personnes âgées elles-mêmes visant à affiner le diagnostic et la définition des besoins. Ainsi, au moins **22** départements ont réalisé une **enquête directement auprès des personnes âgées à domicile**. Les chiffres avancés par le département de l'Aveyron (3298 personnes âgées à domicile ont répondu à l'enquête visant à connaître leurs éventuels besoins pour demeurer le plus longtemps possible et en fonction de leur souhait au sein de leur domicile) montrent tout l'intérêt porté par les principaux intéressés à ce type d'enquête qui permet d'affiner la connaissance des personnes âgées vivant à domicile.

18 départements ont réalisé une enquête auprès des services d'aide à domicile et/ou de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées à domicile, afin notamment d'identifier les besoins non ou mal couverts.

Enfin, l'évaluation plus qualitative des besoins des personnes âgées à domicile a souvent été appréhendée par le biais des concertations avec les acteurs de terrain dans le cadre des groupes de travail mis en place pour le schéma. Notons qu'au moins 50 départements ont consacré un groupe de travail soit à la problématique du soutien à domicile en général, soit à l'un au moins des champs plus spécifiques du soutien à domicile (par exemple, l'aide aux aidants ou l'adaptation du logement). D'autres départements ont fait le choix de groupes de travail très transversaux comme la question du parcours de vie ou de la qualité des prises en charge, au cours desquels la question du domicile a probablement également été traitée.

Au niveau régional, l'information sur la méthodologie employée pour appréhender les besoins des personnes âgées à domicile ne figure pas toujours dans les SROMS, mais elle est présente dans les PRS ou leurs annexes. A la lecture de ces documents, il apparaît que dans la majorité des cas, l'état des lieux repose sur l'exploitation des données démographiques et de santé émanant des mêmes organismes que ceux évoqués dans le cadre des schémas départementaux (INSEE, Conseils généraux, ORS, ARS/DDASS...) et/ou reprennent les constats des schémas départementaux (lorsqu'ils sont relativement récents). Sur le plan qualitatif, la principale source d'information des SROMS repose sur la concertation organisée avec les principaux acteurs dans le cadre d'auditions, d'enquêtes ciblées, de contributions des instances de démocratie sanitaire. Cependant, nous ne disposons pas d'éléments d'information suffisamment tangibles pour savoir si ces informations ciblent spécifiquement les personnes âgées à domicile. La plupart du temps, les thématiques traitées à l'occasion de ces groupes de travail ou concertation n'ont pas été précisées.

> L'état des lieux de l'offre et son analyse

Les personnes âgées dépendantes à domicile ont recours à des aides pour des actes quotidiens de la vie courante (ménage, courses, aides à la personne...) essentiellement assurés par les services d'aide à domicile (prestataires et mandataires, ou dans le cadre du gré-à-gré). Elles bénéficient également d'un suivi de santé et d'une prise en charge des soins à domicile principalement assurés par des SSIAD, des intervenants libéraux et dans des circonstances très particulières, des structures d'HAD.

⁴⁰ L'enquête HID visant à établir une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps (y compris ceux liés aux atteintes de l'âge) et à faire un point sur leur situation au moment de l'enquête et sur leurs besoins. L'enquête concernant les personnes à domicile a été menée en 1999 et renouvelée en 2001

⁴¹ Il s'agit d'une étude épidémiologique française du vieillissement fonctionnel et cérébral, visant notamment à estimer la prévalence et l'incidence de la démence (en particulier de la maladie d'Alzheimer), d'identifier des facteurs de risque et de décrire les modalités d'évolution vers la dépendance. Elle a été menée auprès d'un échantillon de 5 555 sujets âgés de 65 ans et plus vivant à leur domicile dans les départements de la Gironde et de la Dordogne.

⁴² Rapport portant sur la précarité, l'isolement et les conditions de logement, qui mettait en exergue la fragilité des personnes âgées.

Quasiment tous les schémas ont réalisé l'état des lieux de l'offre à partir de l'exploitation de données fournies par le Conseil Général et l'ARS (auparavant les DDASS). Mais l'état de l'inventaire diffère selon les départements : ils présentent tous à minima le nombre de SAAD et de SSIAD, ainsi que les structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire notamment), parfois de manière assez précise avec par exemple une cartographie, une distinction des modalités d'intervention des aides à domicile....

Mais au-delà du recours aux SSIAD et aux SAAD, des personnes âgées font aussi appel à des services de portage de repas, à la téléalarme, parfois à un service de transport adapté, à des services proposant des animations à domicile... Or, l'analyse des comparaisons régionales des schémas révèle que ces derniers font rarement le point sur ces autres services et sur les besoins existants en la matière.

Par contre, ils font état de l'existence de nouveaux modes d'intervention complémentaires qui se sont développés ces dernières années comme la garde itinérante, le baluchonnage⁴³, des expériences d'aménagement du logement par la domotique (Corrèze)...

L'état des lieux de l'offre est réalisé davantage sur un plan quantitatif que qualitatif : les schémas n'abordent pas toujours les questions de lisibilité des dispositifs, les éventuelles difficultés de fonctionnement ou de coordination... En revanche, lorsque ces éléments qualitatifs sont présents, ils résultent d'enquêtes spécifiques menées auprès de ces structures. Ainsi, en Haute-Garonne, le travail d'enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile et auprès des SSIAD (dont les taux de retour ont été importants : respectivement 66 et 80%) avait pour objectif de recenser leur activité, mais aussi d'identifier leurs difficultés et leurs attentes. Les résultats de cette enquête ont été éclairants pour le repérage des partenariats actuels et la mise à jour des manques en matière de coordination entre les différents acteurs.

Les enquêtes menées auprès des personnes âgées elles-mêmes ont, parfois aussi, porté sur leur vision du dispositif actuel (ses points forts et ses points faibles) et sur leurs attentes par rapport au futur schéma (cas du département de la Somme). Enfin, comme pour l'état des lieux sur les besoins des personnes, ce sont les concertations avec l'ensemble des acteurs et structures concernées dans le cadre des groupes de travail thématiques constitués qui ont contribué à l'apport d'éléments plus qualitatifs.

Au niveau régional, comme pour l'état des lieux des besoins, les SROMS (ou le cas échéant les PRS et leurs annexes) présentent généralement un état des lieux quantitatif et qualitatif précis de « l'offre de santé » (SSIAD, médecins et professionnels paramédicaux et leur répartition géographique, HAD, équipes spécialisées Alzheimer, accueil de jour, hébergement temporaire). Il est en revanche plus rare d'y trouver, comme en Champagne-Ardenne ou dans la région Centre, des éléments concernant les services d'accompagnement à domicile⁴⁴.

Les éléments qualitatifs⁴⁵ sont généralement issus des travaux des instances mises en place pour le SROMS (groupe de travail), plus rarement d'enquêtes ou de travaux spécifiques menés autour de cette thématique.

En résumé :

Des états des lieux des besoins et de l'offre réalisés essentiellement à partir d'une analyse documentaire (rapports, études) et statistique (production de données de divers organismes), complétés plus rarement par des études spécifiques. Des constats soumis à la réflexion de groupes de travail pouvant amener des apports plus qualitatifs, c'est-à-dire plus proches des besoins identifiés par les personnes ou les professionnels qui les accompagnent.

⁴³ Le baluchonnage est un concept qui vient du Québec. Il s'agit d'un service de remplacement des aidants familiaux vivant avec la personne âgée, afin d'éviter les risques d'épuisement de ceux-ci et les placements en urgence des personnes âgées. Ce service est par exemple actuellement proposé dans le Lot-et-Garonne, où il est assuré par des aides-soignants, des aides médico-psychologiques ou des auxiliaires de vie sociale salariés d'associations d'aide à domicile. Le financement de ce service peut être pour partie pris en charge dans le cadre de l'APA.

⁴⁴ Dans ces deux régions un recensement de l'offre médicosociale dans chacun des territoires infradépartementaux ainsi que des auditions de professionnels et acteurs du secteur personnes âgées et des enquêtes ciblées, menées auprès de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux de la région ont permis d'offrir un état des lieux précis, pour l'ensemble des services s'adressant à des personnes âgées à domicile.

⁴⁵ Par exemple, en dépassant la seule référence aux taux d'équipement en SSIAD par la mise en perspective avec l'offre en infirmières diplômées d'Etat libérales et l'étude de la typologie des actes réalisés par ces dernières (SROMS de la Corse).

2.3 - Les propositions émises

La plupart des Conseils généraux ont construit leurs orientations et leurs actions autour des principes de garantie du libre choix de la personne, d'équité et d'égalité dans l'accès aux droits. La diversification des réponses⁴⁶, leur qualité (y compris la question de la coordination)⁴⁷ et leur répartition géographique⁴⁸ ont été les principaux fils conducteurs de l'élaboration des différentes actions.

La plupart des SROMS (ou des PRS) ont construit leurs orientations et leurs actions à partir de la logique de continuité du parcours⁴⁹, d'équité territoriale⁵⁰ et d'efficacité⁵¹. Elles ont également souvent été élaborées en étroite collaboration avec les Conseils généraux comme le prévoient les textes⁵², afin de tenir compte des orientations arrêtées dans les schémas départementaux et dans un souci de complémentarité et de cohérence d'ensemble. Concernant les modalités concrètes de collaboration, des réunions techniques de travail ont associé l'ARS et les services des conseils généraux (Auvergne par exemple), parfois dans le cadre des travaux de la commission de coordination des politiques publiques (Basse-Normandie par exemple).

> Le développement des services d'aide et de soins à domicile et la structuration du secteur

La vie à domicile des personnes âgées devenues dépendantes suppose qu'elles puissent être accompagnées dans les actes de la vie quotidienne et bénéficier d'actes de soins en adéquation avec leurs besoins et leurs choix. Dans cette perspective, la quasi-totalité des schémas départementaux prévoient des actions visant à renforcer les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et dans une moindre mesure les autres services à la personne.

• **Les SAAD** : une majorité de schémas départementaux évoque la nécessité de développer et optimiser l'offre de SAAD notamment en structurant⁵³ davantage le secteur de l'aide à domicile. Cela passe par différents types d'actions :

- le regroupement de structures SAAD entre elles pour mutualiser des moyens, homogénéiser les pratiques par exemple,
- la diversification des prestations proposées par les SAAD (plus de polyvalence⁵⁴ et de souplesse, avec dans certains cas des interventions possibles 24H/24H et 7 jours/7 (Doubs, Seine-Maritime),
- un meilleur contrôle de l'effectivité de la mise en œuvre des plans d'aide (suivi du travail réalisé par les aides à domicile) proposé par exemple dans le SROMS de Basse-Normandie, pouvant passer par la mise en place de dispositifs de télégestion (Eure),
- une réflexion sur une répartition territoriale⁵⁵ qui soit cohérente
- l'élaboration d'une charte de bonnes pratiques du maintien à domicile⁵⁶

Certains départements comme le Calvados, la Loire-Atlantique, la Mayenne, le Pas-de-Calais ou encore la Sarthe, et le SROMS du Centre prévoient en outre des actions de communication auprès des personnes âgées et de leur famille pour faire connaître les services à la personne et leurs différentes offres et modes de règlement (notamment les avantages et inconvénients du cadre prestataire, mandataire, ou de l'emploi direct..).

⁴⁶ Par exemple : Allier, Bas-Rhin, Creuse, Finistère, Gironde, Ille-et-Vilaine, Morbihan, Yvelines

⁴⁷ Par exemple : Aveyron, Cantal, Cher, Corrèze, Eure-et-Loir, Côtes-d'Armor, Finistère, Haut-Rhin, Indre, Loir-et-Cher, Manche, Meuse, Moselle, Orne, Saône-et-Loire, Seine-et-Marne, Territoire de Belfort, Somme, Val-de-Marne, Yonne, Yvelines

⁴⁸ Par exemple : Ille-et-Vilaine, Territoire de Belfort, Saône-et-Loire, Seine-et-Marne, Oise, Pas-de-Calais, Tarn, Yonne

⁴⁹ Alsace, Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Île-de-France, Picardie,

⁵⁰ Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Champagne-Ardenne, Lorraine, Midi-Pyrénées

⁵¹ Basse-Normandie, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais,

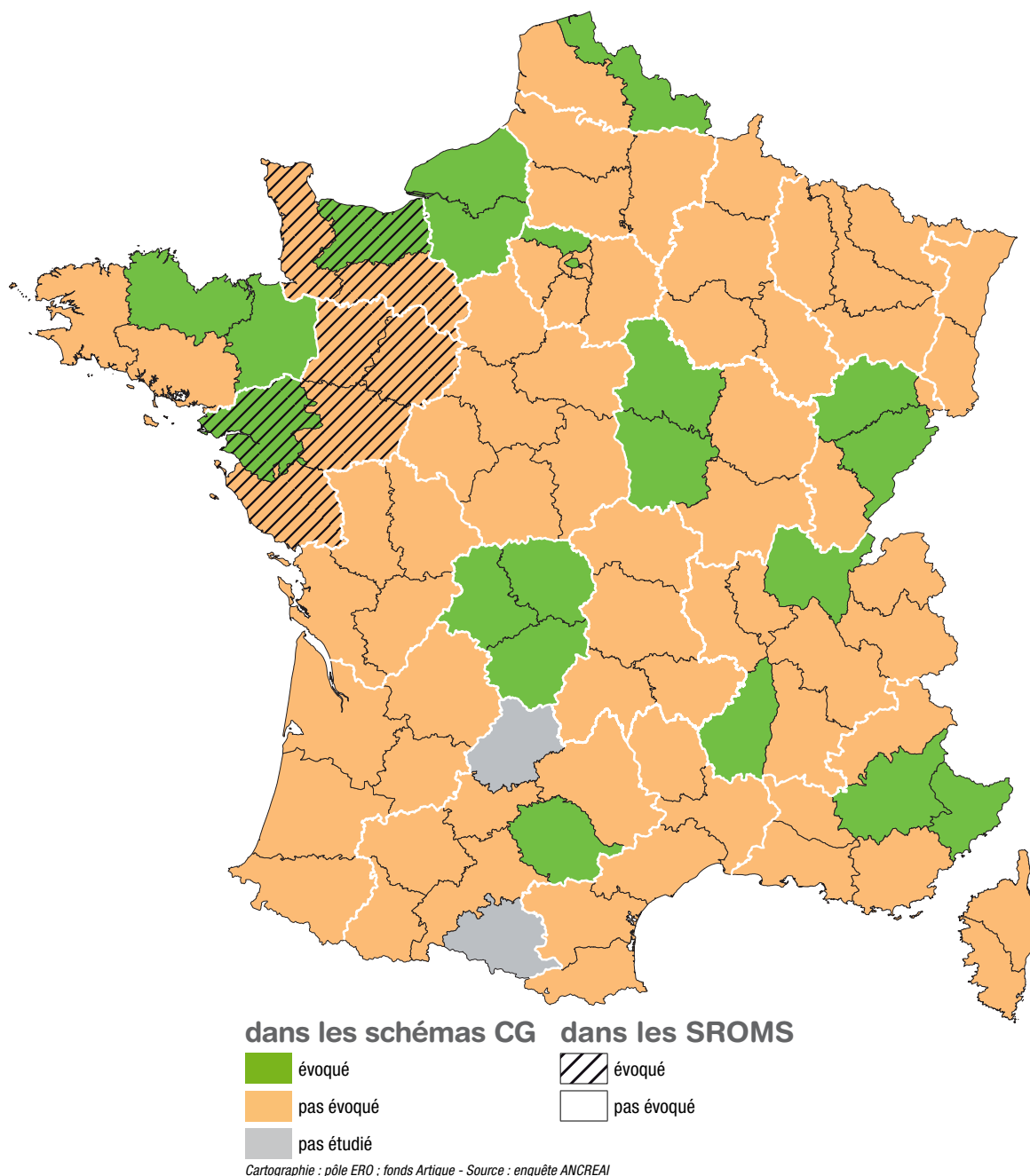
⁵² Le décret du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé prévoit que « le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé »

⁵³ Alpes-de-Haute-Provence, Calvados, Corrèze, Côtes d'Armor, Creuse, Eure, Haute Saône, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Nièvre, Nord, Paris, Val-d'Oise, Yonne ; SROMS de Basse-Normandie

⁵⁴ Eure-et-Loir, SROMS Pays-de-la-Loire par exemple

⁵⁵ Ain, Alpes-Maritimes, Ardèche, Creuse, Seine

⁵⁶ Alpes-de-Haute-Provence, Creuse, Haute-Vienne, Tarn



- **Les SSIAD** : quasiment tous les schémas départementaux et la grande majorité des SROMS envisagent de créer ou d'étendre les SSIAD et incluent la problématique de leur répartition géographique dans leurs préconisations. Certains schémas comme ceux de la Corse, de Poitou Charente ou de Rhône-Alpes précisent en outre, que la répartition des places de SSIAD doit tenir compte des zones peu ou moyennement dotées en infirmières libérales. Certains schémas ont pris conscience de la nécessité de faire évoluer les SSIAD pour qu'ils répondent à des besoins particuliers (par exemple, des interventions plus tardives dans la journée pour respecter le rythme de personnes souhaitant se coucher plus tard, ou des interventions 7 jours sur 7 ou des fréquences de passage en journée plus importantes pour répondre aux besoins des personnes les plus dépendantes (SROMS Poitou-Charentes) ou encore des places spécifiques pour l'accueil d'urgence (SROMS de Haute-Normandie). Enfin, un rapprochement entre plusieurs SSIAD est envisagé dans les SROMS du Limousin et de Poitou-Charentes par exemple, afin de réduire les frais de gestion de ces structures.
- **L'HAD** : Les schémas des Pyrénées-Orientales et de Haute Savoie, ainsi que les SROMS du Nord-Pas-de-Calais, du Languedoc-Roussillon et de Rhône-Alpes envisagent de faciliter l'accès aux structures d'hospitalisation à domicile (notamment par le développement de places).

- **Les autres services d'aide à la personne à domicile (portage de repas⁵⁷, téléalarme⁵⁸, transport accompagné et/ou adapté⁵⁹...) sont moins fréquemment abordés dans les schémas. Et lorsqu'ils le sont, les mesures prônées sont généralement plutôt évasives⁶⁰ : « développer et organiser l'accès aux services de proximité » ; « développer le transport adapté », « promouvoir une palette de services » ; « développer les services favorisant le maintien à domicile et les inciter à développer et diversifier les prestations proposées ».**

> Le recrutement et la formation des intervenants

L'aide à domicile est un secteur qui attire peu les professionnels, qui est mal identifié et peu valorisé. Dès lors les actions prévues dans certains schémas pour permettre le développement des services souhaité et en assurer la qualité reposent sur trois principaux points :

- **Susciter des vocations⁶¹** en conduisant par exemple une réflexion autour de parcours de professionnalisation qualifiants ; en élaborant un référentiel des missions et des compétences des différents services à domicile ; en proposant aux services d'aide à domicile une offre de services performante pour répondre à leurs offres d'emploi
- **Former les intervenants⁶²** : les qualifier, mais aussi améliorer leurs connaissances pour adapter leur intervention à l'évolution des besoins des personnes (repérage des signes précurseurs de la dépendance, des risques de dénutrition, de chutes, de suicide ; des signes de maltraitance ; accompagnement des personnes en fin de vie...). A ce titre, le Tarn-et-Garonne précise que ces formations doivent notamment s'adresser aux personnels recrutés en emploi direct ou en mandataire. Le besoin de formation ne concerne pas uniquement les aides à domicile, mais également les professionnels du soin à domicile (par exemple, dans le Tarn-et-Garonne, la nécessité pour les SSIAD de se former pour intervenir auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est soulignée). Notons par ailleurs qu'au moins 4 départements (Creuse, Haute-Vienne, Seine-Maritime, Alpes-de-Haute-Provence) ont prévu d'élaborer des chartes ou guides qualité ou de bonnes pratiques professionnelles afin notamment d'harmoniser les pratiques et de contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations fournies.

50

> La nécessaire coordination entre des acteurs multiples

Le manque de coordination entre les différents acteurs permettant le maintien à domicile des personnes âgées dont l'état de santé nécessite parfois une multiplicité d'intervenants tant du champ médico-social que du champ sanitaire (SAAD, IDE, SSIAD, HAD,...) entraîne une perte d'efficacité, d'efficience et peut altérer la qualité de la prise en charge. Les dispositifs mis en œuvre pour tenter de répondre au manque de coordination (CLIC, réseaux gérontologiques) ne semblent pas toujours suffisants au regard des diagnostics présentés dans les schémas. La coopération et l'articulation des interventions est identifiée comme un enjeu majeur par de nombreux SROMS et par certains départements particulièrement dans le cadre de l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile et dans le cadre de la préparation à l'entrée et/ou à la sortie d'une hospitalisation.

Les actions envisagées portent, entre autres, sur **l'élaboration de conventions, de procédures et de chartes** redéfinissant les limites des missions de chacun⁶³ (par exemple entre SSIAD, HAD et professionnels libéraux et entre SSIAD, équipes d'évaluation des CLIC et HAD en Haute-Normandie ou entre centres hospitaliers, SAAD et SSIAD en Poitou-Charentes ou dans le Jura). Elles tablent également sur **la construction d'outils communs** (dossier médico-social à informations partagées en Gironde et en Alsace ; outils de liaison dans l'Aveyron, la Charente-Maritime, la Haute-Vienne, le Puy-de-Dôme,...).

Certains schémas misent sur le développement de **plateformes territoriales de services**. Ainsi, le SROMS Poitou-Charentes souhaite soutenir une plateforme proposant à la fois de l'hébergement permanent et temporaire, de l'accueil de jour, des haltes répit, des services (SSIAD, SAD), des familles d'accueil et qui pourrait être la structure porteuse de la MAIA. Le département de Loire-Atlantique et celui de la Corrèze ont également inscrit cette réflexion dans leur schéma.

⁵⁷ Cantal, Charente, Doubs, Eure, Saute Savoie

⁵⁸ Doubs, Drôme, Landes, Haute-Corse

⁵⁹ Bouches-du-Rhône, Corse-du-Sud, Doubs, Eure, Finistère, Haute-Corse, Haute Savoie, Hérault, Pas-de-Calais, Rhône, Savoie, Vaucluse

⁶⁰ Alpes-de-Haute-Provence, Seine St Denis, Charente, Eure-et-Loir

⁶¹ Bas-Rhin, Marne, Aube, Saône-et-Loire

⁶² Haute Saône, Manche, Marne, Meuse, Jura, Haute-Vienne, Aveyron, Tarn-et-Garonne ; SROMS de Basse-Normandie, de Franche-Comté et de Poitou-Charentes

⁶³ Haute-Normandie, Jura, Nièvre, SROMS Poitou-Charentes

Enfin, certaines régions (Île-de-France, Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées) envisagent le déploiement de véritables filières gériatriques⁶⁴ (qui peuvent être des MAIA) avec pour objectif d'apporter aux personnes âgées une réponse sanitaire, sociale et médico-sociale qui soit **intégrée**⁶⁵.

> L'aide aux aidants

La problématique de l'aide aux aidants est assez largement partagée dans les schémas. Si certains restent évasifs sur les actions envisagées « soutenir les actions envers les aidants naturels », la plupart développent assez largement les actions envisagées, que l'on peut regrouper autour de trois principaux thèmes :

- **L'organisation de solutions de répit** : il s'agit d'une action préconisée par la grande majorité des schémas, qu'ils soient départementaux ou régionaux avec une distinction opérée entre :
 - les formules « classiques » de répit (accueil de jour et hébergement temporaire)⁶⁶, qu'il s'agit de développer et de rationaliser⁶⁷, en n'oubliant pas la question conjointe du transport adapté pour se rendre à l'accueil de jour⁶⁸ ;
 - des formules plus expérimentales et plus récentes pour certaines, de **relais à domicile**, pour les personnes pour qui les solutions de répit en dehors du domicile risquent de conduire à une perte de repères. Il s'agit de services tels que la garde à domicile (de jour ou de nuit), le baluchonnage⁶⁹,
 - la création de **plates-formes territoriales de répit** où seront intégrés conseil, orientation, et offre graduée et diversifiée de services (accueil de jour, de nuit, hébergement temporaire) : SROMS de Poitou-Charentes et département du Rhône.
- **La formation**⁷⁰ pour être à même de mieux accompagner son parent atteint de la maladie d'Alzheimer par exemple (SROMS de Rhône-Alpes) ou de développer des connaissances sur les risques pour eux-mêmes et pour ceux qu'ils accompagnent.
- **Le soutien** par l'organisation de groupes de parole (département du Calvados, SROMS de Poitou-Charentes) tout en veillant à prendre simultanément en charge les malades.

51

> Habitat, logement et cadre de vie : un axe des politiques du « mieux vivre » chez soi

Une majorité de départements ont inscrit la problématique du logement comme élément à prendre en compte dans la politique de la vieillesse. Si l'on repère difficilement la manière dont ils ont identifié précisément l'état des besoins, ils ont en revanche programmé des actions dans trois principales directions : l'aménagement/adaptation du domicile, la construction (ainsi que le référencement) de logements adaptés, et plus largement, l'aménagement du cadre de vie (pour offrir des domiciles adaptés au sein de logements si possibles intergénérationnels, avec des services et équipements à proximité).

• L'aménagement et/ou l'adaptation du domicile

Adapter les logements (dans un parc existant par exemple) et/ou le domicile (le logement actuellement occupé par une personne âgée), pour assurer la sécurité et réduire la dépendance des personnes âgées est une mesure très largement partagée par les départements dans les schémas personnes âgées ou autonomie (mais peu en revanche par les SROMS)⁷¹. Cette mesure est diversement déclinée en actions plus précises selon les départements. On peut notamment distinguer les catégories d'actions suivantes : l'information et le conseil, l'accessibilité financière et/ou technique (avec notamment les apports de la domotique) :

⁶⁴ La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psychosociale graduée, répondant aux besoins de proximité et au recours à un plateau technique comprenant des structures d'urgence, du court séjour gériatrique, des équipes mobiles de gériatrie, des unités de consultation et d'hospitalisation de jour, une USLD... comme en Champagne-Ardenne

⁶⁵ Une MAIA s'appuie notamment sur la constitution d'un guichet intégré. Ce dernier constitue l'accès de proximité à l'accueil et l'information, à partir duquel la population est orientée vers le dispositif ou les professionnels pouvant répondre à ses besoins. C'est un ensemble de coordonnées des lieux d'information, d'analyse et d'orientation qui doit faciliter le parcours des personnes en évitant les réponses incomplètes ou erronées.

⁶⁶ Notons que le département de la Vienne prévoit d'octroyer dans les plans d'aide un montant forfaitaire annuel permettant de pallier l'absence temporaire de l'aidant

⁶⁷ C'est-à-dire évaluer le fonctionnement actuel (des taux d'occupation des accueils de jour trop faibles ; des accueils temporaires détournés de leur finalité), étudier le maillage du territoire, mettre en cohérence les dispositifs existants et renforcer leur visibilité, mettre en conformité avec le cahier des charges du Plan Alzheimer le cas échéant, élaborer un projet de service pour le retour à domicile... : SROMS d'Aquitaine, d'Auvergne, d'Île-de-France, de Bourgogne, de Champagne-Ardenne, de France Comté, de Poitou Charente ; départements de Charente-Maritime, d'Île et Vilaine...

⁶⁸ SROMS de Poitou Charente et de Rhône-Alpes

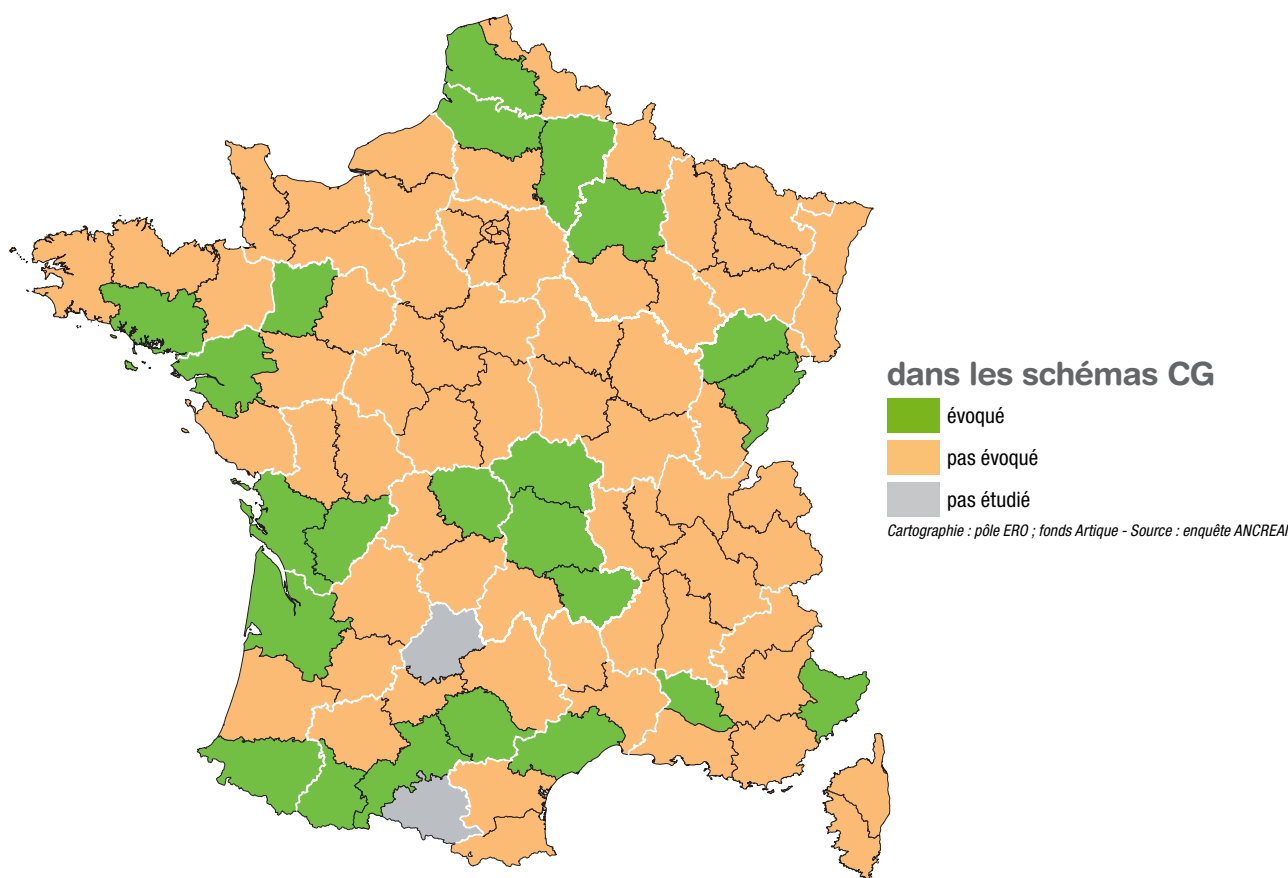
⁶⁹ Dans une dizaine de départements dont Creuse, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Oise, Territoire de Belfort ou encore Yonne

⁷⁰ Département de la Lozère, SROMS du Centre, de la Corse,

⁷¹ Attention, ce n'est pas parce que cette action n'est pas évoquée dans les SROMS que la problématique n'est pas prise en compte par les ARS. Par exemple, le SROMS de Bourgogne rappelle que le schéma régional de prévention comporte un plan régional santé environnement qui prévoit de repérer les caractéristiques de l'habitat des personnes âgées en milieu rural pour mieux prendre en compte celles-ci. Cette étude doit être conduite en collaboration avec la DRJSCS, la DREAL, les conseils généraux, l'ANAH et l'ORS.

- Apporter information et conseil aux personnes âgées et à leur entourage (16 départements) : il s'agit notamment d'informer les personnes sur les possibilités techniques d'adaptation de leur domicile à la dépendance ; de les aider à évaluer leurs besoins et à identifier les acteurs et dispositifs d'aménagement qu'ils pourront solliciter ainsi que les aides financières mobilisables. Le conseil comprend en outre une dimension préventive⁷² lorsqu'il s'agit de sensibiliser les personnes âgées, sur la nécessité d'adapter leur domicile et d'anticiper cette adaptation (Charente, Haute-Vienne, Maine-et-Loire, Marne), avec la possibilité notamment de visiter des logements témoins, de se rendre à des salons de prévention des chutes (Jura) ou encore en intégrant dans les plans d'aide APA une fiche « suivi logement » comme dans le Lot-et-Garonne ou dans la Creuse⁷³ ... Plusieurs schémas réfléchissent conjointement aux sources d'information à mobiliser pour faire connaître aux principaux intéressés l'intérêt de réaliser ces travaux et les modalités de financement possibles (site internet du Conseil général, brochure...).
- Apporter un soutien (43 départements de SROMS Île-de-France) : les départements de la Gironde, du Lot-et-Garonne, de Loire-Atlantique, de la Haute-Marne, de la Corrèze ou encore du Var par exemple, envisagent de sensibiliser et former des artisans locaux aux problématiques du handicap et de la perte d'autonomie et celui de la Marne de créer en outre un label artisan qui permette de les repérer plus facilement (ou des chartes comme dans le Loiret ou les Pyrénées-Orientales). Le soutien technique à l'adaptation du domicile nécessite la sollicitation de partenaires que certains départements ont relevée : le Doubs préconise ainsi d'assurer une couverture du département en ergothérapeutes et techniciens du bâti ; le Gers et le Tarn envisagent de solliciter les offices de l'habitat, l'ANAH et le PACT pour une aide au diagnostic et la constitution des dossiers. Enfin, le recours à la domotique et aux nouvelles technologies d'information et de communication pour adapter le domicile des personnes est très largement envisagé (18 départements et SROMS d'Alsace et des Pays-de-la-Loire).

FAVORISER LA CRÉATION DE LOGEMENTS ADAPTÉS



⁷² Bien souvent, l'aménagement du domicile n'est pas envisagé en amont par la personne ou son entourage. Par méconnaissance des solutions existantes, par la difficulté d'accepter de se voir vieillir, par « habitude » de l'inadaptation du logement

⁷³ qui prévoit d'intégrer les besoins domotique /TIC dans l'évaluation de la situation des personnes en perte d'autonomie et de les intégrer, si besoin, dans les plans d'aide

• Le repérage et le développement d'un parc de logements adaptés

Cette orientation a donné lieu à une déclinaison en plusieurs types d'actions complémentaires, diversement développées selon les départements :

- Repérer et référencer les logements adaptés⁷⁴ : développer une **connaissance et une «traçabilité» du parc adapté** pour permettre d'identifier et d'attribuer en conséquence les logements adaptés
- Faciliter l'accès aux personnes âgées aux logements adaptés⁷⁵ : par exemple, le département de l'Essonne envisage d'engager une négociation avec les bailleurs sociaux pour permettre la réservation de logements adaptés aux personnes âgées ;
- Encourager la création de logements adaptés à la dépendance (22 départements) : cette action est partagée par plusieurs départements. Il s'agit par exemple d'encourager les municipalités à proposer à l'OPAC des terrains d'implantations pour des réalisations d'habitats individuels ou en petits collectifs, entièrement accessibles pour les personnes âgées (Haute Saône) ou encore de sensibiliser les constructeurs et promoteurs (privés ou sociaux) afin qu'ils adaptent la conception des logements en vue de l'avancée en âge avec à la clé un label spécifique destiné à mieux identifier ces logements (Doubs, Loire-Atlantique, Marne, Pas-de-Calais).

• L'aménagement du cadre de vie

Au-delà de la question de l'adaptation des logements, plusieurs départements et régions ont envisagé des actions en faveur de l'aménagement du cadre de vie, où entrent en compte notamment la problématique du déplacement et celle de l'accessibilité à la ville. Ainsi, le département de l'Aisne appelle à être vigilant quant à l'accessibilité des commerces et services de proximité ; le SROMS Pays-de-la-Loire ambitionne d'améliorer l'accessibilité par l'adaptation de l'environnement : transport, voirie, espaces publics, mobiliers urbains, accès au bâti des établissements publics et privés et de développer des aides humaines pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes dans leurs déplacements dans la cité et pour l'accès aux activités culturelles (Savoie).

> Les expérimentations

L'évolution des problèmes de santé et l'aggravation de la dépendance avec l'avancée en âge, des personnes âgées souhaitant vivre le plus longtemps possible à domicile, conduit les différents acteurs à innover pour prendre en compte les nouveaux besoins qui en découlent.

La plupart des schémas font ainsi état d'innovations à évaluer et/ou généraliser et d'expérimentations à mener⁷⁶. Ces expérimentations consistent pour une partie d'entre elles à développer des formules d'accompagnement et d'accueil plus souples, plus respectueuses des habitudes de vie (respect des rythmes, sollicitations « à la carte »⁷⁷ pour certains types de service comme de l'accueil ponctuel, le transport adapté à la demande,...). Parmi ces expérimentations on retrouve notamment :

- **des formules innovantes de répit**⁷⁸ : baluchonnage, service de garde itinérante
- **l'accompagnement de nuit** (14 départements et le SROMS Limousin), ou les gardes de nuit, parfois itinérante, dans le cadre de sortie d'hospitalisation, de situations de fin de vie, du soutien des aidants, de remplacement d'aidant, de prises en charge spécifiques (changes, prévention des escarres). Il sécurise la personne âgée et permet le maintien à domicile sur une période plus longue. Ce service de nuit pourrait être proposé par les services d'aide à domicile (comme l'envisage le Jura) ou par un SPASAD (option retenue par le SROMS de Poitou-Charentes).
- **l'intervention d'équipes mobiles de soins spécifiques à domicile** : il s'agit principalement, en lien avec le plan Alzheimer, des équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD)⁷⁹, mais aussi d'équipes de soins palliatifs (SROMS d'Île-de-France, de Lorraine, du Nord-Pas-de-Calais).

⁷⁴ Aisne, Corrèze, Doubs, Finistère, Haute-Garonne, Jura, Loir-et-Cher, Nord, Pas-de-Calais

⁷⁵ Essonne, Gard

⁷⁶ Lorsque ces schémas sont anciens, ces expérimentations (SPASAD par exemple), n'en sont plus tout à fait en 2013 car elles se sont progressivement généralisées. Nous avons cependant fait le choix d'en faire état ici car elles ont été innovantes en leur temps.

⁷⁷ Loire-Atlantique

⁷⁸ Alsace, Aveyron, Eure, Finistère, Haute Saône, Hautes-Alpes, Ile et Vilaine, Pas-de-Calais, Saône-et-Loire ; SROMS de Bourgogne...

⁷⁹ SROMS de Champagne-Ardenne, du Languedoc-Roussillon, de Lorraine, du Nord Pas-de-Calais

- **des projets d'accueil/accompagnement intermédiaires** : un nouveau concept de « maison de retraite à domicile »⁸⁰ (Corrèze, Limousin) ou d'« EHPAD hors les murs » (Oise) semble émerger, avec l'idée d'assurer un soutien plus important, plurisectoriel et décroisé au domicile des personnes pour qui le maintien à domicile est difficile mais qui pour autant ne souhaitent pas entrer en EHPAD. Le SROMS de Rhône-Alpes propose quant à lui d'expérimenter des dispositifs de halte répit (accueil en EHPAD de 2 à 6 heures dans la journée) et celui du Limousin propose d'expérimenter un bus itinérant d'accueil de jour. Les départements des Côtes-d'Armor, du Finistère et du Puy-de-Dôme souhaitent développer la mixité générationnelle (colocation intergénérationnelle) et des solidarités de voisinage (par exemple en mettant en place un réseau autour des personnes âgées, facilitant le repérage des situations et l'intervention des services d'aide à domicile (Saône-et-Loire, Finistère))
- **des projets socioculturels à domicile ou à partir du domicile**⁸¹ : notamment afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées à domicile, le département des Hautes-Alpes par exemple envisage d'expérimenter une formule d'accueil de jour itinérant ; l'Oise de développer un service de convivialité où des visiteurs à domicile viennent tenir compagnie aux personnes âgées, les accompagnent dans les promenades et sorties, proposent des ateliers manuels ou artistiques, des jeux d'animation et de stimulation... et l'Isère des services d'accompagnement aux loisirs.

> Améliorer la connaissance des besoins et parfois de l'offre en matière de soutien à domicile

A l'occasion de l'élaboration des schémas, certains départements et plusieurs régions ont réalisé l'incomplétude des données disponibles pour prononcer des orientations qui permettent de mieux répondre aux besoins. Plusieurs d'entre eux en ont fait une orientation. Ainsi, la région de Basse-Normandie : « le SROMS prévoit de développer l'observation régionale partagée et en continu des besoins et des parcours des personnes (en situation de handicap) ou en perte d'autonomie ». Le SROMS d'Auvergne aboutit au même constat : « le constat a été fait tout au long du processus d'élaboration de ce schéma, des difficultés à cerner de façon précise les besoins de la population auxquels le dispositif médico-social doit répondre et sans en négliger aucun, de les hiérarchiser entre eux ».

Au moins 10 départements⁸² ont ainsi prévu de réaliser des études ou états des lieux durant la période du schéma pour :

- étudier l'opportunité de créer un nouveau service et vérifier qu'un besoin existe comme les gardes itinérantes de nuit (Gers, Sarthe) ou vérifier la pertinence du recours à la domotique pour sécuriser le soutien à domicile (Aisne) ;
- faire émerger les besoins de certaines catégories de personnes : celles se situant en dehors des dispositifs existants dans la Manche par exemple ou celle des aidants naturels pour l'Isère ;
- anticiper les problématiques à venir liées à l'isolement, la précarité sociale, le vieillissement... (Nord), l'adaptation du logement (Morbihan, Maine-et-Loire), les besoins spécifiques des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Pas-de-Calais)

Quelques départements envisagent par ailleurs d'évaluer le fonctionnement de certains services⁸³ dans l'objectif :

- de les généraliser lorsqu'il s'agit d'expérimentations,
- d'entreprendre une réorganisation lorsque ces services sont peu sollicités ou semblent dysfonctionner

D'autres envisagent de réaliser un état des lieux des réponses existantes face à des besoins particuliers. Par exemple,

- le département du Maine-et-Loire a inscrit parmi ses actions l'identification des modalités de réponses existantes **aux situations d'urgence** (avec l'intention de veiller à leur développement) ;
- les départements des Côtes-d'Armor et du Var souhaitent réaliser des diagnostics de territoire sur **l'adaptation de l'habitat** aux besoins liés à la dépendance des personnes âgées ;

⁸⁰ Le département de la Corrèze explique que la « maison de retraite à domicile » proposera, sous forme de contractualisation avec chaque personne âgée, de rechercher des partenaires et coordonner l'ensemble des dispositifs autour de la personne. Ce dispositif a pour objet un maintien à domicile jusqu'à la fin de vie notamment avec intervention de l'HAD pour les soins palliatifs

⁸¹ Aveyron, Hautes-Alpes, Isère, Jura, Oise, Vosges

⁸² Aisne, Bas-Rhin, Gers, Isère, Maine-et-Loire, Manche, Morbihan, Nord, Pas-de-Calais, Sarthe

⁸³ Par exemple à propos des transports adaptés en Haute-Corse

La réalisation d'études complémentaires est rarement envisagée dans les actions prévues au niveau des SROMS bien que la nécessité d'améliorer la connaissance des besoins y soit bien présente. Ainsi, 4 SROMS affichent cette intention :

- Le SROMS d'Aquitaine envisage de mener une étude sur les besoins des personnes **en GIR 1 et 2 à domicile** et sur le **fonctionnement des SSIAD et SPASAD**
- Le SROMS de Bourgogne souhaite améliorer la connaissance des personnes dépendantes et celles atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile
- Le SROMS de Poitou-Charentes lancera une étude sur les personnes ayant recours aux SSIAD.
- le SROMS de la Corse souhaite étudier l'évolution des actes infirmiers de soins pour en mesurer l'impact sur l'offre médico-sociale.

CONCLUSION

La problématique de la vie à domicile est très transversale puisqu'elle recouvre les questions d'aide à la personne, de soins et de suivi de santé, de logement, d'étayage des aidants naturels, et dans une moindre mesure d'accessibilité à la cité. Les départements ont généralement pris en compte l'ensemble de ces thématiques avec un degré plus ou moins important de précision dans les actions envisagées. Celles-ci portent le plus souvent sur le développement et la diversification de services médico-sociaux et sanitaires de proximité mais également sur la nécessité de mettre en place ou de poursuivre le développement de services complémentaires, relevant d'autres champs de compétence : les transports, la domotique, l'adaptation de l'habitat... Un point commun à une grande majorité de schémas départementaux se situe dans la volonté d'expérimenter des solutions plus souples permettant de mieux correspondre à la diversité des besoins des personnes âgées et de leurs aidants. Ces derniers assurent en effet un soutien important pour la qualité de vie des personnes à domicile.

Assurer le maintien à domicile des personnes âgées passe donc par la mobilisation d'acteurs nombreux et divers. Une bonne coordination entre eux est nécessaire et est soulignée dans la quasi-totalité des schémas. Du côté des régions, notons que les SROMS abordent bien entendu la question du développement de l'offre de services relevant du champ de compétence de l'ARS (SSIAD, HAD, soins palliatifs, équipes spécialisées Alzheimer ...) et font largement référence au besoin d'améliorer la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, mais font beaucoup plus rarement allusion aux réponses à développer dans les champs complémentaires au leur, renvoyant assez souvent aux schémas départementaux (dont, rappelons-le, les périodes de validité diffèrent le plus souvent au sein d'une même région).

3. DIVERSITÉ, ADAPTATION, ACCESSIBILITÉ ET QUALITÉ DE L'ACCUEIL

3.1 - Quel accompagnement pour demain que ce soit au domicile ou en établissement ?

Face au défi de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, l'ensemble des schémas en cours poursuit le déploiement des places en établissements et services amorcé dans les schémas précédents. Cet axe prioritaire s'inscrit totalement dans les recommandations de la CNSA, à savoir « Promouvoir la continuité des parcours de vie » par le développement d'une diversité de réponses « *permettant un cheminement progressif des personnes et de leur famille au regard de l'évolution de leur situation* ».

Au-delà de la volonté de mise en œuvre d'une politique publique de santé à l'échelon territorial et régional, cet axe est sous-tendu par plusieurs principes et valeurs, régulièrement exprimés dans l'ensemble des schémas, qui guident les orientations stratégiques et actions de ceux-ci. Les départements et les régions cherchent, par la construction d'offres adaptées et diversifiées, à répondre à une demande sociale forte pour :

- Réduire les inégalités territoriales, tant sur le plan de l'offre que sur le plan de l'accessibilité géographique et financière.
- Accompagner dans une approche citoyenne la personne âgée ; construire une offre où elle puisse « Bien vieillir dans la cité ». Cela implique de prendre en compte et respecter le choix du mode de vie de la personne âgée en la maintenant le plus longtemps possible chez elle, dans son milieu de vie naturel mais aussi en lui assurant une accessibilité de l'offre de soins de proximité.
- Assurer la continuité de la prise en charge et éviter les ruptures.
- Rationaliser les coûts, compte tenu de la convergence des problématiques personnes âgées et personnes handicapées liées à l'avancée en âge.

> Les éléments de connaissance :

L'ensemble des schémas présente soit un bilan du schéma précédent soit un état des lieux quantitatif et qualitatif de l'offre médico-sociale. Ces éléments, bien souvent présentés sous forme de cartes ou de tableaux, permettent d'analyser la répartition des prises en charge à domicile et en établissements (description de l'offre sanitaire, médico-sociale, sociale et à domicile, spécifique pour les patients de maladies d'Alzheimer et apparentées...) avec des éléments, pour certains départements, sur l'évolution du nombre de places. Cette cartographie permet par la même occasion de faire le point sur la question de la couverture territoriale et de repérer ainsi les disparités infra régionales.

Pour tous les départements, la formalisation de ces états des lieux repose sur l'exploitation de données quantitatives disponibles collectées auprès de différentes institutions et organismes à partir d'enquêtes spécifiques ou d'entretiens collectifs⁸⁴.

Les principales données exploitées sont des données socio-démographiques et socio-économiques de la population, mais aussi l'état des lieux des dépenses médico-sociales.

Des départements ont complété le diagnostic par des enquêtes spécifiques auprès des établissements et services et auprès des bénéficiaires de l'APA à domicile.

Enfin, concernant cette dernière démarche de recueil et d'analyse des données, peu de départements ont consulté directement les usagers pour réaliser cet état des lieux et évaluer les besoins.

> Une thématique largement abordée dans les groupes de travail⁸⁵ et les orientations :

La question de la diversité de l'offre médico-sociale, associée aux questions de la qualité et de l'accessibilité, est une thématique importante pour l'ensemble des départements puisqu'elle représente les différentes mesures concrètes à développer afin de répondre de façon adaptée à la variabilité des situations et problématiques rencontrées.

⁸⁴ Données statistiques collectées auprès de l'INSEE (dont les projections de la population INSEE Omphale), l'ARS (STATISS, SROS), la CNSA – CNAMTS, l'ORS, la CNAF, les MDPH, la MSA, l'Education Nationale, la CARSAT, l'URCAM – ARH, l'H.A.S., l'INSERM, l'ONPES et CNIS et les directions générales des finances publiques. Recueils de données à partir des enquêtes HID 1998/199, investigations menées auprès du service A.P.A. des Conseils Généraux pour l'analyse des dépenses liées aux prestations individuelles, enquêtes nationales de la DREES, enquête auprès des maires de la région (SROMS Languedoc-Roussillon), enquête réalisée par le GRATH, prise en compte des prévisions du PRIAC dans l'état des lieux pour les SSIAD, les EHPAD, l'AJ et l'HT, données sociales de santé 2010 de l'annuaire ANDAS, et une étude suédoise.

⁸⁵ Certains départements et SROMS ne détaillent pas les thématiques de leurs groupes de travail. Ils n'ont pu être pris en compte dans cette synthèse.

Ainsi, nous avons pu recenser au moins 8 SROMS (Alsace, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Limousin, Lorraine, PACA) et 61 départements proposant nommément un à plusieurs groupes de travail dans le cadre de l'élaboration de leur schéma, sur la thématique de la diversité, l'accessibilité et la qualité de l'accueil.

Cinq départements et deux SROMS (Auvergne et Bourgogne) ont consacré la totalité des différents groupes de travail au traitement de ces questions.

De même, la diversification de l'offre de services représentant un enjeu fort d'adaptation des politiques publiques au regard de l'évolution démographique, on dénombre au moins 80 départements et 19 SROMS abordant dans leurs orientations cette question. Le département de l'Yonne développe une véritable stratégie sur ce point en élaborant 7 fiches actions.

le thème de la qualité :

Tous les schémas (départements et régions) abordent la question de la qualité sous différents angles ; ce qui se traduit par la mise en œuvre de projets et actions relevant de quatre domaines et niveaux distincts⁸⁶ :

- Des schémas mettent l'accent sur la qualité de *l'accompagnement de l'utilisateur* par des actions ciblant les outils de la loi 2002-2 que sont le conseil de la vie sociale⁸⁷, le projet personnalisé⁸⁸ mais aussi des actions techniques telles que la prise en charge de la douleur⁸⁹ ou la préparation à la sortie d'hospitalisation⁹⁰, voire l'accompagnement à la fin de vie⁹¹.
- Des schémas abordent la question de la qualité sous l'angle de la *prévention et gestion du risque* avec des pistes d'actions concernant la mise en œuvre d'outils ou de procédures divers : protocoles de signalement, référentiel qualité, signature de conventions d'objectifs, guide de tarification, règlement de fonctionnement, charte de la Bienveillance...
- Des schémas souhaitent renforcer la qualité de la prestation rendue à l'utilisateur par des actions *d'inspection et de contrôle* lors de projets de reconstruction, de rénovation et de mises aux normes architecturales afin d'assurer la sécurité des personnes accueillies mais aussi par des actions *d'évaluation internes et externes* de l'offre de services.
- Enfin, pour l'ensemble des départements, la *formation du personnel* (voir la thématique à ce sujet) et la structuration d'une politique *de gestion des ressources humaines* sont les garants de la qualité de l'offre d'accompagnement des personnes à domicile ou en établissement.

le thème de l'accessibilité :

L'accessibilité financière est posée, par l'ensemble des schémas, sauf pour les SROMS des régions Languedoc-Roussillon et Picardie où il n'y a aucune information à ce sujet, en termes de constat.

Pour une grande partie des départements, la thématique de l'accessibilité est abordée soit sous l'angle de la dimension citoyenne - accès aux sports, loisirs, mobilité et transport ⁹² ; soit sous l'angle économique et financier de la prise en charge⁹³.

Concernant ce dernier point, cette thématique est intégrée par les schémas dans des actions :

- pour les services d'aide à domicile, sous l'angle des services prestataires (CESU, Conventionnement, tarification) et l'A.P.A.
- pour les établissements, sous l'angle de la réforme de la tarification, le Plan départemental d'aide à l'investissement, l'habilitation de l'établissement à l'Aide Sociale, et la convention tripartite.

A ce stade du développement des schémas, l'accessibilité est traitée en termes de constat et de pistes de réflexion plutôt qu'en termes de propositions concrètes pour faciliter l'accès des personnes âgées aux différents services et établissements dont ils auraient besoin. D'autant qu'il est constaté que les freins majeurs à la prise en charge des personnes âgées, dont les personnes âgées les plus dépendantes, en établissement sont les aspects financiers.

⁸⁶ Les départements nommés parmi plusieurs autres ci-après portent une action dont l'intitulé est explicite et précise au regard du thème.

⁸⁷ Gard, Essonne, SROMS Région Pays-de-la-Loire

⁸⁸ Dordogne, Meurthe-et-Moselle, Vaucluse

⁸⁹ SROMS Région Picardie

⁹⁰ Haut-Rhin

⁹¹ SROMS Région Aquitaine

⁹² Corrèze, Jura

⁹³ SROMS Aquitaine, et départements du Doubs, du Finistère, de l'Indre, du Pas-de-Calais, des Hautes Pyrénées, du Tarn

Le public :

Les orientations et fiches-actions s'adressent principalement aux personnes âgées et personnes âgées dépendantes mais, dans certains schémas où la problématique est convergente, ces actions ciblent aussi les personnes handicapées vieillissantes (PHV) dont les retraités d'ESAT ainsi que les personnes handicapées vieillissantes vivant avec leurs parents âgés.

Les départements proposent parfois des actions précises pour les publics identifiés avec des problématiques associées à l'avancée en âge telles que les troubles psychiques, les personnes âgées désorientées, les publics atteints de la maladie d'Alzheimer.

3.2 - L'offre

Les services :

L'offre de services d'aide à domicile et de soins fait l'objet d'une thématique traitée dans le cadre de cette synthèse (cf. Chapitre II.2. Soutien à domicile et adaptation de l'habitat). Nous nous contenterons ici d'énoncer quelques propositions innovantes.

• Les services d'aide à domicile :

Dans cette thématique, très peu de départements proposent de renforcer le développement des dispositifs existants en matière d'aide à domicile, services de portages de repas, téléassistance, ou télé alarme. Les 8 schémas et 3 SROMS dénombrés se positionnent plutôt sur l'élargissement et l'expérimentation de la palette de services à domicile par des formules innovantes de garde itinérante ou de service de nuit⁹⁴.

• L'offre sanitaire :

Exceptés les départements de la Vienne, du Doubs et de la Vendée qui abordent la question des places en SSIAD ou en SPASAD, ce sont les schémas des régions Aquitaine, Auvergne, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais qui envisagent la consolidation des SSIAD et le développement des SPASAD et de l'HAD dans une visée de maintien le plus longtemps possible de la personne âgée à son domicile.

Les établissements

• L'offre d'hébergement complet

L'ensemble des départements poursuit les efforts de structuration de l'offre d'hébergement et d'équipement sur leur territoire.

Ainsi, pour 12 départements et le SROMS de Corse, l'augmentation de la capacité d'accueil en EHPAD est une action importante pour arriver à un taux d'équipement satisfaisant. Une fiche-action est consacrée à la mise en œuvre de création de places supplémentaires. Parmi ces derniers, le département de la Haute-Vienne fait une proposition précise « *Renforcer et adapter la capacité départementale en hébergement pour personne âgée par l'extension de 300 places et la création de 700 places sur la période 2007-2015* ».

• Les unités spécifiques en EHPAD (PASA, UHR, accueil d'urgence)

Les nouveaux dispositifs portés par le Plan Alzheimer, à savoir les PASA et les UHR, sont intégrés de façon explicite dans au moins 13 départements et 12 SROMS par des fiches-actions abordant nommément l'augmentation ou la création de places dédiées à l'accueil des personnes âgées atteints d'Alzheimer.

Pour d'autres départements, des orientations et fiches actions concernent aussi l'adaptation des EHPAD à l'accueil des publics spécifiques ; personnes âgées atteintes d'Alzheimer mais aussi personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées avec troubles psychiques, personnes en fin de vie. L'intitulé des actions est moins explicite alors et se résume à la formulation suivante « *Création d'unités spécifiques* » ou « *Dispositif d'accueil d'urgence pour publics spécifiques* » sans mention plus précise sur la typologie du public à accueillir et sans données chiffrées d'une programmation de places, mais que nous avons pris en compte pour cette synthèse⁹⁵ (22 départements).

De manière générale, on voit apparaître dans ces fiches-actions, la volonté des départements de promouvoir un accueil de plus en plus adapté aux publics fragilisés au sein de l'établissement par la création de petites unités de vie identifiées.

⁹⁴ Aude, Jura, Pas-de-Calais, Loir-et-Cher, Territoire de Belfort, Haute-Vienne, Cantal, Corrèze, SROMS Région Bourgogne, SROMS Région Limousin, SROMS Région Pays-de-la-Loire

⁹⁵ Ardennes, Aude, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Charente, Corrèze, Côte-d'Or, Doubs, Finistère, Gironde, Indre-et-Loire, 41, 44, 50, 51, 53, Loir-et-Cher, Hautes Pyrénées, Haut-Rhin, Saône-et-Loire, Paris, Tarn, Var.

• Les USLD

Le SROMS région Aquitaine, le département du Territoire de Belfort et la Creuse proposent dans leur schéma une action concernant le développement de ces unités intégrées dans un service hospitalier.

• Les logements foyers et autres petites unités de vie

- Ces formules intermédiaires entre le domicile et l'hébergement collectif sont intégrées dans 18 schémas. Ces départements envisagent de faire évoluer ces établissements vers d'autres statuts (EHPAD notamment) pour pouvoir construire une offre adaptée.
- Les MARPA : les départements de l'Indre, la Marne, les Pyrénées-Orientales et le Pas-de-Calais ont choisi de développer une offre complémentaire ciblée et adaptée au milieu rural par la création de MARPA. Promues par la MSA, ces petites unités de moins de vingt-cinq places, non médicalisées, proposent des logements privés avec des espaces collectifs. Elles permettent aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur environnement familial, et éviter ainsi l'éloignement géographique lié à une entrée en maison de retraite.
- Les nouvelles formules d'habitat adapté :

Au moins 10 schémas⁹⁶ proposent d'expérimenter ou de créer des formules innovantes d'habitat dénommées sous différents concepts comme les résidences adaptées (Eure-et-Loir), l'habitat groupé (Finistère), la maison ouverte (Ille-et-Vilaine), les logements adaptés intergénérationnels (Indre, Territoire de Belfort, Essonne), le domicile partagé (Morbihan), le logement adapté intégré « Les Octaves » (Nord), la maison de vie (Vendée), la Maison d'accueil Familial (Vienne).

Le principe retenu dans ces projets d'expérimentation est celui du « Vivre et habiter ensemble », avec une offre de logement alliant espace privé et espace de mutualisation de biens et de services dans une dimension, pour certains projets, d'une entraide intergénérationnelle (personnes âgées, étudiants par exemple).

On pourra noter les départements de l'Essonne, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne, la Creuse, le Sarthe, la Somme et les Hautes-Alpes qui ont aussi une action concernant le développement de logements intergénérationnels et/ou structures innovantes sans toutefois être plus précis dans l'intitulé de ladite action. Seul le département de la Gironde propose une action sur l'expérimentation d'une structure d'hébergement permettant l'accueil des personnes handicapées vieillissantes et leurs parents âgés.

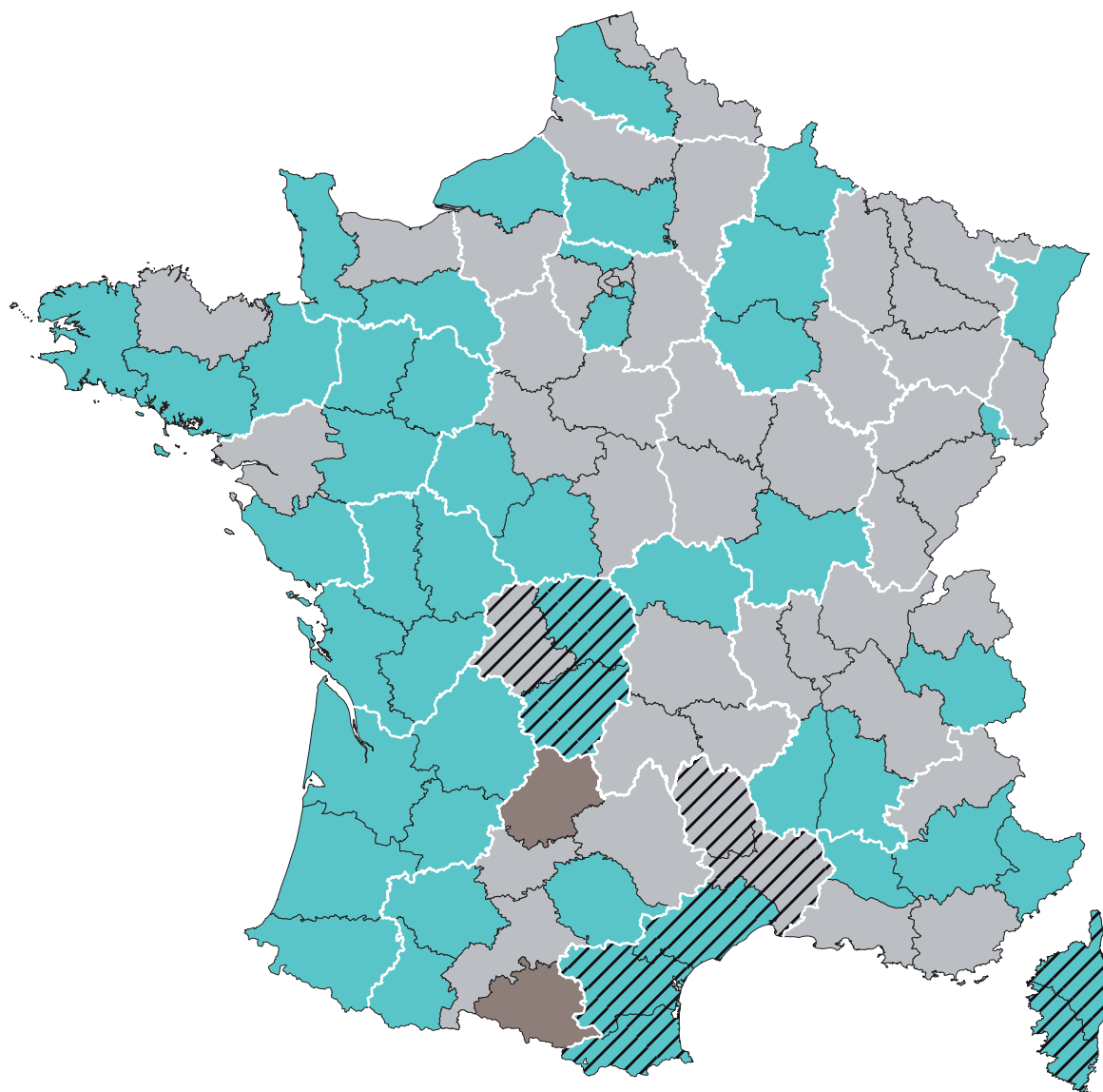
LES ALTERNATIVES A L'HEBERGEMENT PERMANENT EN EHPAD

- **L'accueil familial** : un développement croissant et important.

En complémentarité avec les offres d'aide à domicile et d'accueil en établissements on retrouve pour au moins 49 départements et 3 SROMS (Corse, Languedoc-Roussillon, Limousin) des propositions de développement de l'accueil familial.

Cette formule alternative entre le domicile et la prise en charge en établissement se développe particulièrement dans les départements de l'Ouest français (voir la carte). Par ailleurs, le déploiement de cette offre correspond à des besoins de la population vivant plutôt en zones rurales et/ou semi rurales permettant ainsi de maintenir les personnes âgées dans leur environnement familial et éviter les changements en termes d'habitudes de la vie quotidienne.

⁹⁶ Sont identifiés et cités les départements avec un intitulé explicite au regard du thème « Habitat groupé »



dans les schémas CG dans les SROMS

pas de fiche action

fiche action

schéma pas étudié

évoqué

pas évoqué

Cartographie : pôle ERO ; fonds Artique - Source : enquête ANCREAI

• Les solutions de répit : accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, plateforme de répit

Pour au moins 59 départements et 11 SROMS⁹⁷ la question de la diversification des modes d'accueil se traduit par le développement de solutions de répit telles que l'accueil de jour, l'accueil de nuit, les plateformes de répit ou l'hébergement temporaire qu'elles soient autonomes ou adossées à une structure existante.

⁹⁷ Régions Alsace, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Champagne – Ardenne, Corse, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Paca

CONCLUSION :

La diversification de l'offre médico-sociale auprès des personnes âgées s'organise autour de deux types d'offres - le service de l'aide à domicile et l'accueil en établissement - avec pour chacun d'eux des solutions multiples.

Pour le premier, cet effort de diversification se traduit par un accroissement des activités, des différents services et dispositifs de maintien à domicile avec une prise en compte des réalités des aidants naturels. Les actions innovantes déployées comme les équipes mobiles, ou le baluchonnage (par exemple) visent à être au plus près de la demande et des besoins de la personne et arrivent en soutien des proches et aidants.

Pour le second, se dessine une structuration du dispositif d'hébergement avec une médicalisation soutenue des lits de maisons de retraite et de logements foyers non médicalisés et la création de nouvelles places. De plus, prendre en compte le projet de vie des personnes accueillies en établissement implique de faire face aux temporalités singulières et individuelles dans un espace institutionnel. Il s'agit ainsi de réfléchir à l'évolution de l'établissement face à l'enjeu d'adaptation aux problématiques et besoins des publics spécifiques accueillis par des solutions innovantes, de créations de places et d'unités spécifiques, d'un service d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire autonome ou adossé à l'établissement.

Pour autant, si nous pouvons faire le constat qu'il existe une palette de services et d'offre d'hébergement répondant de manière satisfaisante aux besoins des personnes, il reste à étudier les conditions de réussite à l'accessibilité de cette offre. En effet, les premiers freins à l'entrée en établissement demeurent le coût et le critère principal de choix des personnes pour un établissement reste le prix. Même si cette question a été évoquée dans certaines orientations, nous n'avons pu repérer de propositions concrètes pour étudier les possibilités de réduire les contraintes financières et le reste à charge. Nous pouvons penser que cette thématique, qui représente actuellement une limite au déploiement de l'offre médico-sociale sur le territoire, sera certainement évoquée dans la prochaine génération des schémas.

4. PARCOURS DES SOINS DE LA PERSONNE

La thématique de l'accès aux soins relevant de l'ARS et non du Conseil général, il est logique de ne pas la voir apparaître comme une orientation dans les schémas gérontologiques. Pour autant, elle est présente en filigrane dans certaines fiches actions dans la mesure où les conseils généraux peuvent solliciter les acteurs concernés.

Ce qui est pertinent dans l'analyse nationale est de repérer les **cohérences, complémentarités ou éventuels écarts** entre les schémas des départements et ceux de l'Agence Régionale de Santé.

4.1 - L'accès aux soins dans les schémas départementaux

En ce qui concerne les départements, ceux-ci mettent en avant, par ordre décroissant, **cinq axes de travail**

- Le développement des places en SSIAD
- La participation à la coordination sanitaire et médico-sociale et aux filières gériatriques
- L'accès aux dispositifs territoriaux de soins somatiques et psychiques
- La médicalisation des établissements d'hébergement
- L'attraction des professions de santé

4.1.1 - Le développement des places en SSIAD

En lien avec l'orientation stratégique du *soutien au choix de vie à domicile* (94% des schémas), les départements dans leur grande majorité souhaitent le développement des SSIAD par l'ARS, en coordination parfois avec le développement des SAD dont ils ont la responsabilité, et des SAMSAH, lorsque nous sommes dans un schémas « Autonomie », dans le cadre de plates-formes de services.

A titre d'illustration, en Bretagne, trois départements (les Côtes-d'Armor, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan) demandent le développement des SSIAD sur leur territoire, ainsi que trois départements du *Centre*, la *Marne* en *Champagne-Ardenne*, les départements de *Franche-Comté*, la *Vendée* et la *Mayenne* en *Pays-de-la-Loire*, la *Charente-Maritime* et la *Vienne* en *Poitou-Charentes*, les départements de *Rhône-Alpes* et de *Île-de-France*.

4.1.2 - La participation à la coordination sanitaire et médico-sociale et aux filières gériatriques

Nous retrouvons ce souci de coordination entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire dans les schémas départementaux de **plus de la moitié des régions** investiguées (11 sur 20)

En **Alsace**, les deux départements entendent inscrire leurs actions PA dans le cadre des services de santé existants en lien avec l'ARS.

En **Bourgogne**, la Nièvre vise à « accompagner la structuration des réseaux de santé personnes âgées sur l'ensemble du département », alors que la Saône-et-Loire préconise de « *décloisonner le sanitaire et le médico-social (en mettant en œuvre des stratégies de mutualisation et de coopération)* » et que l'Yonne entend généraliser l'utilisation du dossier d'admission médical réfléchi par le collège des gériatres au niveau départemental.

En **Champagne-Ardenne**, la Haute-Marne entend « définir les modalités opérationnelles d'entrée et de sortie de l'hôpital en développant la coordination et en decloisonnant les secteurs sanitaire et médico-social afin d'assurer la continuité des prises en charge entre l'hôpital, le domicile, l'établissement.

Les départements de **Franche-Comté** souhaitent tous développer l'articulation entre le médico-social et le sanitaire et le Territoire de Belfort souhaite de plus « *généraliser une coopération plus formalisée avec le secteur psychiatrique* ».

Dans le **Limousin**, on retrouve dans tous les schémas les objectifs suivants :

- une meilleure *coordination des acteurs et des secteurs d'intervention* afin de coordonner les trajectoires transversales, promouvoir la démarche de soins infirmiers (DSI), développer les complémentarités domicile/institution et faciliter la mutualisation de professionnels (orthophoniste, psychomotriciens, etc.)...
- un développement de nouveaux outils ou dispositifs pour optimiser la coordination des services : *système d'information partagée ; plateforme de services*...

En **Picardie**, l'Oise, dans le cadre de son schéma Autonomie, insiste sur la formalisation du partenariat entre le secteur médico-social et le **secteur psychiatrique** :

- Développer en intersectoriel les équipes mobiles adultes **psychiatriques** à destination des EHPAD et établissements pour personnes handicapées
- Sécuriser les admissions en EHPAD de personnes handicapées psychiques après hospitalisation
- Associer les personnels des CMP aux équipes pluridisciplinaires préparatoires de la CDAPH

En **Poitou-Charentes**, la Charente-Maritime et la Vienne souhaitent développer la coordination et la continuité du parcours de soins de la personne.

En **Île-de-France** et en **Rhône-Alpes**, tous les départements souhaitent améliorer l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social

En **Midi-Pyrénées**, la coordination indispensable à assurer une continuité et une cohérence de parcours pour la personne âgée est *un enjeu fort* pour les territoires de proximité. En Haute-Garonne, les **conventions** entre EHPAD et secteur sanitaire existent mais *doivent être renforcées* ; avec les SAD, elles sont encore très nettement insuffisantes. Le schéma départemental estime que la mise en place de plafonnements des dotations soins laisse augurer d'un recul de la médicalisation des établissements et de difficultés rapides quant à la qualité de prise en charge des personnes hébergées. Dans le Gers, il s'agit d'assurer *la continuité de l'accompagnement sanitaire et social* de la personne âgée.

Pour les Alpes-de-Haute-Provence (PACA), il s'agit de « favoriser l'évolution des missions de prise en charge des personnes âgées par les établissements et notamment les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux ».

Pour le Var, par contre, il s'agit entre autres d'*identifier les structures les plus en difficulté et les types de problématiques liées au soin, de réfléchir à la création d'équipes mobiles ou de services ambulatoires ; enfin, le schéma précise que les CLIC ont une action prioritaire en matière de préparation et de suivi des sorties d'hospitalisation*

4.1.3 - L'accès aux dispositifs territoriaux de soins somatiques et psychiques

Nous retrouvons dans les fiches-actions la facilitation de l'accès aux services de soins dans au moins **quatre régions** investiguées et une **quinzaine** de départements

En Aquitaine, l'amélioration de la construction des parcours des personnes âgées et de la prise en charge de la globalité de leurs besoins *passer par une facilitation de leur accès aux soins* de santé courants et de santé psychique. 4 départements sur 5 y font référence, en insistant sur les diagnostics des démences, l'articulation CLIC/réseaux de santé, la prise en compte des pathologies somatiques ou la lutte contre la désertification médicale (Pyrénées-Atlantiques).

En Languedoc-Roussillon, 4 départements sur 5 font référence à l'accès des personnes âgées aux services de santé. Dans le *Gard*, il s'agit de « favoriser un accès de proximité aux soins et aux prises en charge » ; dans l'*Hérault*, de poursuivre le dispositif de solidarité départementale dans l'accès aux soins des personnes âgées ; dans les *Pyrénées-Orientales*, de renforcer l'accès du public à tous les dispositifs de prévention santé : médiation Santé, accompagnement du vieillissement.

En Lorraine, le département des *Vosges* souhaite faciliter l'accès aux soins dentaires, audioprothèses et pédicurie.

En Rhône-Alpes, il s'agit d'informer les personnes handicapées sur les lieux de soins (exemple dans le département du *Rhône* avec *l'annuaire ressources santé*).

4.1.4 - La médicalisation des établissements d'hébergement

Nous avons recensé onze départements souhaitant renforcer la médicalisation de leurs établissements pour personnes âgées, hors Alzheimer. Ce chiffre nous paraît sous-estimé.

Le schéma départemental de *Saône-et-Loire* (Bourgogne) entend *renforcer la médicalisation de la prise en charge à travers la mobilisation des crédits de l'assurance maladie, et renforcer le ratio de personnels, conjointement avec les crédits soins, pour les établissements à fort GMP et PMP.*

Le département de l'*Aube* (Champagne-Ardenne) a une fiche action intitulée « Adaptation et évolution des EHPAD : poursuivre l'adéquation entre les besoins de la personne âgée et le service rendu par les foyers-logements *notamment en matière de soin* ; améliorer la qualité de la prise en charge au travers de guides de recommandations. »

La synthèse régionale des schémas départementaux en **Rhône-Alpes** fait ressortir comme axe de travail commun aux 8 départements le fait de « *Développer la dimension de soins dans les établissements* (dépistage, médicalisation de places, intervention d'équipe mobile dans les structures non médicalisées) » et « *Accroître le niveau de médicalisation des structures en fonction du GMP* ».

Enfin l'*Aveyron* (Midi-Pyrénées) interpelle l'Etat en demandant le financement impératif par l'Etat des lits autorisés qui restent sans attribution de moyens de médicalisation et poursuite des conventionnements.

4.1.5 L'attraction des professions de santé

Enfin plus de **dix schémas** départementaux font état de difficultés à attirer ou maintenir des personnels de santé sur leurs territoires.

En **Île-de-France**, pour 6 départements sur 8, un meilleur accès aux soins passe notamment par une meilleure *prévention* (sensibilisation des familles, actions de prévention et d'éducation de la santé), mais aussi en soutenant et favorisant l'*installation de professionnels* spécialistes sur les territoires, en mobilisant et soutenant les hôpitaux sur la mise en place d'équipes géranto-psychiatriques mobiles, en travaillant sur la coordination entre professionnels.

Le Conseil Général de la *Meuse* (Lorraine) a pris des mesures pour *préserver le maintien du personnel de santé* :

- Versement d'une bourse d'étude et de projet professionnel pour les étudiants en médecine
- Versement d'une aide financière pour la création de maisons de santé
- Versement d'une aide financière pour la création ou la rénovation de cabinets médicaux privés

Trois départements sur 6 de la région Centre entendent « *agir contre la pénurie de médecins sur les territoires* ».

La Charente-Maritime et la Vienne (Poitou-Charentes) veulent agir sur « la couverture médicale et paramédicale du territoire ».

4.2 - L'accès aux soins des personnes âgées dans les SROMS

En fait il serait plus juste de parler de l'accès aux soins des personnes âgées dans le Plan Stratégique Régional de Santé et dans le Plan Régional de Santé. Le plus souvent, le SROMS renvoie soit au Plan stratégique, soit au Schéma Régional de Prévention (SRP) et au Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).

A l'analyse, et malgré certaines tensions ici et là entre départements et Agences Régionales de Santé, il apparaît une assez grande cohérence entre les schémas départementaux et les SROMS. Ces derniers ont tenu compte des SDOMS et ont le plus souvent associé les départements à leurs réflexions.

Ainsi en **Île-de-France**, le SROMS, en lien avec le SROS, entend :

- Renforcer la *médicalisation des EHPAD* : Améliorer la prise en charge dans les EHPAD : renforcer la médicalisation, réaliser une étude régionale des taux d'encadrement en personnel de soins, présence infirmières de nuit, développement HAD, recours à la télémédecine, exploitation des évaluations externes
- Favoriser l'accès à l'offre de santé de *premier recours* de droit commun
- Maintenir l'offre existante en ULSD
- Sensibiliser les médecins à la maladie d'Alzheimer
- Améliorer la qualité de la *fin de vie à domicile* et en *établissements* : mieux définir rôles HAD, SSIAD, équipes mobiles,

En **Aquitaine**, le SROMS insiste sur la médicalisation des EHPAD, l'implantation des ESMS en fonction de l'équipement en soins sur les territoires.

En **Alsace**, si les deux départements ont la volonté de s'inscrire dans la logique ARS, on voit particulièrement dans cette région que c'est le SROMS qui apporte les réponses les plus précises, comme le prévoient les textes. Le SROMS insiste sur :

- la coordination des actions à domicile,
- le développement des SSIAD et des ESA,
- l'adaptation des EHPAD,
- la prise en compte des situations complexes,
- le renforcement des interventions extrahospitalières des équipes mobiles gériatriques,
- le développement des actions psychiatriques à domicile,
- le renforcement de la place des USLD dans la filière gériatrique
- et le renforcement des actions Alzheimer

En **Bourgogne**, le volet gérontologique du SROMS aborde la question de l'accès au soin comme un moyen de permettre aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur lieu habituel de vie (domicile ou EHPAD) et ainsi de **limiter les hospitalisations en urgence et/ou de favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation**. Par ailleurs, il met en avant les orientations de la partie hospitalière du **SROS** qui lui sont complémentaires et qui concernent (ou peuvent concerner) les personnes âgées.

- « Développer le recours à l'hospitalisation à domicile, aux équipes mobiles de gériatrie et aux équipes mobiles de soins palliatifs à domicile et en EHPAD, en recherchant les articulations entre ces différents intervenants ».
- « Promouvoir l'accès aux EHPAD des personnes nécessitant des dispositifs et des soins médicaux coûteux ou des prises en charge particulières (ex : personnes obèses) » ;
- « Promouvoir la télémédecine dans les zones fragiles en professionnels de santé pour favoriser le maintien des personnes à domicile ou en EHPAD en évitant notamment les hospitalisations non justifiées ».

En **Bretagne**, l'accès aux soins des personnes âgées n'est pas abordé en tant que tel dans le SROMS mais dans le volet transversal via la notion de parcours de soins et des filières gérontologiques (cf. coordination)

Dans le **Centre**, le SROMS s'est fixé comme objectif opérationnel n°2 de « Disposer d'une offre d'équipement médicalisée adaptée à l'évolution des besoins et des moyens » : il est ici question de l'engagement de financer, entre 2012 et 2014/2015, les dotations soins de 955 places d'EHPAD, 58 places d'HT, 85 places d'AJ et 65 places de SSIAD.

En **Corse**, le SROMS se fixe comme objectifs pour les personnes âgées de :

- Garantir *l'accès à la prévention et aux soins*
- Optimiser et renforcer l'organisation des SSIAD
- Favoriser les conventions EHPAD-structures sanitaires pour simplifier les parcours en cas de soins ou hospitalisation
- Renforcer les dispositifs d'anticipation des sorties de l'hôpital
- Accompagner et optimiser la médicalisation des EHPAD
- Assurer l'intervention d'équipes mobiles soins palliatifs et former les personnel EHPAD à l'accompagnement fin de vie

En **Lorraine**, le SROMS vise à :

- Améliorer l'accès au soin des personnes handicapées vieillissantes
- Organiser une offre graduée et de proximité adaptée à chaque situation
- Garantir à toute personne âgée *l'accessibilité à un diagnostic* ou une *évaluation gériatrique* adaptée à ses besoins
- Reconnaître la place des ESMS à destination des personnes âgées dans la filière gériatrique (équipes mobiles en EHPAD)
- Adapter l'offre sanitaire à destination des personnes âgées
- Coordonner les acteurs pour améliorer l'accès au soin
- Favoriser l'accès *aux soins dentaires* des personnes âgées
- Favoriser toute initiative destinée à développer *la télé médecine* en établissement accueillant les PA et/ou PH
- Développer et renforcer la coopération entre le secteur médico-social et la psychiatrie
- Accompagner les besoins spécifiques en matière de soins palliatifs et de lutte contre la douleur

Le **SROMS de Midi-Pyrénées** souhaite entre autres développer un réseau bucco-dentaire adapté aux personnes âgées

Enfin, le **SROMS de PACA** prévoit

- D'organiser territorialement l'offre médico-sociale PA : médicalisation des EHPAD, SSIAD en offre de proximité
- D'améliorer les parcours de santé et la qualité de prise en charge des besoins de santé des PA
- Un des axes opérationnels vise le renforcement des liens entre les professionnels de santé libéraux, les professionnels de santé EHPAD, les réseaux gériatriques. L'indicateur est le nombre de patients orientés CM/CLIC/MAIA/EHPAD...

5. PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

La thématique des personnes handicapées vieillissantes ou âgées est présente dans 34 schémas « personnes âgées ». Ce chiffre élevé s'explique notamment par le fait que leur avancée en âge amène un nombre croissant de personnes en situation de handicap à être accueillies dans des établissements du secteur gériatrique. Cette thématique figure même parmi les objectifs stratégiques ou grandes orientations de certains schémas gériatriques (c'est le cas par exemple pour l'Yonne et la Charente) ou a fait l'objet de groupes de travail spécifiques (Cantal, Yonne, Territoire de Belfort, Manche, Deux-Sèvres). En ce qui concerne les schémas conjoints « personnes handicapées – personnes âgées » type « autonomie » ou les schémas régionaux, il est parfois difficile de distinguer les actions qui concernent spécifiquement le vieillissement des personnes handicapées de celles qui concernent les personnes en situation de handicap de façon globale, dans une logique de parcours de vie. Nous avons fait le choix, pour l'analyse de cette thématique, de cibler les actions ou réflexions pour lesquelles il est fait mention qu'elles portent spécifiquement sur les personnes handicapées vieillissantes ou âgées. Précisons qu'il s'agit ici d'analyser la façon dont cette thématique est abordée dans les schémas et non de rendre compte des dispositifs mis en œuvre sur les territoires, ces derniers pouvant être envisagés dans le cadre des schémas « personnes handicapées » qui n'entrent pas dans le cadre de la présente analyse.

Connaissance de la population et de ses besoins

Majoritairement, et de façon commune à l'ensemble des schémas, le constat est fait d'un manque de connaissance de la population des « *personnes handicapées vieillissantes* » et de ses besoins tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Ce constat s'accompagne d'une volonté de combler ce déficit de connaissance : on peut citer à titre d'exemples le département de la Haute-Garonne qui souhaite « *identifier ce public* » ou celui du Bas-Rhin qui veut « *étudier et objectiver la problématique des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, migrants vieillissants et personnes âgées en rupture sociale)* ». Certains départements souhaitent obtenir une meilleure lisibilité sur le plan quantitatif, comme l'Yonne qui envisage un recensement du nombre de personnes concernées auprès des services d'aide à la personne, des établissements pour personnes âgées et des établissements pour personnes handicapées, ou le Rhône ou la Haute-Savoie qui déplorent une méconnaissance du nombre de personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile. D'autres départements affichent une volonté de mieux cerner les besoins des personnes afin d'améliorer leur prise en charge : on citera le département de la Marne qui souhaite « *réaliser un cahier des charges sur les attentes en matière de prise en charge* ». Le département de la Drôme, partant du constat d'une diversité des situations et de la nécessité, par conséquent, d'envisager une diversité de réponses, propose de mettre en place « *une observation permanente* » par la MDPH et les acteurs de proximité.

Les modes de réponses existants sur les territoires

Les schémas n'affichent pas d'état des lieux précis de l'offre, et les réponses existantes transparaissent plutôt à travers le constat général d'un manque : par exemple le schéma « *autonomie* » de la Drôme précise que « *les perspectives démographiques s'agissant de cette population restent préoccupantes malgré la création (réalisée ou en cours) de 60 places spécifiques adossées à des foyers de vie ou foyers d'accueil médicalisés durant le précédent schéma et l'adaptation progressive de l'offre aux personnes handicapées vieillissantes dans d'autres structures* ». Le SROMS d'Auvergne affiche également sa volonté de « *poursuivre l'installation d'unités spécifiques adossées aux établissements et services médicosociaux – EHPAD, FAM, MAS et de poursuivre le développement des services qui permettent le maintien à domicile* ». Certains schémas affirment vouloir mieux cerner cette question : c'est le cas notamment de la Mayenne qui envisage d'« *explorer la problématique du vieillissement des personnes handicapées* » en procédant à un inventaire de l'existant, un recensement d'expériences et la production de recommandations.

Les propositions formulées

On retrouve, quel que soit le type de schéma, des propositions d'ordre très général. Ces dernières sont nombreuses et nous n'en citerons que quelques-unes à titre d'exemples : « *réfléchir aux réponses à construire pour les personnes âgées présentant des troubles psychiques et les personnes handicapées vieillissantes* » (Haut-Rhin), « *offrir des solutions d'hébergement adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes* » (Gironde), « *adapter l'offre à l'accueil de personnes handicapées âgées* » (Loir-et-Cher).

En ce qui concerne **la création de structures**, les projets mentionnés dans les schémas gérontologiques portent essentiellement sur un accueil en EHPAD et le plus souvent sous forme d'unités dédiées. Sur ce point, le département de Haute-Savoie précise qu'il est nécessaire d'élaborer un projet spécifique et de bénéficier de ratios d'encadrement suffisants en personnel formé. Certains départements préconisent cette forme d'accueil mais proposent également d'autres types de solutions : par exemple l'Ain envisage de créer une structure spécifique pour les personnes handicapées vieillissantes et de réserver l'accueil en EHPAD pour les personnes handicapées les « *plus âgées ou avec un handicap lourd* ». L'Ardèche préconise également d'étudier l'opportunité de spécialiser certains EHPAD, d'intégrer la problématique du vieillissement dans les projets de SAVS et d'étudier la création d'une structure d'hébergement pour adultes handicapés. Les propositions formulées dans les schémas conjoints portent également sur l'accueil en EHPAD mais peuvent viser l'ensemble des établissements et services : par exemple le Rhône envisage de créer des places d'urgence dans chaque établissement et de créer des structures particulières (accueil de jour et accueil temporaire, unités spécifiques en EHPAD et en foyers d'hébergement, SAMSAH et SAVS spécialisés qui pourraient intervenir au domicile et en EHPAD, unités de vie dans des établissements existants). Au niveau des SROMS, on retrouve le projet de création d'unités dédiées en EHPAD mais aussi en MAS et FAM, la médicalisation de places de foyers de vie et le développement de places de SSIAD et de SAMSAH.

Les projets de structures portent donc essentiellement sur le développement d'unités dédiées, principalement en EHPAD mais aussi, à un moindre niveau, dans d'autres catégories d'établissements, et sur le développement de services pouvant intervenir en établissement et à domicile. Il peut s'agir de créations ou de développements. Un seul schéma, celui de Midi- Pyrénées, envisage **le redéploiement de places** de foyers d'hébergement en places dédiées en foyers de vie. Le développement de **places d'accueil de jour et d'accueil temporaire** notamment dans les établissements du secteur gériatrique est largement souhaité.

De nombreux départements préconisent une meilleure **coopération entre les secteurs gérontologique et « handicap »**. Cette coopération peut être souhaitée sous forme de réflexion commune pour améliorer l'accompagnement des personnes, comme c'est le cas dans la Nièvre ou la Haute-Vienne, ou être envisagée sous la forme de centres ressources qui favoriseraient l'interconnaissance des acteurs, le partage et la mutualisation des outils et des compétences (Corrèze). Plusieurs départements (Haute-Vienne, Deux-Sèvres, Ardèche) souhaitent que cette coopération soit formalisée par des conventions.

Différents **dispositifs transversaux** sont envisagés et visent principalement à permettre un accompagnement conjoint entre services et établissements : faciliter l'intervention des SSIAD et des services à domicile dans des établissements d'hébergement du secteur du handicap (Côte-d'Or), développer l'accompagnement des personnes en EHPAD par un SAVS (Côte-d'Or, région Languedoc-Roussillon), développer l'accompagnement des SAVS et des SAMSAH en EHPAD (Corrèze). D'autres types de dispositifs sont préconisés : le département de la Loire veut mettre en place une équipe unique d'évaluation des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées « *afin de favoriser la convergence* », la région Nord – Pas-de-Calais souhaite « *décloisonner les dispositifs afin de permettre des mouvements du secteur du handicap vers celui des personnes âgées* » et permettre l'accueil temporaire en EHPAD pour des personnes accueillies en foyer de vie ; enfin, la Corrèze envisage la création d'un « *dispositif de l'autonomie* » et la mise en place de plates-formes de services.

Des dispositifs transversaux peuvent aussi être envisagés sous la forme d'**expérimentations** : par exemple l'Yonne souhaite expérimenter un accueil de jour en foyer de vie pour des personnes handicapées vieillissantes hébergées en EHPAD. Certaines expérimentations sont envisagées dans un objectif de décloisonnement des dispositifs et des financements : ainsi le Territoire de Belfort souhaite « *étudier et expérimenter des solutions nouvelles pour des financements décloisonnés entre soin, hébergement, accompagnement social, prise en compte de la dépendance avec une recherche de cohérence entre les dispositifs liés au handicap et à la gérontologie* ». Le département de la Loire envisage d'expérimenter et de développer « *des logements alternatifs répondants aux besoins de publics âgés spécifiques* » dont les personnes handicapées vieillissantes.

Il apparaît toutefois que la majorité des projets expérimentaux vise **les aidants familiaux** des personnes handicapées vieillissantes par la création de structures d'hébergement permettant leur accueil conjoint (Vendée) ou à proximité (Gironde) ou par la création de structures de répit et le développement de places d'accueil temporaire (Limousin) ; le département de l'Oise envisage « *des expérimentations innovantes pour répondre à la double prise en charge des personnes handicapées et de leurs parents vieillissants* ». Outre ces structures expérimentales, plusieurs schémas préconisent des actions en direction des aidants familiaux de personnes handicapées vieillissantes et le plus souvent de leurs parents âgés. Ces actions concernent très majoritairement le développement de l'offre de structures de répit (accueil de jour, accueil temporaire) mais peuvent également, comme c'est le cas pour les régions Aquitaine et Lorraine, viser à améliorer l'accompagnement des aidants. Deux autres départements, l'Allier et le Rhône, souhaitent améliorer l'accès à l'information pour les familles ; sur ce point, l'Allier souhaite mettre en place un dispositif permettant à un aidant en difficulté d'identifier plus facilement les partenaires ressources sur son territoire. Le département de Haute-Garonne souhaite également mettre en place un dispositif qui permette d'anticiper les situations d'urgence liées au vieillissement des aidants familiaux.

Plusieurs départements préconisent le recours à **l'accueil familial**. Le département des Deux-Sèvres souhaite développer l'accueil familial en direction des personnes handicapées vieillissantes et également le relais de ces familles d'accueil en établissement pour personnes âgées sous la forme de « *garde de répit* ». Il peut également être question de former les accueillants familiaux à la problématique du vieillissement (Creuse).

Les projets de **formation** s'adressent tant aux professionnels des établissements qu'à ceux des services et ce, dans les deux secteurs : il s'agit de former au vieillissement les professionnels du secteur « *handicap* » et de former au handicap les professionnels du secteur gériatrique. On retrouve, à travers la question de la formation des professionnels, une volonté de coopération et de décloisonnement des secteurs « handicap » et gériatrique. Ainsi certains départements préconisent des échanges réciproques (Pyrénées-Atlantiques) ou des formations décloisonnées (Corrèze) entre professionnels des deux secteurs. La Lorraine souhaite également former les professionnels de santé libéraux au handicap afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes.

D'autres propositions sont formulées pour faciliter **l'accès aux soins** des personnes handicapées vieillissantes. Il s'agit principalement de médicaliser des places de foyer de vie ou de foyers occupationnels afin de répondre à l'augmentation des besoins de soins liée à l'évolution des pathologies somatiques avec l'avancée en âge ou, comme nous avons pu le voir à travers la question des dispositifs transversaux, de favoriser l'intervention de services type SSIAD ou SAMSAH dans des établissements d'hébergement pour personnes handicapées ou pour personnes âgées. La région Lorraine aborde la question de l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes de façon plus large : elle préconise d'améliorer les conditions d'hospitalisation, l'accès aux urgences, aux soins de suite, à la prévention et aux consultations spécialisées et de mettre en place un référent médical par établissement.

Adaptation, décloisonnement et assouplissement des dispositifs

L'analyse de la thématique « *vieillesse des personnes en situation de handicap* » dans les schémas gériatriques ou « *autonomie* » donne à voir que les modes d'accompagnement envisagés pour répondre à l'évolution des besoins des personnes handicapées au fil de leur avancée en âge s'inscrivent principalement dans une **logique d'adaptation de l'existant et de décloisonnement et d'assouplissement des dispositifs**. Comme nous avons pu le voir, de nombreux schémas préconisent une collaboration voire un décloisonnement des dispositifs « *personnes âgées* » et « *personnes handicapées* ». **La notion de projet** est récurrente : plusieurs schémas (Nièvre, Yonne, Hérault, Midi-Pyrénées, Marne, Pays-de-la-Loire) soulignent la nécessité d'élaborer des projets spécifiques à ce public tant dans les établissements que dans les services, et tant dans le secteur du handicap que dans le secteur gériatrique ; d'autres départements, comme la Côte-d'Or, la Haute-Saône ou la Drôme, soulignent l'importance de tenir compte du **projet individuel** des personnes, de leurs souhaits et de leur environnement. Plusieurs départements souhaitent également proposer des solutions d'accompagnement qui tiennent compte du **parcours de vie** des personnes, comme par exemple le Loiret qui préconise de « *veiller à la continuité du parcours de vie de la personne handicapée vieillissante* » ou le Territoire de Belfort qui envisage d'« *étudier des solutions souples d'accompagnement ou de structures intermédiaires ou adaptées, au sein de l'existant, pour faciliter les parcours de vie et la transition entre les champs du handicap et de la gériatrique* ». La nécessité de disposer d'une **palette de réponses diversifiées** sur les territoires est également présente dans plusieurs schémas. **L'assouplissement des dispositifs**

est préconisé sous différentes formes : assouplir les procédures administratives (Corrèze), permettre le maintien des personnes en foyers d'hébergement au-delà de 60 ans (Languedoc-Roussillon), assouplir le fonctionnement des structures d'accueil (Rhône). Dans la même idée, le SROMS de Lorraine souhaite donner aux personnes la possibilité d'expérimenter certains dispositifs afin de pouvoir bénéficier d'un « *droit à l'erreur* ». Notons, enfin, que ces projets d'adaptation, de décroisement et d'assouplissement s'inscrivent tant dans le secteur « *handicap* » que dans le secteur gériatrique, ils visent tant les établissements que les services et s'adressent aux personnes vivant en établissement (de l'un ou l'autre de ces secteurs) comme aux personnes vivant à domicile. On peut s'étonner, toutefois, que la thématique des personnes handicapées vieillissantes soit abordée quasi exclusivement de façon globale, sans prise en compte de la spécificité des différents types de handicap.

CONCLUSION :

La thématique des « personnes handicapées vieillissantes » est présente dans un nombre important de schémas « personnes âgées », notamment parce que leur avancée en âge amène de plus en plus de personnes handicapées à être accompagnées par des structures relevant du champ gériatrique. La majorité des schémas déplore un manque de connaissance de cette population tant sur le plan qualitatif que quantitatif mais affiche également sa volonté d'améliorer cette connaissance.

Les projets à destination des personnes handicapées vieillissantes s'orientent majoritairement sur l'accueil en EHPAD et très largement en unités dédiées au sein d'EHPAD. Ils peuvent aussi viser l'ensemble des établissements et services médicosociaux pour lesquels il est préconisé d'intégrer la problématique du vieillissement dans leurs projets.

Différents types d'actions sont prévus à destination des aidants familiaux de personnes handicapées vieillissantes, et plus particulièrement des parents âgés. Ces actions sont souvent pensées dans le cadre de l'expérimentation et peuvent concerner tant l'hébergement (notamment l'accueil conjoint) que le droit au répit ou l'accès à l'information. Le recours à l'accueil familial pour les personnes handicapées vieillissantes est également retenu dans un certain nombre de schémas et s'accompagne d'une volonté de former les accueillants à la thématique du vieillissement et de leur proposer des solutions de répit.

Globalement, on observe que les préconisations s'orientent principalement vers une meilleure coopération entre les différents secteurs et leur décroisement. Plusieurs dispositifs transversaux sont envisagés en ce sens, entre les secteurs de la gériatrie, du handicap et le secteur sanitaire mais également entre établissements et services : intervention de SSIAD et de services d'aide à domicile en établissements pour personnes handicapées, intervention de SAVS et SAMSAH en EHPAD... Cette volonté de décroisement et de coopération se retrouve aussi à travers la question de la formation des professionnels, qui peut être envisagée sous la forme d'échanges réciproques ou de « formations décroisées ». La formation des professionnels de santé au handicap est également présentée comme pouvant contribuer à améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes.

L'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées est donc envisagé principalement à travers une adaptation de l'existant tant dans le secteur du handicap que dans le secteur gériatrique et un décroisement et un assouplissement des dispositifs dans une logique de parcours de vie : il s'agit de favoriser la mise en place d'une palette de réponses diversifiées et adaptées à l'évolution des besoins des personnes, qu'elles vivent à domicile ou en établissement, et dans le respect de leur projet.

6. LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (MAMA) constituent le public « phare » des schémas départementaux ou régionaux.

Dès lors qu'une catégorie de personnes âgées est citée expressément et fait l'objet d'une attention ou d'action spécifique, les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer sont prioritairement visées. La terminologie « maladie d'Alzheimer » est employée assez communément pour désigner cette pathologie mais des variantes peuvent être relevées dans les schémas comme : troubles cognitifs et psycho-comportementaux, pathologie démentielle, personnes déambulantes en perte de repères atteints de troubles cognitifs sévères...

La référence au Plan Alzheimer est, en conséquence, une des constantes des schémas départementaux et plus encore régionaux. La programmation d'actions pour ce public se veut en cohérence avec les priorités et bien évidemment avec les enveloppes budgétaires prévues par ce Plan national. L'articulation des schémas avec le Plan est donc annoncée soit comme un principe d'action général, soit de façon plus précise quand il s'agit par exemple du développement d'une offre de répit, comme les places d'accueil temporaire et d'accueil de jour⁹⁸.

6.1 - Connaissance du public et évaluation des besoins

Afin d'élaborer leur schéma, les conseils généraux et les ARS ont conduit, pour la plupart, des travaux préalables sur la base de deux modalités :

- Valorisation de données et/ou études spécifiques
- Concertation pouvant prendre la forme de groupes de travail

6.1.1 - Valorisation de données et conduite d'études

Les données présentées dans les schémas visent essentiellement à présenter un état des lieux de l'offre existante et une estimation quantitative de la population concernée. Une identification des besoins ou des difficultés dans l'accompagnement des personnes atteintes de MAMA n'a été que plus rarement réalisée.

Valorisation de données

Le plus souvent, les départements présentent des données qui n'ont pas nécessité d'enquêtes spécifiques. Il s'agit avant tout de données quantitatives :

- Sur l'offre : la palette des réponses médico-sociales (parfois aussi sanitaires) destinées aux personnes atteintes de MAMA est présentée : nombre de places dédiées Alzheimer en EHPAD, accueil de jour / accueil temporaire, PASA, UHR, plateforme de répit, consultations mémoire, MAIA. Toutes les présentations départementales ne sont pas aussi complètes. Rarement, d'autres dispositifs peuvent être évoqués (ex : dans l'Yonne, le dispositif Columba : bracelet contre l'errance Alzheimer). Les SROMS présentant ces données se réfèrent, pour certains, à l'enquête annuelle sur les rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux dans le champ des MAMA⁹⁹.
- Sur les publics potentiellement atteints de MAMA en utilisant, de façon préférentielle, les données de prévalence de Paquid ¹⁰⁰, qui constituent vraiment la référence en la matière, souvent complétées avec des projections démographiques. D'autres données peuvent être mobilisées comme celles du PMSI ¹⁰¹ (SROMS de Bourgogne) qui permet donc un dénombrement en « grandeur nature » des personnes hospitalisées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore les ALD 15 ¹⁰² (SROMS Nord Pas-de-Calais). Certains schémas évoquent une valorisation de l'enquête EHPA en extrayant ce qui concerne les résidents avec MAMA (comme en Haute-Vienne).

Sur la base de ces données quantitatives, certains schémas font le rapprochement entre la population potentiellement atteintes et les places réellement offertes.

⁹⁸ Pour autant, on remarque des régions entières où cette nécessité d'articulation avec le Plan national Alzheimer n'est pas mise en avant, du moins de façon explicite (comme l'Auvergne ou l'Île-de-France).

⁹⁹ Depuis 2009, dans le cadre du suivi de la mesure n°1 du Plan Alzheimer, une enquête annuelle, conçue par la CNSA et la DGCS en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est réalisée auprès des établissements proposant des places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire. Depuis 2011, elle est étendue aux ESA, PASA, UHR. Cette enquête fait désormais partie du rapport d'activité dû par les structures au titre de l'AJ-HT

¹⁰⁰ L'étude Paquid (personnes âgées quid) est une cohorte populationnelle constituée en 1988 pour suivre à très long terme (depuis 25 ans) 3 777 sujets âgés de 65 ans et plus dans 75 villes et villages de Dordogne. L'objectif principal de Paquid est l'étude épidémiologique du vieillissement cognitif et fonctionnel en population générale, notamment l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

¹⁰¹ Programme de médicalisation des systèmes d'information

¹⁰² Affection de longue durée n°15 : Maladie d'Alzheimer et autres démences

D'autres éléments peuvent figurer dans ces états des lieux :

- Une présentation de l'offre de formation existante à destination des aidants (comme dans le SROMS de Franche-Comté)
- La référence à d'autres études pouvant apporter des enseignements sur cette problématique : nationales (données Inserm en Haute-Marne, rapport Gallez dans le Morbihan...) ou internationales (une étude suédoise citée en Charente¹⁰³).

Etude spécifiques

Ces études, très peu nombreuses, s'intéressent en priorité à la qualité/l'adéquation des prises en charge des personnes atteintes de MAMA. La contribution de France Alzheimer peut être relevée à plusieurs reprises.

A titre d'illustration : évaluation du dispositif d'accueil de jour dans le Nord, le reste à charge pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Pays-de-la-Loire...

6.1.2 - La concertation et les groupes de travail

Les groupes de travail mis en place associent les principaux acteurs concernés par les problématiques des personnes âgées (institutionnels, professionnels, gestionnaires, représentants d'utilisateurs...) qui participent à l'élaboration du diagnostic préalable à l'élaboration du schéma, voire à la formulation de préconisations visant à faire évoluer le dispositif et les pratiques.

Leur composition précise n'est pas toujours indiquée, notamment en ce qui concerne les représentants d'utilisateurs qui sont néanmoins associés à plus de 60% des schémas départementaux (France Alzheimer notamment).

Parmi les personnes âgées devant faire l'objet d'une attention et d'un accompagnement spécifiques se détachent, en premier lieu, celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Environ 30% des départements¹⁰⁴ ont opté pour la mise en place de groupes de travail exclusivement consacrés à ce public qui s'interrogent sur les solutions et les adaptations à mettre en œuvre (un article sera consacré à la prise en compte de ces personnes et de leurs proches dans la seconde partie de ce document).

Quelques remarques :

- Des variantes existent pour désigner ce public « personnes atteintes de démence », « personnes désorientées », « personnes souffrant de détérioration intellectuelle »
- L'intitulé de ces groupes est parfois assez généraliste : « la maladie d'Alzheimer », « la filière Alzheimer » ou au contraire plus ciblé « les unités Alzheimer dans les EHPAD » (Aube)
- L'axe 'amélioration' est souvent mis en avant dans l'intitulé de ces groupes
- La question des aidants est parfois explicitement incluse dans le questionnaire « la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle et de leurs aidants » (Cantal)

¹⁰³ Fratiglioni L, Forsell Y, Agüero-Torres H, Winblad B., "Severity of dementia and institutionalization in the elderly : prevalence data from an urban area in Sweden". Kungsholmen Project, Neuroepidemiology, 1994

¹⁰⁴ 20 départements sur les 63 pour lesquels on dispose de données complètes concernant la mise en place de tels groupes et les thèmes travaillés.

6.2 - Les axes stratégiques prioritaires

Chaque schéma se structure autour de 3 à 6 grands axes d'orientation, dits stratégiques. Dans l'ensemble, une grande cohérence au niveau de ces orientations d'un département ou d'une région à l'autre est observée même si ces orientations donnent lieu à des formulations différentes.

Les axes qui n'ont pas été mis en valeur à ce niveau se retrouvent souvent valorisés dans les propositions retenues à travers les fiches-actions (qui seront étudiées au point 3). Les priorités peuvent donc varier selon les départements mais comportent des points communs assez forts dans la déclinaison qui peut en être faite.

Les orientations stratégiques sont souvent exprimées autour d'objectifs tels que « favoriser le maintien à domicile » ou encore « adapter l'offre aux besoins des personnes » qui englobent l'ensemble des publics âgés quelle que soit leur problématique.

Néanmoins, certains départements ou certaines ARS ont souhaité cibler plus particulièrement les publics atteints de MAMA et les citent de façon explicite.

En outre, certaines priorités sont axées sur le développement **des solutions de répit** qui, certes, peuvent bénéficier à tous publics mais qui comportent une forte connotation Alzheimer en ce qu'elles ont été largement promues par le dernier Plan national Alzheimer 2008-2012.

Globalement, 43% des SROMS et 21% des schémas départementaux comportent au moins une orientation stratégique visant spécifiquement les publics concernés par la maladie d'Alzheimer (par contre, la quasi-totalité des schémas comporte des fiches-actions dédiées à ce public).

Parmi ces orientations stratégiques, plusieurs sont formulées de façon assez « sobre », notamment dans les SROMS, et font directement référence à la mise en application du Plan Alzheimer (Alsace, Franche-Comté).

La plupart du temps, les axes retenus s'articulent autour du développement et de l'amélioration des réponses, visant donc aussi bien la quantité que la qualité de ces réponses (comme en Haute-Corse, dans les Bouches-du-Rhône ou encore dans le Nord-Pas-de-Calais) avec parfois une focalisation sur la vie à domicile (comme dans la Vienne) ou au contraire en établissement (Haute-Saône).

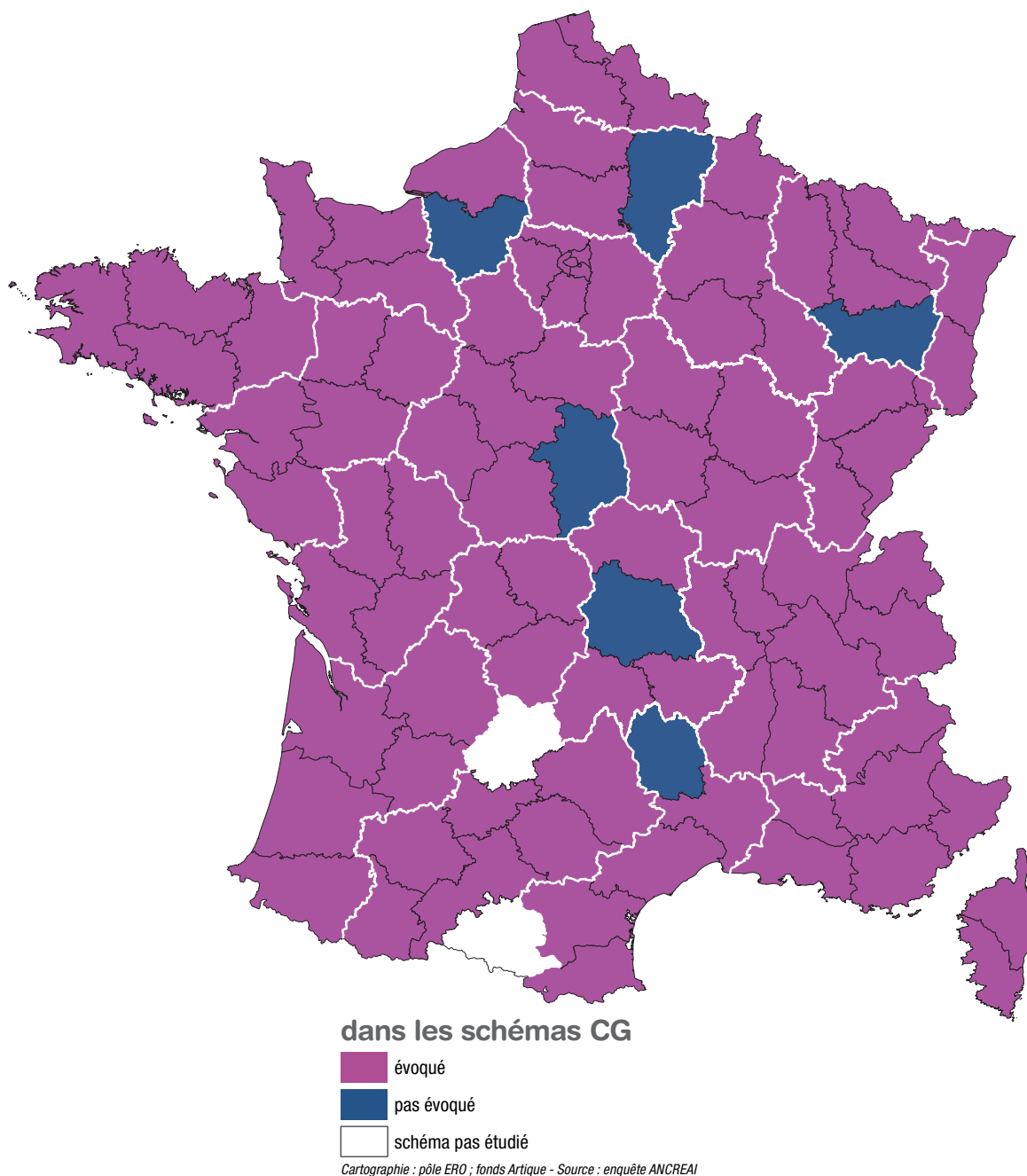
Quelques départements ont des entrées plus spécifiques :

- les jeunes malades d'Alzheimer (Paris),
- l'innovation des réponses pour les personnes malades d'Alzheimer (Côtes-d'Armor ou Yvelines),
- le diagnostic précoce (« Détecter plus précocement les troubles intellectuels en agissant en amont » pour l'Yonne),
- les formations spécifiques MAMA (Tarn-et-Garonne).

6.3 - Les actions et propositions

En cohérence avec la place centrale accordée à ce public dans les travaux préalables aux schémas, des fiches-actions concernant les personnes atteintes de MAMA sont présentes dans tous les SROMS ainsi que dans 88 schémas départementaux sur les 94 étudiés. L'absence de référence explicite à ce public dans 6 schémas ne peut manquer d'étonner¹⁰⁵.

FICHE ACTION SUR MALADIE D'ALZHEIMER ET APPARENTÉES



¹⁰⁵ D'autant plus que parmi les départements concernés, certains avaient présenté des données sur l'offre dédiée sur les personnes avec Alzheimer ou consacré des temps de réflexion à cette thématique. Notons par ailleurs que si 2 de ces schémas sont assez anciens (entrés en vigueur avant le Plan Alzheimer 2008-2012), 3 autres au contraire sont très récents et ont été adoptés en 2012.

6.3.1 - Prévention et dépistage

Des fiches-actions axées autour de la prévention et du dépistage précoce des pathologies Alzheimer et apparentées figurent dans 27 schémas départementaux, soit près de 30% des schémas étudiés¹⁰⁶ et 8 SROMS¹⁰⁷ (cf. carte dans le chapitre sur la Prévention).

La prévention a été prise ici dans son acception large, c'est-à-dire pas uniquement primaire mais aussi secondaire et tertiaire¹⁰⁸

Ces actions de prévention repérées dans les schémas se situent le plus souvent en amont de la perte d'autonomie avec une thématique centrale : les troubles cognitifs. Deux outils sont privilégiés pour ce faire :

- Les ateliers mémoire qui ont pour mission :
 - d'expliquer le fonctionnement de la mémoire et tous les facteurs qui l'influencent ;
 - d'améliorer la qualité de vie par la stimulation et le développement de la mémoire ;
 - de favoriser la confiance des personnes en elles-mêmes ;
 - d'encourager le lien social ;
 - de favoriser l'autonomie et augmenter l'espérance de vie sans incapacité.
- Les consultations mémoire organisées en milieu hospitalier, sont ouvertes à toute personne présentant des troubles de la mémoire et/ou des troubles cognitifs (troubles du raisonnement, du jugement, de la compréhension...) adressée par son médecin traitant. Elles permettent à ces personnes de bénéficier d'un diagnostic précis et d'une prise en charge adaptée des MAMA grâce à des équipes médicales pluridisciplinaires. Leur déploiement est préconisé dans plusieurs départements (même si les financements mobilisés pour ces dispositifs, en lien avec la mesure 11 du Plan Alzheimer 2008-2012¹⁰⁹, relèvent exclusivement d'une enveloppe sanitaire). L'Yonne, par exemple, souhaite renforcer l'offre par la création d'une nouvelle antenne mais aussi par le recrutement de personnel supplémentaire. Au-delà d'une référence à ces dispositifs spécifiques, ce qui est promu à travers ces fiches c'est un dépistage précoce qui permette l'organisation de parcours des personnes atteintes de MAMA (ou suspectées de l'être) avec le souci de coordonner les interventions :
« Structurer la filière de dépistage des troubles de la mémoire » (SROMS de Corse).

Dans cette logique, outre les personnes elles-mêmes, deux autres cibles sont visées dans ces fiches du champ prévention pour les sensibiliser et les informer de la nécessité d'un dépistage :

- les aidants naturels : « sensibiliser les familles sur la possibilité d'effectuer des consultations mémoire et d'entretenir les facultés intellectuelles » (Seine-et-Marne), « Développer la prévention et l'information en direction des aidants familiaux, notamment pour la prise en charge des personnes âgées atteintes d'Alzheimer » (Vendée)
- les professionnels : « favoriser le repérage des signes d'alerte par les intervenants à domicile » (Haute-Garonne), « renforcer le diagnostic précoce au travers des évaluations APA » (Haute-Corse). Parmi les professionnels à sensibiliser, les médecins libéraux sont parfois aussi nommément cités (Ain).

Enfin quelques schémas évoquent les supports de communication qui peuvent servir utilement cette politique de prévention comme la « semaine Alzheimer » (Creuse) ou encore la diffusion d'une brochure (Charente).

6.3.2 - Le domicile

La vie à domicile a été la thématique la plus largement abordée par les groupes de travail (cf. 6.1 dans la 1^{ère} partie). L'INSEE indique que globalement, 90% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à leur domicile. Cette proportion diminue avec l'avancée en âge mais reste supérieure à 50% parmi les centenaires.

Le développement des offres pour favoriser le maintien à domicile, y compris pour des personnes en perte d'autonomie, constitue donc un axe fort des schémas avec des actions qui vont concerner tous les publics, d'autres qui vont s'adresser plus spécifiquement aux malades d'Alzheimer¹¹⁰.

¹⁰⁶ Rappelons que plus de 70% des schémas départementaux comportent des fiches-actions dans le champ de la prévention. Parmi ces fiches, 40% visent spécifiquement les personnes atteintes de MAMA.

¹⁰⁷ Alsace, Auvergne, Bretagne, Corse, Haute-Normandie, Limousin, Picardie et PACA. Signalons que la faible représentation des SROMS dans ce champ n'est pas surprenante car la plupart des actions prévues dans une logique de prévention vont figurer en toute logique dans les schémas prévention qui n'ont pas été étudiés dans le cadre de ce travail

¹⁰⁸ Soit avant l'apparition de la maladie, au tout début de la maladie, en la dépistant précocement ou une fois la maladie installée pour en limiter la perte d'autonomie en résultant (cf. chapitre sur la prévention)

¹⁰⁹ Création des consultations mémoire dans les zones non pourvues

¹¹⁰ Certains schémas, dans les éléments de contexte présentant leurs actions, mettent en exergue des données autour de l'implication des aidants comme celui de l'Aude qui indique que « 75% des malades d'Alzheimer vivent chez eux ; en moyenne, un aidant naturel prend en charge son malade 6 h par jour ».

- Parmi les moyens déployés pour permettre ce maintien à domicile, certains prennent la forme d'interventions mises en œuvre directement dans le domicile (comme les SSIAD, les ESA, le baluchonnage, etc.), d'autres concourent au maintien à domicile mais se situent en dehors du domicile comme les solutions dites de « répit » telles que les accueils de jour et temporaires. Ce second type d'offre est traité dans le point suivant (diversité, adaptation et qualité de l'offre d'accompagnement).
- De même, les dispositifs d'aide aux aidants en dehors des offres de répit seront abordés dans le point consacré spécifiquement aux aidants.

Restrictions faites de ces 2 types d'actions, les trois quarts des SROMS ¹¹¹ et une vingtaine de départements indiquent qu'une offre spécifique à la problématique des MAMA à domicile sera développée. Les actions identifiées concernent :

- les équipes spécialisées Alzheimer (mesure 6 du Plan Alzheimer 2008-2012), « *la mise en place d'une prise en charge adaptée à domicile afin de permettre à la personne malade de continuer à vivre à son domicile si elle le désire. Cette prise en charge individualisée doit s'inscrire dans un projet de soins et d'accompagnement, être dispensée par un personnel formé et mobiliser des compétences pluridisciplinaires [...] : ergothérapeute et/ou psychomotricien assistés par des assistants de soins en gérontologie* »¹¹². La formation (on y reviendra plus loin) est jugée essentielle pour permettre aux intervenants de mieux comprendre les spécificités de cette pathologie, en particulier les troubles du comportement. Ce qui est mis en exergue dans les schémas est sans nul doute minoré par rapport à la réalité du déploiement de ces équipes (ce qui tient en partie à la date d'entrée en vigueur de plusieurs schémas).
- le répit à domicile avec l'objectif de soulager les aidants tout en maintenant la personne malade dans son cadre de vie habituel sans la priver de ses repères (les bénéficiaires peuvent ne pas être cantonnés aux seules personnes avec MAMA). Le baluchonnage est cité une dizaine de fois parmi les réponses à développer ou en cours d'expérimentation¹¹³. D'autres formules ou dénominations sont aussi citées : la garde itinérante (qui peut n'être que nocturne) ou encore l'accueil de jour itinérant (animation au domicile d'une personne regroupant plusieurs autres personnes).

Dans l'organisation de cette offre de service à domicile, on peut signaler deux concepts expérimentaux, pas nécessairement circonscrits aux personnes atteintes de MAMA :

- Diversification des modalités de prise en charge : « l'EHPAD à domicile » dans le SROMS du Limousin et le schéma départemental de l'Oise
- Développement à titre expérimental de la fonction de gestionnaire de cas ou référent professionnel pour accompagner les situations complexes de personnes à domicile, tout particulièrement les personnes ayant des détériorations des fonctions intellectuelles, type Alzheimer ou troubles apparentés (en Seine-Saint Denis)

Enfin signalons, deux initiatives visant à améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile :

- Diffusion du programme Mobiquat, outil de formation et sensibilisation aux bonnes pratiques professionnelles, qui comporte un volet Alzheimer, auprès des services intervenant à domicile (SROMS de Lorraine)
- Une réflexion autour des plans d'aide dans le cadre de l'APA à domicile pour les personnes avec MAMA dans le Pas-de-Calais : suivi de la mise en œuvre de ces plans, amélioration des délais d'intervention des équipes médicosociales lors leur réévaluation, meilleure adéquation avec les besoins de la personne

¹¹¹ Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais Poitou-Charentes, PACA, Rhône-Alpes

¹¹² Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer (Mesure 6)

¹¹³ Le Territoire de Belfort indique néanmoins des difficultés à ce sujet et le choix d'une autre formule : Etudier et expérimenter un dispositif de « relayeuses » à domicile (à la place du baluchonnage n'ayant pu se mettre en place pour des raisons de droit du travail)

6.3.3 - Diversité, adaptation et qualité de l'offre d'accompagnement

L'adaptation et la diversification de l'offre d'accompagnement des réponses à destination des personnes avec une MAMA tiennent une place centrale dans les fiches-actions qui leur sont consacrées avec souvent un déroulé des actions présentées en référence au Plan Alzheimer 2008-2012, en particulier les mesures :

- n° 1 : Développement et diversification des structures de répit
- et n° 16 : Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.

La question de la mise en place des plateformes d'accompagnement de répit est très présente, plateformes parfois à géométrie variable dans leur amplitude et dans leur dimension innovante. Les accueils de jour et accueils temporaires sont les formules les plus développées mais on voit aussi apparaître des réponses telles que l'accueil de nuit en établissement ou encore les familles d'accueil temporaire (Charente) ou familles d'accueil de nuit (Bouches-du-Rhône).

L'évolution des EHPAD pour mieux prendre en compte les besoins et particularités des personnes confrontées aux MAMA est une nécessité comme en témoigne le très grand nombre de fiches-actions à ce sujet. Les programmes de création de places en unités spécifiques, cognitivo-comportementales, PASA et UHR sont amplement présentés.

Les besoins d'adaptation en EHPAD sont exprimés en termes d'organisation, d'accueil, de cadre sécurisé (préservant le bien-être des résidents) ou de taux d'encadrement.

La prise en charge sanitaire de ces résidents doit aussi faire l'approche d'une attention particulière :

- dès l'entrée en EHPAD, en affinant le diagnostic de leur pathologie (Dordogne),
- au cours du séjour en limitant la prescription de neuroleptiques (Lorraine ou Rhône),
- ou en facilitant l'accès aux soins de santé mentale des résidents avec, par exemple, l'intervention des services de psychiatrie au sein des EHPAD (Limousin).

Une autre problématique particulière, apparaissant dans un petit nombre de schémas, est celle des publics jeunes (Loire-Atlantique, Champagne-Ardenne ou Île-de-France) et des réponses spécifiques à mettre en œuvre à leur intention.

Un autre questionnement est aussi repéré mais seulement sur Paris, il s'agit de la prise en charge adéquate des personnes handicapées accueillies en FAM et confrontées à la maladie d'Alzheimer.

Le déploiement de l'offre est aussi envisagé à travers la dimension de l'accessibilité, à la fois en termes de couverture territoriale, souvent mise en avant en termes de maillage territorial au regard de la densité de population, et financière, plus rarement évoquée (Seine-Saint Denis ou encore Aude).

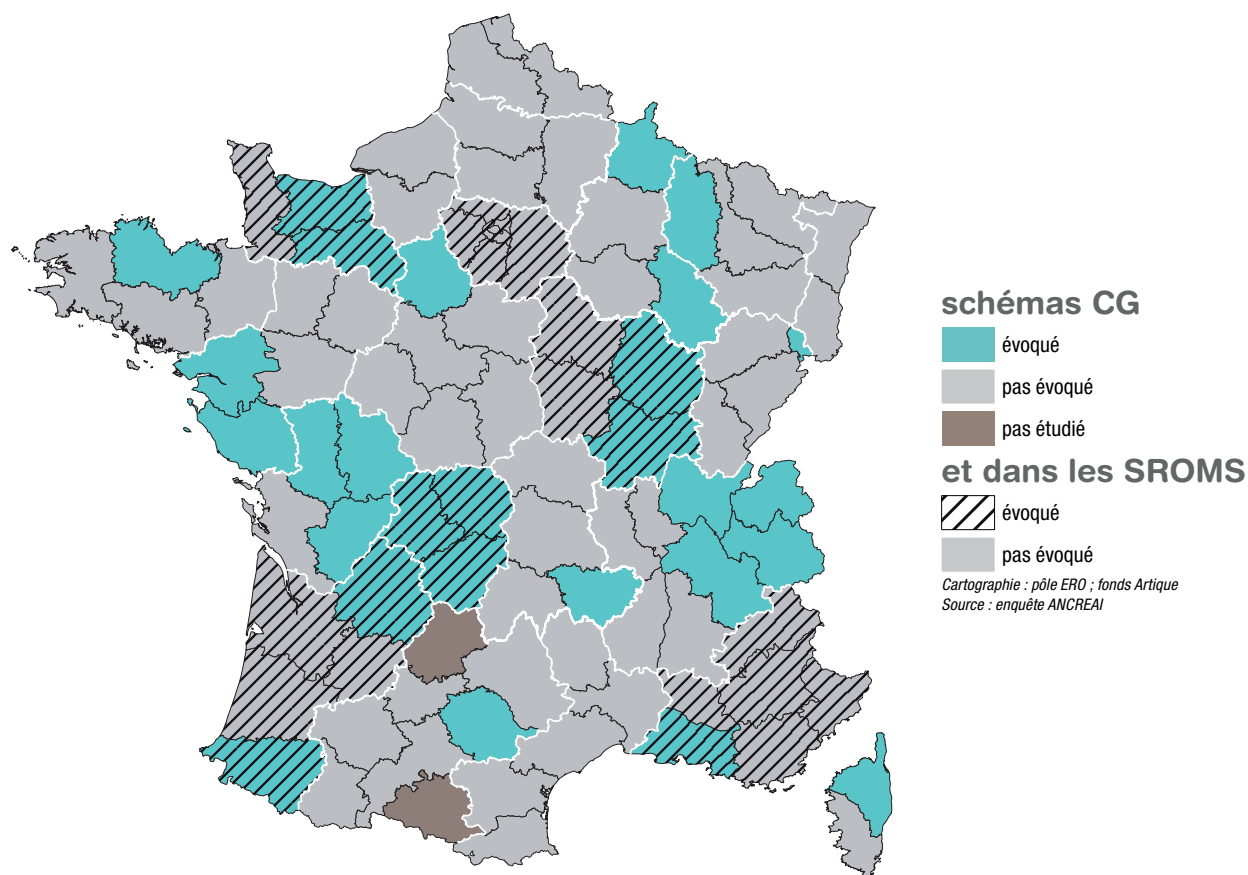
Par ailleurs, le souci de mettre en œuvre une offre de qualité est exprimé dans plusieurs schémas qui indiquent que des cahiers des charges ad-hoc ont été ou seront bâtis (Aube, Finistère, Hérault ou encore Haute-Normandie) ou qui font référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

6.3.4 - Formation des professionnels

La question de la formation, même si elle n'est pas toujours abordée en tant que telle, apparaît en filigrane dans de nombreuses fiches, en particulier celles qui ont trait à l'adaptation de l'offre aux besoins et particularités des personnes atteintes de MAMA et à la qualité des accompagnements mis en œuvre.

Plusieurs schémas en ont néanmoins fait une rubrique particulière : 29 départements (soit 31%) et 6 SROMS (mention spéciale pour le Limousin dans lequel les 3 schémas départementaux et le SROMS consacrent des fiches-actions à cet objectif).

FORMATION DES PROFESSIONNELS AUX MAL. ALZHEIMER ET APPARENTÉES



La cible visée par ces projets de formations peut être :

- large : « former des professionnels pour améliorer l'accueil en établissement ou à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer » (comme par exemple en Bouches-du-Rhône, Haute-Loire ou Orne)
- ou concentrée sur une catégorie de professionnels ou un cadre d'intervention précis :
 - la professionnalisation des personnels intervenant à domicile auprès du public atteint - de MAMA est ainsi mise en avant (en Dordogne, dans l'Ain ou en Vendée)
 - les personnels des EHPAD et SSIAD (Vienne ou SROMS de Bourgogne)
 - les aides-soignants intervenant dans les accueils de jour et temporaires (en Isère)
 - les médecins (en Charente, Haute-Marne ou en Île-de-France)

La formation d'assistant de soins en gériatrie¹¹⁴ fait l'objet d'une attention particulière dans le SROMS du Limousin et l'ARS de cette région annonce son intention de promouvoir son développement. Sans que cette formation soit fréquemment citée dans les actions ayant directement trait à la formation, elle peut apparaître dans les fiches portant sur le développement et l'adaptation en particulier sur la mise en place des ESA (en particulier en Pyrénées-Atlantiques ou en Poitou-Charentes).

¹¹⁴ Mesure 20 du Plan Alzheimer : La fonction d'assistant de soins en gériatrie consiste en une assistance dans les actes de la vie quotidienne des personnes fragilisées par la maladie d'Alzheimer et de leur entourage. Les activités réalisées visent la stimulation sociale et cognitive des capacités restantes.

Au-delà de la formation proprement dite, certains schémas se soucient du soutien à apporter aux professionnels, notamment avec une analyse des pratiques (comme dans le Creuse ou en Eure-et-Loir).

Enfin, à travers la question de la formation est aussi abordée celle de l'information des professionnels de 1^{ère} ligne, censés devoir porter un diagnostic et/ou orienter la personne vers des dispositifs spécialisés (c'est le cas notamment en Loire-Atlantique ou en Charente).

6.3.5 - Les aidants familiaux

Le rôle de l'aidant familial est partout reconnu comme essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. La question de l'aide aux aidants est ainsi envisagée quasi-exclusivement pour ceux dont leur proche, atteint de MAMA, vit toujours à domicile. Pour autant le besoin de soutien des aidants persiste au-delà de l'entrée en établissement de ce proche. Le moment du départ définitif du domicile est aussi toujours délicat à vivre pour l'aidant principal.

Deux axes principaux sont identifiés dans ce qui doit être déployé pour les aidants :

- leur information sur les dispositifs existants, les démarches (soins, accès aux droits et aux services), l'apport de conseils, voire leur formation (compréhension de la maladie, bientraitance).
- leur soutien psychologique et la lutte contre l'isolement avec notamment des groupes de parole, prévoyant une prise en charge simultanée des personnes malades (ce que permettent les plateformes d'accompagnement et de répit ou les « haltes-relais » Alzheimer, en train d'être mises en place dans plusieurs régions

A propos des solutions de répit¹¹⁵ très souvent citées pour prévenir l'épuisement des aidants, plusieurs schémas (notamment celui du Nord ou de la Saône-et-Loire) indiquent que les intervenants professionnels à domicile doivent avoir aussi un rôle de vigie pour repérer les situations fragiles et inciter les aidants à avoir recours à ces solutions (sans que cela génère chez eux un sentiment de culpabilité comme cela est souvent constaté).

6.3.6 - L'organisation des parcours et la coordination

Faciliter la continuité des parcours de vie et de soins en évitant les ruptures est une des orientations stratégiques de nombreux schémas avec, pour corollaire, le développement et le renforcement de la coordination entre intervenants.

Aussi de nombreuses fiches-actions entrent dans cette logique (dans plus de 30 schémas départementaux et 16 SROMS) et beaucoup d'entre elles (une quarantaine) prévoient le développement des MAIA.

Les MAIA constituent le dispositif emblématique en la matière et ont pour vocation : « *Une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement doit permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, correspondant aussi à la situation de chaque famille. Il s'agit d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation* »¹¹⁶.

Outre le déploiement des MAIA, plusieurs schémas soulignent la nécessité :

- de clarifier les missions et rôles respectifs des différents dispositifs : CLIC et MAIA, réseaux de santé ou gérontologiques, ESA etc...
- de renforcer les liens et la coordination entre les intervenants,
 - soit dans leur ensemble
 - soit autour d'une dimension plus pointue : comme l'articulation entre secteur psychiatrique et des EHPAD pour les personnes ayant des troubles du comportement (comme dans l'Ain) ou encore entre la coopération entre services à domicile et hébergement en développant l'emploi partagé (comme dans le Cantal).

Au-delà de cette nécessaire articulation entre intervenants, c'est une harmonisation des pratiques professionnelles qui peut être jugée souhaitable, comme dans le Pas-de-Calais pour les équipes médico-sociales allant au domicile des personnes avec MAMA.

¹¹⁵ Dans et hors du domicile, déjà abordées dans les points précédents

¹¹⁶ Mesure 4 du Plan Alzheimer 2008-2012

6.3.7 - L'observation

Dans une douzaine de schémas, des fiches-actions prévoient d'améliorer la connaissance des publics atteints de MAMA, de leur besoins et des réponses à apporter.

Des schémas privilégient l'entrée population tandis que d'autres s'interrogent sur l'adéquation des réponses :

- Ainsi des études à versant épidémiologique sont envisagées (comme dans la Meuse, ou le Jura), avec parfois une attention particulière portée aux malades jeunes (Vendée) ou aux conditions de vie à domicile pour recenser les besoins complémentaires : adaptation du logement, transport... (comme dans le Pas-de-Calais)
- D'autres schémas conduisent des études autour de l'adéquation et du développement de certains dispositifs : offre de répit innovante (Yonne, Finistère ou Centre), UHR ou unités de vie protégées (Lorraine) ou embrassant un champ plus large de l'offre (PACA)

Une initiative particulière peut être signalée en Charente où le Conseil général s'est donné pour mission d'adapter la grille AGGIR à la maladie d'Alzheimer (ou de développer une évaluation spécifique) et présente la démarche envisagée : mise en place d'un groupe de travail, élaboration d'un instrument validé par les participants, expérimentation, amendement éventuel de l'outil et diffusion aux établissements, utilisation de ce nouvel outil au moment des conventions tripartites.

Enfin, le SROMS du Limousin, certainement le plus ambitieux en la matière, indique que devant le besoin de connaissance autour la maladie d'Alzheimer et des accompagnements à prévoir, un observatoire régional dédié sera mis en œuvre.

Une bonne réappropriation du Plan Alzheimer dans ses différentes dimensions peut être observée à travers ces schémas d'organisation médico-sociale ; l'articulation entre le niveau régional relevant de l'ARS et départemental relevant des Conseils généraux est souvent explicitement recherchée.

Le choix de vie à domicile, privilégié par les politiques publiques ainsi que par les personnes et leurs proches), implique, pour ces publics atteints de MAMA, la mobilisation d'un grand nombre d'intervenants afin de couvrir l'ensemble des besoins de soin et d'accompagnement. Aussi, est mise en évidence la nécessité d'une coordination renforcée pour mieux construire les parcours. Pour les professionnels comme pour les aidants, l'accès à l'information et la formation est indispensable pour assurer des accompagnements de qualité. Plus encore que pour les autres publics âgés, les réponses sont en construction, voire à construire, et sont souvent qualifiées d'expérimentales.

7. AIDE AUX AIDANTS

Cette thématique est directement déduite de celle liée à la vie à domicile. Dans la quasi-totalité des schémas, nous l'avons dit précédemment, cette thématique est désignée comme première orientation stratégique¹¹⁷, voire résulte du respect du libre choix du mode de vie qui est souvent énoncé, en préambule des schémas, comme valeur et principe d'action de la politique publique.

Dans un grand nombre de schémas, cette thématique donne lieu à une orientation en tant que telle ; pour d'autres elle est nommée dans l'orientation princeps de « l'accompagnement à domicile, » et/ou dans les effets de celle-ci sur celle de « la diversité des modes d'accueil ». Elle peut également se trouver inscrite ou reliée aux orientations relatives aux droits des usagers.

C'est ainsi que cette thématique est inscrite tant dans les schémas départementaux que dans les SROMS. Dans les schémas transversaux personnes handicapées et personnes âgées, ou schémas dits « autonomie », cette thématique est présentée comme « transversale » ; il en est de même dans les SROMS qui ont été rédigés selon cette approche transversale.

L'aidant est ainsi de plus en plus visible dans les politiques publiques. Rares sont en effet les schémas qui n'abordent pas du tout cette thématique. Certains, toutefois, ne l'abordent explicitement qu'à propos de la population spécifique des populations atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Par contre, outre le développement de l'accueil temporaire, au titre d'offre de répit en direction de l'aidant, cette thématique est peu visible dans les éléments financiers des schémas. Quelques schémas citent néanmoins des subventions aux actions d'aide aux aidants : celui des Vosges cite des actions de soutien et celui des Côtes-d'Armor projette un appel à projet pour le programme d'aide aux aidants.

La notion de « proche aidant », maintenant utilisée dans la littérature, est encore peu présente dans la rédaction des schémas. Elle apparaît cependant dans quelques-uns (comme en Dordogne). Des actions touchant les aidants sont indiquées comme s'exerçant en direction des personnes âgées et de leur famille, ou de leur entourage, notamment à propos de la connaissance ou de la prise en compte des besoins des personnes, les personnes âgées et leurs familles sont alors citées.

Les aidants sont le plus souvent appelés « aidants naturels » ou « aidants familiaux ». Certaines actions ne sont pas propres aux aidants familiaux mais vont concerner les aidants, professionnels « ou non ».

Quelques schémas parlent de « programmes d'action » en direction des aidants (Eure ou Côtes-d'Armor, ce dernier schéma privilégiant, à l'intérieur de ce programme, les aidants des personnes atteintes de dépendance psychique).

La prévention du risque d'épuisement de l'aidant est aussi visée sans que celle-ci soit pour autant toujours explicitement énoncée (c'est le cas par contre dans les SROMS de Basse-Normandie et de Rhône-Alpes). Si la notion de parcours est très présente dans tous les schémas, elle concerne bien sûr la personne âgée elle-même. Quelques schémas (SROMS Franche-Comté notamment) utilisent cette notion en l'affectant également au parcours de l'aidant.

Enfin les réponses sont recherchées dans un souci de proximité, ceci est explicitement indiqué dans la rédaction de certains schémas comme celui de la Haute-Marne. Le SROMS de Champagne-Ardenne (région à laquelle appartient la Haute-Marne) précise également la création d'une plate-forme par territoire infradépartemental. Il en est de même pour le SROMS de Rhône-Alpes qui inscrit ces actions au sein de chacune des 30 filières gérontologiques.

¹¹⁷ Hautes-Alpes, Bouches-du-Rhône, Calvados, Ile et Vilaine, Maine-et-Loire, Haute-Loire, Haute-Marne, Haut-Rhin, Yvelines, les SROMS Île-de-France, Poitou-Charentes

7.1 - Les solutions de relais ou de répit

Création d'accueil de jour et d'hébergement temporaire apparaissent comme relais ou répit pour les aidants¹¹⁸ et sont citées ainsi dans la plupart des schémas. Non seulement la création de places est citée mais aussi leur accessibilité. Ainsi rendre l'accueil de jour plus attractif est-elle une action retenue (par exemple dans le Tarn-et-Garonne).

Certains schémas incitent également à la création d'offres innovantes en matière de répit.

Lorsque les SROMS, en cohérence avec ces orientations départementales, s'emparent de cette thématique, (c'est d'ailleurs le cas de pratiquement tous les SROMS) c'est plutôt le niveau structurel qui est cité :

- « mettre en place les modalités d'accompagnement » et, s'agissant de cette action, « structurer territorialement l'offre de répit » (SROMS d'Aquitaine) ;
- « définir un dispositif coordonné d'aide aux aidants intégrant les initiatives existantes » (SROMS Midi-Pyrénées et schéma Hautes Pyrénées) ;
- recherche d'un maillage territorial pour les plateformes de répit (SROMS de Bourgogne),
- « mettre en cohérence les dispositifs d'aide aux aidants existants et renforcer leur lisibilité selon les besoins des usagers », « construire les coordinations et les programmations nécessaires au développement et à la diversification des formules de répit » (SROMS de Franche-Comté)

La recherche de diversification des structures de répit est aussi présente dans de nombreux SROMS¹¹⁹ :

- Le baluchonnage, les services de garde itinérante sont cités à plusieurs reprises¹²⁰. L'étude et l'expérimentation d'un dispositif de « relayeuses » à domicile (à la place du baluchonnage qui s'était avéré difficile à mettre en place) sont signalées dans un département (Territoire de Belfort). Des aides ponctuelles pour remplacer l'aidant absent sont aussi envisagées (Creuse ou Maine-et-Loire) ;
- L'expérimentation de l'accueil de nuit (principalement pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés)¹²¹
- Les équipes mobiles intervenant à domicile (SROMS de Bourgogne notamment) ;
- Les lieux de repos et de loisirs, « village répit » cité dans le schéma du Jura ;
- Des lieux de halte répit, accueil conjoint aidant-aidé, par demi-journées... (Territoire de Belfort) ;
- L'accueil de jour en familles d'accueil (le Finistère)
- L'accueil de jour itinérant (le Finistère et les Deux-Sèvres ainsi que le SROMS de Basse-Normandie) ;
- L'accueil avec des navettes rattachées (SROMS de Basse-Normandie) ;
- L'expérimentation de formes de répit innovantes au sein des lieux de vie quotidiens est attendue en Corrèze. Le SROMS correspondant (Le Limousin) incite à la création d'une offre de répit avec des durées variables adaptées aux besoins des aidants.
- Le souci de la pérennité de ces offres est exprimé dans le département de la Drôme.

Les plateformes d'accompagnement et de répit sont surtout citées pour les publics spécifiques (personnes atteintes de syndrome Alzheimer et de troubles apparentés) dans la plupart des SROMS. Pour leur développement, des études de besoins sont parfois prévues (Bourgogne).

La recherche de structuration s'exprime, par exemple, par la définition d'un cahier des charges régional (SROMS de Poitou-Charentes, schéma du Finistère) ou par la structuration de l'offre sur le territoire (comme dans le SROMS de Rhône-Alpes).

Une attention doit être portée sur la qualité des projets de services afin que ceux-ci intègrent explicitement l'aide aux aidants notamment pour les services offrant un accueil de jour.

La question du transport pour l'accès à ces formules, se présentant comme un obstacle, est quelquefois indiquée comme un préalable à traiter comme clé d'accès au soulagement pour l'aidant (le schéma de l'Ille et Vilaine nomme ainsi cette question).

¹¹⁸ SROMS Aquitaine et Auvergne, schémas Dordogne, Pyrénées-Atlantiques, Gironde
SROMS Midi-Pyrénées, schémas du Tarn, schémas de Seine-Maritime

¹¹⁹ Franche-Comté, Franche-Comté, Midi-Pyrénées,

¹²⁰ Notamment en Lot-et-Garonne, Finistère, Ile et Vilaine, Pas-de-Calais, Saône-et-Loire, Vienne et dans le SROMS de Rhône-Alpes

¹²¹ SROMS de Bourgogne et de Franche-Comté, de Poitou Charente et schémas du Finistère et de Loire-Atlantique

La recherche de formules de répit est un objectif partagé par un grand nombre de schémas, qu'il s'agisse de formules dites classiques ou de formules innovantes ; dans certains schémas, elle peut s'appuyer sur l'observation de formules innovantes comme dans l'ORAIDA¹²² mis en place en Rhône-Alpes.

7.2 - La diffusion de la pratique des groupes de parole

La pratique de groupes de parole est recommandée pratiquement dans tous les schémas. Elle est souvent couplée avec les accueils de jour (Aveyron) ou les « bistrots » des aidants Rhône et SROMS de Bourgogne), ou encore le « café » Alzheimer ».

7.3 - Les actions de soutien et de conseil

En sus des groupes de parole, des actions peuvent aussi comprendre du soutien psychologique proprement dit (comme dans Le Tarn) et le conseil à apporter aux professionnels. Ces actions sont le plus souvent citées pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La sensibilisation aux solutions de répit et les conseils visant à déculpabiliser les aidants de recourir à ces formules de répit sont parfois explicitement évoqués.

Des démarches proactives, intégrant « l'aller vers » les aidants ne sont que rarement indiquées (le schéma du Jura évoque ces démarches, celui de la Marne également avec le 'développement de réseaux de visiteurs à domicile').

Le souci de la santé de l'aidant n'est qu'assez rarement exprimé explicitement (SROMS Île-de-France ou Rhône-Alpes).

7.4 - La diffusion d'informations et de formations

Deux types d'informations sont ciblés dans les schémas :

L'information sur les ressources :

- Création d'un portail d'information (Oise et SROMS correspondant de Picardie, Aube, Haute-Marne et SROMS correspondant de Champagne-Ardenne, Isère, Rhône et SROMS Rhône-Alpes) ;
- Elaboration d'un guide-ressource sur le dispositif gérontologique (Dordogne, Doubs) ;
- Mise en place d'une campagne d'information sur les différentes formes d'aide (Ardennes, Haute-Vienne, Marne) ;
- Souci de l'accessibilité des informations nécessaires aux personnes âgées et à leurs familles (Charente, Côtes-d'Armor, Corrèze, Creuse, Manche, Nord) ;
- Création d'un service téléphonique à numéro unique (Doubs) ;
- Sensibilisation des personnes ainsi que des aidants aux solutions existantes en matière de domotique.

L'information sur les situations et les pathologies, sources de dépendance :

- Guide intégrant la diffusion d'information
- Journées départementales (Landes)
- Conférences (Jura, Haute-Marne)

Des modules de formation en direction des aidants sont aussi prévus dans certains schémas avec notamment « formation aux bons gestes » (Haute-Savoie) ou « formation à l'accompagnement de la fin de vie » (SROMS de Bourgogne).

Des établissements pourraient se voir confier une fonction de « centres ressources » pour dispenser soutiens et formation en direction d'aidants familiaux (Haute-Vienne, Haute-Savoie). Les SROMS en conséquence vont rechercher à améliorer la lisibilité de cette offre en direction des aidants (Franche-Comté, Limousin, Rhône-Alpes).

L'organisation de formations conjointes (en direction d'aidants professionnels et d'aidants familiaux) afin de favoriser l'échange est parfois proposée (par exemple dans la Vendée).

Les aidants peuvent aussi être désignés comme cible indirecte d'actions de formation d'aide aux aidants conduites au bénéfice des intervenants à domicile (SROMS Franche-Comté, schéma des Hautes-Alpes).

7.5 - La prévention des situations de maltraitance à domicile

Le soutien offert aux aidants, les actions de formation dans leur direction, la nécessité du répit sont quelquefois argumentés au regard du risque de maltraitance. La prévention des situations de maltraitance, présente dans la plupart des schémas, s'étend aussi au domicile (exemple : Ain, Corrèze, Indre, Haute-Marne, Seine St Denis, SROMS de Bretagne).

La formation des professionnels du soin à domicile au repérage des signes de maltraitance est ainsi prévue dans certains SROMS¹²³.

Le suivi de la qualité des accompagnements par les aidants fait partie pour certains schémas de cette prévention (Lozère, SROMS Languedoc-Roussillon correspondant prévoit la structuration de la prévention à l'égard des personnes âgées).

Sans que cela ne soit clairement explicite, le risque de maltraitance est celui dont pourrait être victime l'aidé. Il est à noter que des risques vécus par l'aidant ne sont pas mentionnées.

7.6 - La prévention de situations d'urgence

Les situations d'urgence évoquées sont essentiellement liées au vieillissement des aidants familiaux. La prévention de l'isolement est aussi fréquemment citée, généralement elle concerne exclusivement les personnes âgées, les aidants eux-mêmes sont plus rarement visés (Haute-Loire et Vienne).

7.7 - L'accompagnement des changements et des moments de transition

L'aide aux aidants peut être citée en dehors de la thématique du soutien de la vie à domicile, notamment lors de la préparation à l'entrée en établissement avec, par exemple, l'instauration d'une prestation d'accompagnement des familles dans les prises de décision et les démarches à effectuer au moment des transitions entre différentes modalités de prise en charge ¹²⁴. Cette proposition d'action est associée à celle de la diffusion d'information pour accompagner les personnes et les familles à cette entrée (comme en Saône-et-Loire).

Le SROMS de Basse-Normandie propose que soient organisés des échanges réguliers entre aidants professionnels et aidants familiaux lorsqu'il s'agit de préparer une entrée en établissement. Accompagner les aidants lors de leur séparation avec la personne aidée est aussi un objectif de certains schémas (Vendée et SROMS de Poitou-Charentes). Fiabiliser les passages de relais est retenu pour le schéma de l'Allier. Le schéma du Territoire de Belfort propose l'intervention, si besoin, d'un intervenant, d'un tiers pour accompagner les aidants dans la réflexion pour une organisation équilibrée des plans d'aide.

7.8 - L'incitation à l'exercice du rôle de l'aidant

Outre le soutien de solidarité familiale présent dans la quasi-totalité des schémas et exprimé dans les actions qui précèdent, sa recherche est clairement exprimée dans certains schémas.

C'est ainsi que la question de transports et celle de l'accompagnement lors des déplacements peuvent être un frein pour l'accès aux accueils de jour. Un département évoque directement l'incitation à mettre en œuvre auprès des familles pour qu'elles exercent ce rôle d'accompagnateur (comme dans le Doubs). D'autres schémas indiquent rechercher un financement pour le transport des aidants accompagnant les personnes âgées (Ile et Vilaine, Savoie et Haute-Savoie).

Les possibilités de « congé de soutien familial » pour s'occuper d'un proche sont confortées dans le département de la Loire.

Des actions visant à rapprocher des étudiants et des personnes âgées (Puy-de-Dôme, Isère ou Île-de-France) tentent à résoudre des problématiques liées à l'habitat mais aussi à l'isolement en mettant des jeunes générations en situation d'aidants et en élargissant ainsi le cercle d'aidants.

¹²³ Aquitaine, Franche-Comté

¹²⁴ Basse-Normandie, Saône-et-Loire, Territoire de Belfort

7.9 - La promotion de l'aidant

Le rôle de l'aidant familial doit être valorisé pour de nombreux schémas. L'aidant est parfois nommé comme possible « référent » de parcours au même titre que l'aidant professionnel comme en Aveyron. Favoriser son « pouvoir d'agir » est mentionné dans le schéma du Haut-Rhin.

Les aidants sont parfois visés par des actions d'observation et d'évaluation « élaborer un outil de recueil de données pour mieux identifier et connaître leurs besoins ».

En revanche, l'évaluation des besoins place assez rarement l'aidant comme acteur participant à l'analyse de la situation ou encore comme personne manifestant aussi des besoins pour tenir le coup dans cette situation d'aide. Quelques schémas (Charente ou Saône-et-Loire) prévoient toutefois de « définir la place des aidants non professionnels » dans l'évaluation des besoins.

L'association des aidants aux temps de coordination concernant leur proche et inversement ces coordinations vues comme ressource pour les aidants sont aussi citées (SROMS de Bourgogne et de Basse-Normandie). La sollicitation des aidants afin qu'ils exercent une vigilance dans le domaine de la nutrition, des risques d'accidents de la vie courante ou de la prévention bucco-dentaire est parfois notée (Essonne, Hautes-Alpes ou SROMS de Rhône-Alpes). Enfin la reconnaissance de l'action des associations mise en œuvre dans ce domaine est soulignée par exemple dans le département du Morbihan.

7.10 - Une observation et une meilleure connaissance

L'analyse des besoins et attentes des aidants est jugée nécessaire dans certains schémas et s'inscrit souvent dans l'objectif plus large d'une observation (Hautes-Alpes, Bouches-du-Rhône et SROMS PACA, Bourgogne, Île-de-France et Rhône-Alpes).

La prise en compte de la réalité de l'aidant est nettement affichée dans les schémas.

La promotion de formules de soutien et de répit est très présente dans les schémas tant départementaux que régionaux, voire même l'incitation à la recherche de formules innovantes qui est retenue dans bon nombre d'entre eux.

Cette préoccupation irrigue les schémas en particulier à partir de la thématique liée aux situations des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il est à noter que ce public a ainsi conduit les politiques publiques à se préoccuper de la situation de l'aidant de façon plus spécifique.

L'observation des besoins et attentes des aidants émerge également afin de pouvoir adapter l'offre de soutien mise en œuvre à leur intention, de même que leur prise en compte dans l'évaluation des situations des personnes âgées accompagnées, même si cela est encore balbutiant.

8. FORMATION DES PROFESSIONNELS

> La formation au défi d'une approche coordonnée des réponses aux besoins

L'hétérogénéité des publics, la diversification des pathologies rencontrées et leur alourdissement, l'allongement de l'espérance de vie, l'augmentation de la demande de soins sont autant de facteurs rentrant en compte dans la problématique « gestion des âges, gestion de la dépendance ».

Dans ce contexte d'évolution vers une plus grande dépendance, les professionnels des secteurs de l'aide à la personne et du médico-social doivent faire face à un défi commun de la prise en charge des personnes âgées. Quelle réponse apporter à la question du comment permettre un maintien à domicile ou une prise en charge en établissement de meilleure qualité ? Comment bien vieillir, chez soi ou en établissement ? Afin d'assurer cette qualité de la continuité du service et de répondre aux nouvelles exigences réglementaires, les structures et établissements doivent développer différentes stratégies en termes de gestion de leurs ressources humaines.

En effet, le dépassement de la barrière des âges et la prévention de la dépendance impactent directement les pratiques professionnelles des deux secteurs, transformant ainsi les métiers, faisant apparaître de nouvelles fonctions. L'acquisition de compétences nouvelles requises par l'évolution des fonctions et des missions de l'établissement ou du service implique une professionnalisation renforcée des professionnels intervenant tant à domicile qu'en établissement.

Les établissements et services traversent ainsi de profonds changements qu'il faut accompagner, notamment par la prise en compte des nouveaux besoins en formation de leurs professionnels.

Les thématiques de la formation et de la fidélisation des professionnels représentent alors un enjeu majeur d'adaptation, de maintien et de développement des activités face aux différentes mutations que subissent les deux secteurs.

La formation professionnelle : un thème abordé dans les groupes de travail

Un SROMS (Aquitaine) et 12 départements¹²⁵ ont proposé nommément un groupe de travail¹²⁶ sur cette thématique dans le cadre de l'élaboration de leur schéma, ce qui présuppose que la qualité de l'offre de service et d'accompagnement auprès des personnes âgées repose, particulièrement pour ces territoires, sur la qualification et la professionnalisation des personnels, qu'ils interviennent à domicile ou en établissements. La formation - mais aussi la fidélisation - des professionnels, est bien souvent une action stratégique développée par les établissements et services pour faire valoir la mise en œuvre d'une démarche qualité et la promotion de la bientraitance des usagers au sein de leurs structures. Aussi, on peut supposer que cette thématique est certainement abordée et discutée dans d'autres travaux de groupes proposés par les départements et régions, dont l'intitulé peut être « Démarche qualité », « Amélioration de la prestation de service rendue à l'utilisateur », « Bientraitance ».

La formation des professionnels au service d'une nouvelle stratégie d'intervention

La formation et fidélisation des professionnels sont prises en compte dans l'ensemble des départements, abordées soit directement soit sous l'angle de thématiques diverses.

Lorsque cette thématique est abordée directement, les départements proposent 1 à 10 fiches actions. Le nombre important de fiches actions déployées par certains départements peut indiquer que cette question est un véritable enjeu d'adaptation structurelle des établissements et services au regard de la construction de l'offre et de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées et dépendantes¹²⁷. Le département de la Corrèze a consacré 10 fiches action sur les 26 élaborées pour l'ensemble de son schéma sur la thématique de la formation, soit près de la moitié de ses fiches actions.

Lorsque cette thématique n'est pas abordée directement, elle est intégrée dans d'autres telles que :

Bientraitance et Démarche Qualité

La réussite de ces actions implique un personnel qualifié, informé, ayant une maîtrise satisfaisante des problématiques rencontrées face au public accueilli (personnes désorientées, maladie d'Alzheimer, troubles dépressifs chez la personne âgée, dénutrition, personne en situation de handicap...) ; la formation - professionnalisation des professionnels devient alors un moyen pour assurer la qualité de la prise en charge.

¹²⁵ SROMS Aquitaine, Gironde, Cantal, Puy-de-Dôme, Yonne, Eure-et-Loir, Doubs, Hauts-de-Seine, Yvelines, Pyrénées-Orientales, Corrèze, Tarn-et-Garonne, Charente-Maritime.

¹²⁶ Certains départements ne détaillent pas les thématiques de leurs groupes de travail. Ils n'ont pu être pris en compte dans cette synthèse.

¹²⁷ Bas -Rhin, 6 fiches ; Gironde 7 fiches ; Côte-d'Or, 6 fiches ; Ille-et-Vilaine, 7 fiches ; Marne, 7 Fiches, Corrèze, 10 fiches ; Pas-de-Calais, 7 fiches ; Vienne, 7 fiches

Prospectives et observation sur l'évolution des métiers

La formation continue ou initiale des professionnels est associée aussi à une réflexion autour des questions sur la redéfinition des compétences et postes, sur l'évolution des métiers et la gestion des ressources humaines.

Prévention des risques professionnels, conditions de vie – qualité de vie au travail

Les actions de formations participent de la prévention de l'usure physique et psychique des professionnels face à la prise en charge de personnes en très grande vulnérabilité et précarité.

Pour l'ensemble des départements, la formation est un outil concret d'adaptation des professionnels face aux évolutions et transformations du secteur. De manière générale, la formation des professionnels, à la lecture des différentes fiches actions, est au service de la mise en œuvre de l'orientation stratégique et est un des critères d'évaluation de l'action proposée.

Néanmoins, mis à part le SROMS PACA qui prévoit la réalisation de 266 actions de formation pour les aidants, nous n'avons pas recensé de données chiffrées indiquant une programmation ou planification de l'offre de formation sur la période du schéma.

> Les propositions

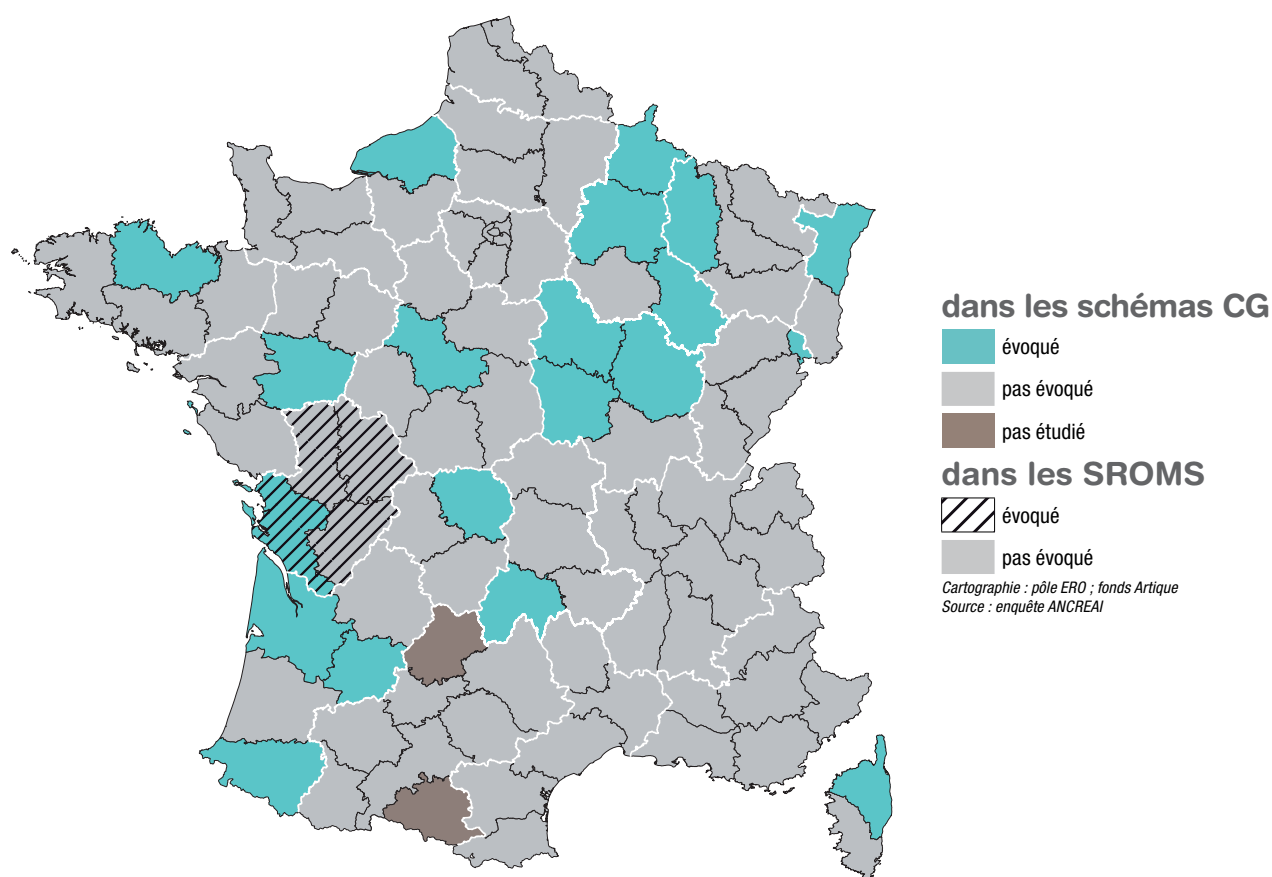
Des actions de formation

Des actions de formation pour des publics bien identifiés :

Nous avons pu repérer sept publics cibles dans les propositions d'action de formation.

- Une large part des actions de formations est consacrée aux professionnels de l'aide à la personne (41 départements et 4 SROMS au moins dénombrés), ce qui paraît cohérent au regard des orientations stratégiques des départements de consolider et structurer l'offre de service de ce secteur. La qualification des professionnels devient alors le garant de la qualité du service rendu à l'utilisateur.
- En conséquence aussi avec le développement de réponses adaptées telles que l'accueil familial, la formation vient en soutien à ce métier émergent dans le paysage des intervenants professionnels auprès de la personne. Au moins 20 départements et 1 SROMS proposent d'encadrer la professionnalisation des accueillants familiaux par une offre de formation variée (groupes de parole, connaissance de problématiques spécifiques...) et mais aussi par la conduite d'une réflexion sur la reconnaissance de ce métier avec des propositions d'élaboration d'un référentiel.

FORMATION DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX



- Les professionnels travaillant en établissement sont eux aussi pris en compte dans les propositions d'offre de formation pour 23 départements et 6 SROMS. Ces actions visent la poursuite de professionnalisation et de qualification des personnels de soins et paramédicaux en cours d'emploi.
- Enfin, on pourra remarquer que 5 départements et 3 régions prévoient des actions ciblées précisément pour les personnels médicaux. Ces actions de formation ont pour but d'apporter une connaissance précise sur certaines problématiques rencontrées par les personnes dont ils assurent la prise en charge et les soins.

En marge, certains départements s'intéressent à la fonction d'encadrant dans les services à la personne¹²⁸ soit en proposant de réfléchir à un référentiel métier afin de consolider le profil de poste soit en soutenant ces personnels par une formation à l'Animation.

Enfin, à la marge également, quelques départements et SROMS se préoccupent de soutenir l'activité des bénévoles auprès des personnes âgées¹²⁹ et des aidants familiaux¹³⁰.

> Une offre d'actions de formation variée :

Les actions de formation recensées pour l'ensemble des schémas sont nombreuses et variées. Pour autant, nous pouvons distinguer trois catégories d'actions de formation répondant à des objectifs de professionnalisation distincts par leur temporalité, leurs effets et leurs conditions de mise en œuvre. Ces trois catégories permettent de construire pour les établissements et services des solutions adaptées à leur problématique de gestion des ressources humaines.

- Ainsi, nous pouvons repérer des actions dont l'enjeu est de poursuivre la démarche de qualification des professionnels. Ces actions s'adressent alors particulièrement à des personnels en emploi sur des postes paramédicaux et de soins (AMP, AS) à des fins de reconnaissance des compétences et de mise en dynamique des trajectoires professionnelles. Ces actions s'inscrivent dans une démarche à moyen et long termes de professionnalisation dont la finalité est l'obtention d'un diplôme ou d'une qualification nécessaire à l'exercice d'une fonction. Parmi les fiches actions concernant l'intention de soutenir la professionnalisation évoquée de façon générale, nous pouvons retenir que certains départements comme le Bas-Rhin, les Landes, la Haute-Corse, les Pyrénées-Orientales, l'Isère, la Loire et le Gers souhaitent aller plus loin sur cette question et proposent de conduire une réflexion sur la reconnaissance de compétences émergentes par la définition de nouveaux référentiels métiers (DU de Gériologie, Référentiel métier pour les agents et pour les encadrant des SAAD, DU d'Agent de convivialité)
- D'autres actions de formation visent uniquement la mise à jour de connaissances sur des thématiques ou techniques très précises à des fins d'adaptation au poste de travail. Les contenus de ces formations répondent à des besoins spécifiques liés à la situation professionnelle : meilleure connaissance des publics, appréhension et utilisation d'outils de communication dans le cadre de ses activités de travail...¹³¹

Certaines thématiques spécifiques repérées comme répondant à un besoin de formation des personnels font l'objet d'une fiche action à part entière. La connaissance de la maladie d'Alzheimer arrive en tête des formations et est une priorité pour 29 départements et 6 SROMS (cf. carte au point 6.3.4).

Parmi les autres thématiques les plus fréquemment évoquées, on peut citer :

- Accompagnement à la fin de vie (Côte-d'Or, Région Bourgogne, Marne, Haute-Vienne, Région Nord-Pas-de-Calais)
- Connaissance du handicap (Région Bourgogne, Région Bretagne, Région Champagne, Ardenne, Région Lorraine)
- Maltraitance (Haute-Marne, Marne, Pyrénées-Orientales, Haute-Vienne, Nord, Aveyron)
- Diffusion des RBPP (Région Alsace, Région Aquitaine, Région Centre)
- Grande dépendance (Finistère, Région Franche-Comté)
- Connaissance du vieillissement (Côte-d'Or, Ardennes, Haute-Corse)

¹²⁸ Côte-d'Or, Ile-et-Vilaine, Eure-et-Loir, Doubs, Jura, Territoire de Belfort, Charente-Maritime

¹²⁹ Finistère, Marne, Corrèze

¹³⁰ Eure-et-Loir, Hautes-Alpes, l'Isère, SROMS Rhône-Alpes, SROMS Haute-Normandie

¹³¹ Quelques départements ont élaboré une fiche action proposant la mise en œuvre d'actions de formation spécifique ou thématique sans pour autant en préciser les thèmes. Celles-ci n'ont pas pu être traitées dans le cadre de cette partie de la synthèse.

- PHV (Gironde, Haute-Vienne)
- Technologies de l'Information et de la Communication (Corrèze, Creuse)
- Formation à la pratique de Logiciels (Creuse)
- Communication aux techniques des 5 sens (Pas-de-Calais)
- Animation pour les encadrants (Eure-et-Loir)

- des actions relevant d'une démarche itérative d'amélioration continue des pratiques.

Ces actions viennent en soutien à court terme aux professionnels et peuvent prendre différentes formes suivant les propositions des départements : analyse de la pratique, espaces d'échanges entre professionnels, entre professionnels et aidants, groupes de paroles¹³². Parfois ces dernières actions sont présentées sous l'angle de la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels (Dordogne, SROMS Franche-Comté).

Des actions de recrutement et fidélisation du personnel

Le secteur de l'aide à domicile peine particulièrement à recruter et parfois à fidéliser ses salariés. Ce métier souffre d'une image encore peu valorisante (peu qualifié, temps partiels non choisis, mal rémunéré, emplois du temps segmentés). Face à ces constats, et en complémentarité aux actions de formations déployées, de nombreux départements, dans une perspective de maintien de la qualité de l'accompagnement de la personne âgée, développent différentes stratégies de gestion des ressources humaines soit en termes de fidélisation de leur personnel en emploi, soit en termes de recrutement ou d'accessibilité aux emplois.

- Certains départements et régions¹³³ s'attachent à rendre plus attractifs et valoriser les métiers de l'aide à la personne par des actions de communication et d'information auprès de différents publics tels que les étudiants ou les demandeurs d'emploi.

La région Île-de-France, ainsi que la majorité de ses départements (Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis, Yvelines et Paris) semble particulièrement touchée par cet enjeu d'attractivité du métier de l'aide à la personne âgée puisqu'on y retrouve une déclinaison de plusieurs fiches actions.

L'Essonne se propose d'étudier « la possibilité d'une aide départementale au financement des permis de conduire des personnes en situation de retour à l'emploi afin de favoriser leur accès au métier de l'aide à domicile ».

- Les départements du Bas-Rhin, du Puy-de-Dôme, Finistère et du Doubs développent des actions de soutien aux structures employeurs par une offre de service de recrutement avec, pour certains, une action coordonnée en réseau, groupements d'employeurs ou partenaires de l'emploi (Ille-et-Vilaine « Travailler en réseau avec les partenaires de l'emploi : 4 préconisations » ; Finistère « Favoriser la mutualisation des moyens et la mise en place de groupements d'employeurs »).
- D'autres schémas prévoient ce soutien par une action d'accompagnement à la mise en œuvre d'une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences¹³⁴.

Des propositions, des expérimentations

Des stratégies de coopérations et de rapprochement :

Dans un contexte sociodémographique de vieillissement de la population avec son corollaire, une plus grande dépendance des publics, l'adaptation des ressources de terrain sanitaires et médico-sociales implique aussi des propositions en termes d'expérimentation ou de perspectives pour les prochaines années. Une des propositions récurrentes dans l'ensemble des schémas répond à la stratégie de coopération et de rapprochement entre les deux secteurs à différents niveaux :

- **Des rapprochements intersectoriels.**

Cette recherche de mutualisation des compétences s'inscrit dans une double visée, à la fois de fidélisation des personnels mais aussi de sécurisation des parcours de ceux-ci.

On peut recenser au moins 18 départements et 2 SROMS proposant des actions favorisant le décroisement entre les deux secteurs – services à la personne et secteur médico-social - par des actions de formation ou de propositions de groupes de travail thématiques que l'on peut regrouper comme suit :

¹³² Lot-et-Garonne, Allier, Puy-de-Dôme, Nièvre, Eure-et-Loir, Ardennes (3 fiches actions), Jura, Territoire de Belfort, Meurthe-et-Moselle, Pyrénées-Orientales, Nord, Pas-de-Calais, Maine-et-Loire, Oise, Charente-Maritime ; Aveyron

¹³³ Le Bas-Rhin, Région Auvergne, Yonne, Finistère, Cher, Corrèze et Régions Limousin, Pas-de-Calais, Vienne, Haute-Corse

¹³⁴ Puy-de-Dôme, Indre, SROMS Centre, Doubs, SROMS Franche-Comté, Lozère, Corrèze, Charente, Haute-Garonne, Aveyron.

- mutualiser la connaissance sur la population des personnes âgées et sur le vieillissement entre les professionnels des secteurs personnes âgées / personnes handicapées¹³⁵. Le département du Doubs, par exemple, l'énonce clairement dans une de ses actions « Développer une culture gérontologie décloisonnée »
- mutualiser les savoirs et savoir-faire, les compétences entre les professionnels intervenant à domicile et ceux travaillant en établissements mais aussi inter secteurs – médico-social / sanitaire / services à la personne. Ces dernières actions dessinent une perspective de convergence des métiers du domicile et de ceux des établissements afin de rendre fluide les parcours des professionnels entre ces types de structures et environnements de travail. Ces rapprochements impliquent, en conséquence, l'élaboration d'un référentiel partagé ou commun de bonnes pratiques professionnelles.¹³⁶

• **Appui sur les réseaux et développement de partenariats :**

La structuration d'une politique de formation, quels que soient la structure employeur (établissement et services) ou son secteur (service à la personne, sanitaire, médico-social), oblige à adopter une approche globale et intégrée au territoire, dans l'application logique des Recommandations de l'ANESM sur ce point¹³⁷.

Les partenariats que l'on a pu identifier sont de nature différente. Ainsi, on retrouve dans les schémas de la Vienne et de la région Aquitaine, l'intention de se rapprocher des centres de formation initiale et continue afin de construire un parcours pour le professionnel en aval de la formation et de répondre de façon calibrée aux besoins en compétences des établissements et services. La Haute-Vienne élargit le périmètre des partenaires concernant la formation en impliquant dans ce type de projets le réseau des services sociaux, services impliqués puisque prescripteurs de publics allocataires RSA sur des dispositifs de formation du secteur de l'aide à la personne.

On peut noter aussi la volonté de poursuivre une expérience de coordination initiée dans le département des Ardennes, liée à la singularité de la situation géographique, avec des partenaires belges pour la prise en charge des personnes dépendantes.

« *Poursuivre les coordinations franco-belges autour de la prise en charge des personnes dépendantes* ».

Enfin, le Gers et le Nord affichent une volonté de développer le partenariat sur leur territoire avec l'ensemble des acteurs du secteur gérontologique et particulièrement les Services d'Aides à domicile, dans le cadre des négociations tarifaires et des autorisations.

De nouvelles fonctions ressources pour le territoire : les EHPAD et les CLIC

Afin d'assurer la coordination de la formation sur son territoire, des départements proposent de réfléchir à la **fonction ressource** de l'EHPAD auprès des professionnels, qu'ils soient personnels d'établissement ou intervenants auprès des personnes âgées à domicile : « *Mettre en place un réseau d'EHPAD-ressources chargés de la formation continue du personnel des établissements* » (Dordogne) ; « *Les établissements « centre ressources » : supports au soutien et à la formation des aidants familiaux et des professionnels de santé...* » (Haute-Vienne).

La piste évoquée serait de positionner l'EHPAD comme l'établissement ressource, le plateau technique de référence sur le territoire, chargé de former les personnels (domicile, établissements) mais aussi les autres intervenants auprès de la personne comme les aidants familiaux.

Enfin, les CLIC apparaissent souvent en transversalité des fiches-actions concernant l'information et la formation des professionnels et des aidants familiaux, comme le lieu d'animation et de coordination de l'offre de formation sur le territoire. Deux départements l'identifient précisément dans leur fiche action : « *Mise en œuvre de formation continue au niveau des CLIC pour les professionnels d'intervention* » (Mayenne) ; « *S'appuyer sur les CLIC pour repérer les besoins en formation des aides à domicile employés de gré à gré* » (Vienne) ; « *Renforcer les rôles et l'extension des CLIC* » (Marne).

¹³⁵ Saône-et-Loire, Doubs, Vendée, Charente, Mayenne, Aveyron

¹³⁶ Jura, Franche-Comté, Gironde, Corrèze, Pas-de-Calais, Nord-Pas-de-Calais, Charente, Mayenne, Cantal, Savoie, Drôme, Ardèche, Calvados, L'Orne, Allier, Côte-d'Or, SROMS Rhône-Alpes, SROMS Haute-Normandie

¹³⁷ « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles, ANESM, Décembre 2008.

Un observatoire des emplois et des métiers du secteur

L'émergence de nouveaux besoins en compétences redessine les contours de nouveaux profils et métiers. Afin d'anticiper sur ces évolutions et répondre de façon efficace à la demande, en parallèle aux actions de formations, des départements abordent l'inscription de cette thématique dans une démarche projet et proposent de construire des lieux de repérage, d'observation et d'analyse de l'évolution des métiers dans ce secteur. Les pistes de propositions s'orientent vers des études prospectives impliquant les acteurs politiques et institutionnels locaux qui ont déjà une compétence sur cette thématique, soit en termes d'orientations politiques, soit en terme de mise en œuvre concrète des différents dispositifs de formation : les Conseils Généraux, le Conseil Régional, mais aussi l'Education Nationale, la DRJSCS, les OPCA...¹³⁸

CONCLUSION:

La formation professionnelle est une orientation forte, développée dans tous les schémas, conséquence directe de la diversification des situations, de la montée de nouvelles pathologies et des problématiques complexes. Cette exigence de formation s'inscrit de plus dans la logique de l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Les schémas s'attachent particulièrement à structurer le secteur de l'aide à la personne âgée avec ses différents acteurs : aidants professionnels et familiaux, encadrants. Concernant les professionnels en établissements, les schémas proposent de les soutenir par une offre de formation continue dans une logique d'adaptation au poste de travail. Avec la promotion de l'accueil familial comme alternative à l'établissement et au regard des exigences réglementaires, certains départements s'attachent à encadrer et soutenir ces intervenants par des actions de professionnalisation.

Enfin, les métiers de l'aide à la personne étant peu valorisés et attractifs, l'ensemble des départements propose différentes pistes et moyens pour pallier les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel : communication et information sur les métiers du secteur, mutualisation inter-établissement, coopération intersectorielle, regroupements d'employeurs, développement de partenariats.

Au-delà de la période d'adaptation pour répondre aux différentes problématiques rencontrées, la question de la formation doit être pensée à long terme dans une approche plus globale associée à l'étude et l'observation de l'évolution des compétences et des métiers. C'est dans cette visée que des départements envisagent de réfléchir à cette question dans le cadre d'un observatoire des métiers du secteur afin d'anticiper les besoins en professionnels.

¹³⁸ SROMS Région Limousin, Corrèze, Pas-de-Calais, Vaucluse, SROMS Région Nord – Pas-de-Calais, Cantal, Côte-d'Or, Yonne, Loir-et-Cher

Conclusion et préconisations

L'analyse, en 2013, des schémas départementaux en faveur des personnes âgées et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale, eux-mêmes inscrits dans des plans régionaux de santé de première génération, reflète ce moment de passage et d'incertitudes des politiques médico-sociales dans la deuxième décennie du XXI^{ème} siècle, après la « grande transformation » des lois 2000.

L'analyse soulève un paradoxe entre le souci des territoires de correspondre à l'esprit des lois 2000 et celui de prendre en compte la réglementation, l'organisation et la tarification actuelle. Plusieurs indicateurs mettent à jour ce paradoxe :

- Hormis pour deux régions, on n'observe aucune synchronisation entre les périodes couvertes entre les différents schémas départementaux et régionaux. Avec la mise en place du Plan Régional de Santé et ses trois schémas quinquennaux, cette latitude laissée aux Conseils généraux apparaît assez contre-productive puisque ce sont souvent les mêmes acteurs qui sont mobilisés au niveau départemental et régional, et parfois entre deux départements (voire plus). A l'heure des « diagnostics territoriaux partagés », ces décalages temporels et la multiplicité des sources et des méthodes d'évaluation des besoins et des ressources utilisées sont pour le moins peu opérants. De plus pour au moins 1/5^{ème} des schémas, il existe une période de latence avec le schéma théoriquement quinquennal précédent.

Première préconisation : Il nous paraît cohérent de profiter de la fin des schémas régionaux d'organisation médico-sociale de première génération (2017) pour recalculer sur une même période quinquennale l'ensemble des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Pour les SDOMS décalés de un à trois ans, une actualisation pourrait être effectuée au regard d'un diagnostic territorial partagé en 2017 avec nouveau départ pour une période de cinq ans. Pour les schémas décalés de quatre ans, cela signifierait de lancer un nouveau schéma avec un an d'avance par rapport à la date d'échéance mais en bénéficiant d'une mutualisation des moyens de diagnostic territorial partagé avec la région (traitement des sources existantes, enquêtes spécifiques et mobilisation des acteurs).

- Seulement la moitié des schémas en cours ont effectué un bilan du schéma précédent (41 sur 81 vérifiables) et il s'agit le plus souvent de bilans qualitatifs sans reprise point par point des orientations et des actions prévues aux schémas. Les raisons en sont multiples : changement de majorité politique au Conseil Général, évolution forte du paysage administratif ou réglementaire qui rend difficile la reprise des indicateurs d'évaluation prévus, changement de priorités en cours de schémas, difficultés à construire des co-financements, absence de promoteurs, etc. Pourtant il existe quelques bilans remarquables qui semblent être une condition de la qualité de l'élaboration du schéma suivant. D'autre part, au-delà des sources et méthodes d'élaboration utilisées et qui sont décrites au chapitre 1, deux grandes orientations stratégiques se dégagent de l'analyse :

- D'une part le **soutien ou le maintien d'une vie à domicile** en lien avec un souhait et une demande émanant des personnes concernées ;
- D'autre part, au niveau des moyens, c'est la **coordination des acteurs** pour répondre aux attentes des personnes qui est priorisée dans la quasi-totalité des schémas.

Mais ces orientations sont plus incitatives que réglementaires et n'engagent pas les groupes d'acteurs, n'ayant pas force de loi. Or, les bilans d'un département pourraient servir de manière constructive à d'autres territoires et créer une culture commune.

Deuxième préconisation : Il paraît indispensable, à l'analyse des schémas en cours, d'effectuer une réelle évaluation à la fois quantitative et qualitative des schémas d'organisation médico-sociale, avec analyse des écarts entre le prévisionnel et le réalisé, en définissant une méthodologie d'évaluation réaliste et concrète et un mode d'organisation de l'évaluation tout au long du schéma.

- Un schéma départemental PA sur 5 (21 en tout) est conjoint, le plus souvent avec le schéma PH pour former un schéma « Autonomie ». Cela va dans le sens de la fin de la barrière des âges, annoncée depuis dix ans par les exécutifs successifs et toujours repoussée, même si elle correspond à l'esprit des lois françaises et aux recommandations européennes en matière de lutte contre les discriminations par l'âge. 21, c'est peu, mais il y a juste trois ans, nous en comptons deux fois moins (9). Et le processus s'est accéléré dans les deux dernières années.
- Les approches infra-départementales sont, elles aussi, en forte augmentation et concernent plus de la moitié des départements français. Mais on constate qu'il n'y a pas encore de philosophie stable sur la question et comme les textes les y incitent, départements et ARS négocient les échelons territoriaux les plus pertinents. Ce qui peut préoccuper l'observateur est que les organisations antérieures, et fortement installées du fait même qu'elles ne se risquent pas aux efforts et aléas du changement souvent nécessaires, jouent un rôle important dans les négociations actuelles.

Troisième préconisation : Les découpages infradépartementaux ont été précédés de réflexions et d'analyse correspondant à des logiques de coordination de moyens, de cohérence de bassins de vie, d'analyses des flux qui ont surdéterminés des logiques d'équipement. L'expérimentation des territoires de proximité dans les Plans Régionaux de Santé de première génération pourraient être l'occasion d'une réflexion commune entre la région et les départements sur le niveau d'infra-territorialité le plus pertinent pour répondre aux besoins multiples des personnes et des populations en situation de vulnérabilité.

Le second chapitre de ce rapport développe des analyses thématiques qu'on retrouve dans la plupart des schémas, et qui correspondent à des interrogations majeures de la société française aujourd'hui. Ces thématiques font d'ailleurs l'objet, au niveau national (voire européen) de « **plans** », de rapports officiels, de groupes de travail.

Ces analyses thématiques permettent de faire le point sur la réflexion autour de ces sujets au niveau des territoires qui y sont confrontés et chargés d'y répondre.

A travers les orientations retenues dans chaque thématique, les schémas tentent d'introduire de la cohérence et du consensus là où il n'y a pas de contrainte.

Les orientations en matière de **formations transversales** aux secteurs d'intervention en sont un bon exemple. La focalisation sur les populations atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées qui ont bénéficié d'un **programme expérimental**, qui s'est par la suite généralisé, est un deuxième exemple.

Par ailleurs, les efforts de diversification et l'adaptation de l'offre ont pour objectif de trouver une nouvelle logique du parcours de vie et de soins alors que les compétences sont encore séparées, comme les législations, les réglementations et les tarifications.

Quatrième préconisation : La déclinaison des orientations et des thématiques des schémas convergent vers une démarche d'évaluation et de concertation partagée entre les financeurs, les secteurs d'intervention publique, les échelons territoriaux, les acteurs (les professionnels, les aidants et les bénéficiaires). Cette démarche, présente dans l'esprit des lois 2000 et dans tous les rapports récents concernant l'organisation des soins et de l'action sociale et médico-sociale, suppose de développer, au niveau territorial le plus pertinent (cf. 3ème préconisation) des diagnostics territoriaux partagés qui pourront déboucher sur des tables de concertation tactiques et des formations-actions transversales.

Le nouveau statut des CREAI, en préparation fin 2013, devrait leur permettre d'assurer une veille analytique des schémas et plans territoriaux et d'évaluer ainsi de manière continue, les évolutions, les rapprochements, les mises en cohérence des politiques sanitaires et médico-sociales en fonction d'un diagnostic territorial partagé des attentes et des besoins des personnes vulnérables.

Les SROMS première génération se termineront pour la plupart en 2016. Aujourd'hui, les CREAI ont proposé une analyse nationale des schémas départementaux Handicap (2011), puis une analyse nationale des schémas départementaux Personnes âgées et SROMS, pendant que la CNSA faisait un bilan des SROMS de première génération et qu'un appel à projets est lancé pour effectuer les bilans des premiers PRS...

Il nous paraîtrait pertinent pour 2016, à partir du suivi en continu des schémas par les CREAI, que soit réfléchi une analyse nationale comparée des politiques territoriales en faveur des personnes en perte ou en manque d'autonomie, à partir des schémas départementaux PA, PH, Autonomie, SROMS, SRP et SROS.

AIS	Actes de soins infirmiers
ALMA	Allô maltraitance des personnes âgées
ANAH	Agence nationale de l'amélioration de l'habitat
ANESM	Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale
ANCREAI	Association nationale des CREAI
AMP	Aide Médico-psychologique
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARACT	Association Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale pour la santé
AS	Aide-soignant
ASG	Assistant de soins en gérontologie
ASH	Agent de service hospitalier
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CG	Conseil Général
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSCT	Comité hygiène sécurité et conditions de travail
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	Comité départemental de retraités et des personnes âgées
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
DEAVS	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	Diplôme universitaire
EHPA	Enquête auprès des établissements pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA	Équipe spécialisé Alzheimer
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIR	Groupes iso-ressources
GMP	Gir - groupe iso-ressources - moyen pondéré
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HID	Handicaps Incapacités Désavantages
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
INSEE	Institut national de la statistique des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de recherche médicale
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAMA	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
MDSI	Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMPHALE	Outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves
OPAC	Office public d'aménagement et de construction
PA	Personnes âgées
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PH	Personnes handicapées
PMP	Pathos moyen pondéré
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
SAD/SAAD	Services d'aide à domicile
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UHR	Unités d'hébergement renforcées
USLD	Unité de soins de longue durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience

ANNEXE 1

LES TERRITOIRES ET LA POPULATION DES SCHÉMAS

Région	départements	Période	Publics couverts
ALSACE	Bas-Rhin	2010-2014	PA
	Haut-Rhin	2012-2016	PA
AQUITAINE	Dordogne	2009-2013	PA
	Gironde	2012-2016	PA/PH
	Landes (a)		PA
	Lot-et-Garonne	2011-2015	PA
	Pyrénées-Atlantiques	2013-2017	PA/PH
AUVERGNE	Allier	2013-2017	PA/PH/Pte enfance/protect enfance
	Cantal	2008-2012	PA
	Haute-Loire	2009-2013	PA
	Puy-de-Dôme	2009-2013	PA
BASSE-NORMANDIE	Calvados	2011-2015	PA
	Manche	2008-2013	PA
	Orne	2010-2014	PA
BOURGOGNE	Côte-d'Or	2006-2010	PA
	Nièvre	2010-2014	PA
	Saône-et-Loire	2010-2014	PA/PH
	Yonne	2009-2014	PA
BRETAGNE	Côtes-d'Armor (b)	2009-2014	PA
	Finistère	2009-2013	PA
	Ille-et-Vilaine (a) (b)	2005-2014	PA
	Morbihan	2011-2015	PA

Territoire	SROMS période couverte	SROMS territoire
Territoires d'action sociale	2012-2016	4 territoires de santé + zones de proximité
Pôles gérontologiques/CLIC		
Pôles gérontologiques/CLIC	2012-2016	6 territoires de santé
Territoires d'action sociale		
Pôles gérontologiques/CLIC		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale	2012-2016	15 bassins de santé intermédiaires + 131 bassins de santé de proximité
Arrondissements		
Territoires d'action sociale		
Arrondissements		
Territoires d'action sociale	2013-2017	
Pas de référence territoriale		
Pôles gérontologiques/CLIC		
Définir un découpage est un des objectifs du schéma	2012-2016	
Territoire d'action médico-sociale		
Bassins de vie (différents INSEE)		
Territoires d'action sociale		
Pays	2012-2017	8 territoires de santé
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		

Région	départements	Période	Publics couverts
CENTRE	Cher	2006-2010	PA
	Eure-et-Loir	2007-2012	PA
	Indre	2008-2013	PA
	Indre-et-Loire	2008-2013	PA
	Loir-et-Cher	2004-2009	PA
	Loiret	2004-2009	PA
CHAMPAGNE-ARDENNE	Ardennes	2008-2013	PA/PH
	Aube	2006-2011	PA
	Haute-Marne	2006-2011	PA
	Marne	2006-2011	PA
CORSE	Corse-du-Sud	2011-2015	PA/PH
	Haute-Corse	2009-2013	PA
FRANCHE-COMTÉ	Doubs	2008-2012	PA
	Jura	2008-2012	PA/PH
	Haute Saône	2012-2016	PA
	Territoire de Belfort	2012-2016	PA
HAUTE-NORMANDIE	Eure	2006-2009	PA
	Seine-Maritime	2007-2011	PA
ÎLE-DE-FRANCE	Essonne	2011-2016	PA
	Hauts-de-Seine	2005-2010	PA/PH
	Paris	2012-2016	PA
	Seine-et-Marne	2006-2011	PA
	Seine-Saint-Denis	2008-2012	PA
	Val-de-Marne	2013-2017	PA
	Val-d'Oise	2012-2015	PA
	Yvelines	2010-2015	PA

Territoire	SROMS période couverte	SROMS territoire
Territoires d'action sociale	2012-2016	6 territoires de santé + territoires de proximité
Territoires d'action sociale		
Zones d'intervention assurant « un maillage »		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		
Arrondissements	2012-2016	Territoires gérontologiques des CG + zones d'intervention des SSIAD
Arrondissements		
Territoires d'action sociale		
Non précisé		
Non précisé	2012-2016	1 territoire de santé
Territoire d'action médico-sociale		
Pays	2012-2016	Aire régionale
Pas de référence territoriale		
Pas de référence territoriale		
3 aires urbaines		
	2012-2017	8 territoires de « parcours de vie et de santé » s'intégrant aux territoires de santé
Pôles gérontologiques/CLIC	2013-2017	8 territoires de santé
Pôles gérontologiques/CLIC		
Pôles gérontologiques/CLIC		
Territoires d'action sociale		
Pôles gérontologiques/CLIC		
En cours de définition		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale et médico-sociale		

Région	départements	Période	Publics couverts
LANGUEDOC-ROUSSILLON	Aude	2012-2014	PA
	Gard	2011-2014	PA
	Hérault	2008-2012	PA/PH
	Lozère	2013-2017	PA/PH/personnes en exclusion sociale
	Pyrénées-Orientales	2007-2012	PA
LIMOUSIN	Corrèze	2012-2016	PA/PH
	Creuse	2010-2015	PA/PH
	Haute-Vienne	2007-2011	PA
LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	2009-2013	PA
	Meuse	2009-2013	PA
	Moselle	2010-2013	PA/PH
	Vosges	2009-2013	PA
MIDI-PYRÉNÉES	Ariège	2005-2010	PA
	Aveyron	2008-2013	PA/PH
	Haute-Garonne	2010-2015	PA
	Gers	2009-2013	PA
	Lot	2005-2010	PA
	Hautes-Pyrénées	2012-2016	PA
	Tarn	2007-2012	PA
	Tarn-et-Garonne	2011-2015	PA
NORD-PAS-DE-CALAIS	Nord	2012-2015	PA
	Pas-de-Calais	2008-2012	PA
PAYS-DE-LA-LOIRE	Loire-Atlantique	2011-2016	PA
	Maine-et-Loire	2011-2016	PA/PH
	Mayenne	2008-2012	PA
	Sarthe	2010-2014	PA
	Vendée	2010-2014	PA

Territoire	SROMS période couverte	SROMS territoire
Pôles gérontologiques/CLIC	2012-2016	5 territoires de santé + territoire de proximité
Territoires d'action sociale		
Pôles gérontologiques/CLIC		
Territoires d'action sociale		
Bassins de vie		
Territoires d'action médico-sociale	2012-2016	1 seul territoire de santé + territoires de proximité
Territoires d'action sociale		
Pays		
Territoires d'action sociale	2012-2017	8 territoires de santé + territoires de proximité
Territoires d'action sociale		
Pays		
arrondissements		
Schéma non étudié	2012-2016	8 territoires de santé + territoires de proximité
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action médico-sociale		
Territoires d'action sociale		
Schéma non étudié		
Pôles gérontologiques/CLIC		
Pas de référence territoriale		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale	2012-2016	4 territoires de santé + territoires de proximité
Territoires d'action sociale		
Définir un découpage est un des objectifs du schéma	2012-2016	territoires de santé + territoires de proximité
Définir un découpage est un des objectifs du schéma		
Pôles gérontologiques/CLIC		
Pas de référence territoriale		
Pas de référence territoriale		

Région	départements	Période	Publics couverts
PICARDIE	Aisne	2012-2016	PA/PH
	Oise	2012-2017	PA/PH
	Somme	2012-2016	PA
POITOU-CHARENTES	Charente	2008-2012	PA
	Charente-Maritime	2011-2016	PA
	Deux-Sèvres	2010-2014	PA
	Vienne	2010-2014	PA
PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR	Alpes-de-Haute-Provence	2008-2012	PA
	Hautes-Alpes (b)	2007-2014	PA
	Alpes-Maritimes	2012-2016	PA
	Bouches-du-Rhône	2009-2013	PA
	Var	2008-2013	PA/PH
	Vaucluse	2012-2016	PA
RHÔNE-ALPES	Ain	2006-2010	PA
	Ardèche	2009-2013	PA
	Drôme	2012-2016	PA/PH
	Isère	2011-2015	PA/PH
	Loire	2008-2012	PA
	Rhône	2009-2013	PA/PH
	Savoie	2011-2016	PA
	Haute-Savoie	2008-2012	PA

(a) les prochains schémas des départements concernés en cours de réactualisation seront conjoints PA/PH

(b) schémas prolongés lors de leur arrivée à échéance

Territoire	SROMS période couverte	SROMS territoire
Pays	2012-2016	5 territoires de santé
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		
Pas de référence territoriale	2012-2016	Territoires de santé
Pays		
Pas de référence territoriale		
Pas de référence territoriale		
Pas de référence territoriale	2012-2016	Territoires de santé
harmoniser les découpages est un des objectifs du schéma		
Pas de référence territoriale		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale	2013-2017	5 territoires de santé 30 filières gériatriques
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale + Territoires de filière gériatrique		
Territoires d'action sociale + Territoires de filière gériatrique		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale		
Territoires d'action sociale + Territoires de filière gériatrique		
Territoires d'action sociale		

ANNEXE 2

GROUPES DE TRAVAIL THÉMATIQUES

ALSACE	Bas-Rhin	1. Anticipation et observation sociale, 2. Information, 3. Coordination, 4. Prévention, 5. Aide à la personne, 6. Accompagnement social, 7. Hébergement adapté, 8. Solutions alternatives, innovation et domotique
	Haut-Rhin	1. Accueil, écoute, information, orientation, évaluation, accompagnement, coordination 2. Soutien à domicile 3. Aide aux aidants, prévention 4. Accueil en établissement 5. Logement, habitat
	SROMS	Un groupe consacré à la priorité 6 du PRS : Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile
AQUITAINE	Dordogne	1. Accompagner à domicile 2. Accompagner en institution 3. Accompagner les personnes atteintes de démence 4. Coordonner les accompagnements
	Gironde	1. Lien social et accès aux droits 2. Prévention, formation, coordination 3. Domicile 4. Hébergement
	Landes	Pas d'information
	Lot-et-Garonne	1. Soutien à domicile 2. Accueil familial 3. Qualité de vie en EHPAD 4. Prise en charge des personnes désorientées 5. Coordination
	Pyrénées-Atlantiques	1. Les services à domicile SAD-SSIAD-SAVS/SAMSAH 2. La politique d'accompagnement et de soutien des aidants familiaux 3. La politique de l'habitat adapté 4. L'accueil familial 5. L'adaptation et le développement de l'offre en établissement 6. L'accueil, l'information, la coordination sur les territoires 7. Les coopérations inter-établissements et services 8. La lutte contre la maltraitance 9. La santé et la prévention 10. Les loisirs, la culture, le sport et les TIC
	SROMS	Réunions dans chaque des territoires de santé : présentation du diagnostic PA et débats + groupes de travail thématiques - personnes âgées » - L'accès au soin des personnes en situation de précarité - la formation des professionnels sur l'autisme et des actions innovantes pour la prise en charge de ces publics (y compris personnes vieillissantes)
AUVERGNE	Allier	- Aide aidants - Coopération - Soutien et aide à domicile - Qualité de l'accompagnement - Fluidifier le parcours des personnes - Vivre dans son environnement et son territoire
	Cantal	Coordination territoriale (CLICS et Réseau) • La prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle et de leurs aidants • Le soutien à domicile • L'évolution de l'offre en et à partir des établissements • Le vieillissement des personnes handicapées • Le recrutement et la formation des personnels
	Haute-Loire	Deux sessions de groupes de travail ont été organisées sans précision sur les thématiques
	Puy-de-Dôme	La qualité de l'accompagnement de la personne âgée et de son entourage • L'évolution des métiers/perspectives d'emploi • Les alternatives et innovations dans l'accompagnement de la personne âgée dépendante • La territorialisation de l'action gériatrique
	SROMS	Qualité, évaluation et sécurité des accompagnements médicaux-sociaux Organisation et mise en œuvre des filières gériatriques avec le parcours de vie et de soins par territoire

BASSE-NORMANDIE	Calvados	Ateliers de travail sans précision sur les thématiques
	Manche	Soutien à domicile, Prévention de la dépendance à domicile, Maintien du lien social, Qualité de vie en établissement, Information et coordination, Prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, Personnes handicapées vieillissantes
	Orne	Gp de travail sans précision
	SROMS	- Connaissance des besoins des PA - Maintien à domicile des PA - Prise en charge psychiatrique de la PA - PH vieillissantes
BOURGOGNE	Côte-d'Or	- Connaissance des personnes âgées - Connaissance de l'offre de services dans le cadre de l'accompagnement à domicile - L'adaptation de l'accueil en établissement - Les droits et libertés des personnes âgées
	Nièvre	- Hébergement, - Maintien à domicile - Coordination
	Saône-et-Loire	- Valeurs et éthique du schéma - Modalités de réussite de la convergence à travers l'accueil, l'accompagnement et la compensation de la perte d'autonomie - Consolidation du maintien à domicile par de nouvelles solutions à inventer - Nouveau partenariat avec les acteurs intervenant sur le secteur médico-social - Nouveaux défis à prendre en compte dans le schéma
	Yonne	- La prise en charge des personnes âgées (démarche qualité, professionnalisation, bientraitance, problématique des personnes handicapées vieillissantes) - Les nouvelles dépendances : qu'est-ce que la dépendance et comment doit-on la prendre en charge ? (problématique de la maladie d'Alzheimer, structures de répit/relais) - La coordination gérontologique : le parcours de vie de la personne âgée et de son entourage, les réseaux (hôpital, médecine de ville, structures) et les partenariats (notion de territoire, fonctionnement des CLIC...).
	SROMS	2 groupes thématiques sur les personnes âgées - Le domicile ; - Les lieux de vie collectifs
BRETAGNE	Côtes-d'Armor	- Concertation dans les territoires : + - Réunions départementales à thème : - Un habitat individuel adapté pour favoriser le maintien à domicile" - "Être citoyen et acteur de sa vie à tout âge - Bien vieillir en Côtes-d'Armor" - Séminaire "Vivre ensemble l'intergénérationnel aujourd'hui - une solidarité entre les âges aujourd'hui et demain"
	Finistère	- Le dossier unique et la gestion informatisée des listes d'attente - L'aide à domicile (poursuivre l'évolution : - La prévention - Les aides mobilisables, notamment financières - L'animation - La coordination - Accueils et les nouveaux services en établissement (services dans l'établissement ou gérés par l'établissement), - L'accueil familial - La démarche qualité
	Ille-et-Vilaine	• Étude des besoins, diversification des prises en charge, aide aux aidants ; • Démarche qualité ; • Transports.
	Morbihan	Groupes de travail sans précision des thématiques
	SROMS	Personnes en situation d'addiction, Santé mentale Pathologies du vieillissement Bientraitance Observation partagée accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

CENTRE	Cher	- Adaptation des structures actuelles à l'accompagnement des personnes âgées - L'innovation et l'accompagnement des personnes désorientées - L'observation - La prévention
	Eure-et-Loir	Adaptation et évolution des structures d'hébergement - Politique en faveur du maintien à domicile - Structuration des coordinations gérontologiques et des réseaux locaux - Actions de formation et de recherche de la qualité – prévention de la maltraitance
	Indre	Vie à domicile - Accueil en établissement - Coordination des dispositifs et des institutions
	Indre-et-Loire	Concertation sans précision
	Loir-et-Cher	Logement adapté en centre bourg - Aide à domicile - Lutte contre la maltraitance - Étude des populations et demandes d'entrée - 1 Commission réseaux de coordination gérontologique
	Loiret	La coordination gérontologique : pivot de l'action gérontologique - Les conditions de réussite du maintien à domicile - L'hébergement institutionnel : adapter et décloisonner - Gérontologie et technologies de l'information et de la communication
	SROMS	Gp personnes âgées sur chaque territoire de santé
CHAMPAGNE-ARDENNE	Ardennes	La prise en charge à domicile - La prise en charge en institution - Accès à la ville, à la communication et à la citoyenneté - Coordination, information et liens entre les acteurs - Handicap et vieillissement
	Aube	Adaptation et évolution des EHPAD - Les unités dites « Alzheimer » dans les EHPAD - Alternatives à l'hébergement institutionnel - Service d'aide à la personne - Coordination gérontologique - Protection de la personne
	Haute-Marne	Rien de précisé à ce sujet
	Marne	La prévention - La vie à domicile - L'accueil en établissement - La coordination
	SROMS	Rien de précisé à ce sujet
CORSE	Corse-du-Sud	Concertation sans précision
	Haute-Corse	Concertation sans précision
	SROMS	Concertation sans précision
FRANCHE-COMTÉ	Doubs	3 groupes de travail se sont réunis chacun : - Un inventaire de l'offre - Les besoins sociaux dans le territoire - Coordinations, coopérations et transversalités deux fois sur les thèmes suivants : - Coordination pluridisciplinaire : les CLIC et réseaux - De l'hôpital au domicile : améliorer les conditions du parcours - Une qualité au service de la personne : prestations, bientraitance, formation, évaluation - Les publics spécifiques : les personnes précaires, les personnes migrantes, les personnes « hors dispositifs » - Les différentes formes d'hébergement et d'accueil - L'implication et la participation des usagers et de leur famille et les dimensions intergénérationnelles l'accessibilité : la mobilité, le logement, les services, etc.
	Haute Saône	- Réunir les conditions d'évolution des établissements - Renforcer la coordination des intervenants à domicile - Diversifier l'offre de services au soutien de la politique d'aide au maintien à domicile
	Jura	- Groupe 1 : structures d'hébergement collectif pour personnes âgées - Groupe 2 : maintien à domicile des personnes âgées - Groupe 3 : accès aux loisirs, aux sports, à la culture et aux transports
	Territoire de Belfort	- Établissements : prise en charge Alzheimer (13 participants) - Information et soutien à la vie sociale (5 participants) - Solutions de répit et aide aux aidants (17 participants, groupe transversal PA-PH) - Vieillesse des personnes handicapées (23 participants, groupe transversal PA-PH)
	SROMS	Pas de précision

HAUTE-NORMANDIE	Eure	Pas de précision
	Seine-Maritime	Pas de précision
	SROMS	Pas de précision
ÎLE-DE-FRANCE	Essonne	Sans précision
	Hauts-de-Seine	• Diversification de l'offre et innovation • Professionnalisation et qualité • Coordination • Communication et information
	Paris	• Les seniors, une place à part entière dans la Cité • Accompagner le grand âge à Paris : agir au domicile, adapter l'offre d'hébergement, prendre en compte la réalité des aidants • Affirmer la coordination territoriale et le travail en réseau des professionnels au service des personnes âgées Prendre en compte les problématiques émergentes
	Seine-et-Marne	• Le soutien à domicile • Les structures d'accueil • Coordinations, réseaux gérontologiques et CLIC • Habitat et cadre de vie Prévention et promotion de la santé
	Seine-Saint-Denis	• Se coordonner pour travailler ensemble sur des territoires • Accompagner les personnes âgées dans l'exercice de leur citoyenneté et dans leur parcours de vie Répondre aux besoins des personnes dans le respect de leur dignité
	Val-de-Marne	• Soutenir la personne âgée dans son environnement • Les nouveaux défis de la qualité de l'accompagnement à domicile et en établissement • Les articulations à développer entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social pour l'accompagnement des personnes âgées • Le soutien à apporter aux aidants non professionnels
	Val-d'Oise	Sans précision
	Yvelines	• Comment professionnaliser les services à domicile et assurer un service de qualité en faveur des personnes vulnérables. • Comment intensifier la lutte contre l'isolement et la maltraitance des personnes vulnérables et des aidants • Comment lever les freins au développement des accueils alternatifs à l'hébergement permanent ? • Comment développer une offre adaptée en faveur des personnes atteintes d'Alzheimer ? • Comment initier et développer une démarche qualité au sein des établissements et services ?
LANGUEDOC-ROUSSILLON	SROMS	Sans précision
	Aude	Sans précision
	Gard	Citoyenneté, Accompagnement du projet de vie, Vie en établissement, Prévention, Travail en réseau Nouveaux modes de gouvernance
	Hérault	Concertation sans précision sur les thématiques
	Lozère	- axe 1 : qualité de l'accompagnement humain des usagers - axe 2 : palette diversifiée des parcours possibles des usagers sur le territoire départemental - axe 3 : mutualisation des ressources et fonctionnement en réseau - axe 4 : prévention des situations à risque pour les usagers
	Pyrénées-Orientales	Quel accompagnement pour demain ? Le logement, Qualité et ressources humaines Le maintien du lien social
	SROMS	Concertation avec les CG sans précision

LIMOUSIN	Corrèze	Groupe prévention y compris personnes âgées (dépistage, diagnostic précoce, centre ressources, alimentation, aide aux aidants) Qualité de l'accompagnement (au domicile, en établissement, formation/professionnalisation, évaluation) Droit des usagers (accès aux soins, libre choix, bientraitance) Quelles solutions pour la prise en charge des pathologies/handicaps spécifiques (Alzheimer, autisme, handicap psychique) Décloisonnement / mutualisation / coopération / coordination (accueil, information, passerelles, coordination) Accès dans la cité, vie sociale Offre intermédiaire, expérimentations, économie du médico-social Territoire de vie, territoires de santé Ou communication/enjeux Maison de l'Autonomie
	Creuse	- Favoriser la convergence des politiques de prise en charge des personnes âgées / personnes handicapées à domicile - Mieux prendre en compte la réalité du handicap - Mieux prendre en compte les conséquences du vieillissement - Créer les conditions d'une architecture départementale coordonnée des services, institutions, et autres partenaires
	Haute-Vienne	L'organisation des services de maintien à domicile et la prévention de la dépendance - Le renforcement des capacités d'accueil en établissements et la diversification des modes de prise en charge - Le fonctionnement des coordinations gérontologiques et leur articulation avec les réseaux de santé gérontologiques
	SROMS	- Mutualisation et contractualisation - Dépistage précoce - Personnes handicapées vieillissantes - Maintien à domicile - Filière gériatrique - Filière Alzheimer
LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Groupe de travail par territoire
	Meuse	- La Maltraitance - La mise en réseau des établissements - La maladie d'Alzheimer - L'aide aux aidants - L'environnement de la Personne Agée
	Moselle	- Accueil et hébergement - Soutien à domicile et cadre de vie - Longévité et intergénérationnel - Droits et liberté
	Vosges	Sans précision
	SROMS	- Connaissance de l'offre et des besoins - Accompagnement de la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées - Restructuration et financement - Personnes en difficulté spécifiques
MIDI-PYRÉNÉES	Ariège	Non étudié
	Aveyron	• Améliorer le dispositif de maintien à domicile • Soutenir les aidants naturels • 2008-2012 : quelle politique d'accueil en établissement ? • Améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées • Encourager l'émergence de structures de coordination
	Haute-Garonne	• La coordination des acteurs et des intervenants autour de la personne âgée ; • La prise en charge en établissement pour les 5 prochaines années ; • La prise en charge de la maladie d'alzheimer et des pathologies apparentées ; • La prise en charge des publics spécifiques.
	Gers	• L'information des usagers et des acteurs, • Le maintien à domicile, • La coordination gérontologique, • L'hébergement en établissement, • L'accueil familial et le partenariat
	Lot	Non étudié
	Hautes-Pyrénées	• Soutien et coordination des acteurs du maintien à domicile • Prévention et lutte contre la maltraitance et protection des personnes âgées • Quelles alternatives entre domicile et établissement ? • La prise en charge des personnes handicapées âgées • Aménagement du territoire, d'une prise en charge généraliste à des accueils spécifiques thématiques • Contraintes financières et reste à charge

MIDI-PYRÉNÉES	Tarn	• Garantir une qualité de vie aux personnes âgées restant à leur domicile • Poursuivre la modernisation des structures d'accueil, adapter les capacités et la médicalisation des structures • Coordonner l'action gérontologique de territoire • Faciliter l'accès au dispositif d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées
	Tarn-et-Garonne	<u>Établissements</u> • Coordination de l'offre et de la demande d'accueil • Mutualisation des moyens entre établissements • Amélioration et diversification de l'offre et/ou des modes de prises en charge existants, • Appréciation des éventuels nouveaux besoins à satisfaire. <u>Domicile</u> • Formation et qualification des aides à domicile, • Aide aux aidants • Coordination gérontologique : entre domicile/établissements de soins, établissements ou services médico-sociaux (hébergement permanent, temporaire, accueil de jour) • Fonctionnement et problématique des accueils de jour
	SROMS	Sans précision
NORD-PAS-DE-CALAIS	Nord	Concertation sans précision sur les thématiques
	Pas-de-Calais	- La coordination gérontologique, - Le soutien à domicile, - La diversification et la structuration de l'offre résidentielle, - L'offre d'accueil médicosocial, - Citoyenneté et prévention à la perte d'autonomie, - L'accès aux soins, - Promotion de la bientraitance
	SROMS	Sans précision sur les thématiques
	Loire-Atlantique	Sans précision sur les thématiques
PAYS-DE-LA-LOIRE	Maine-et-Loire	- Quelles orientations prioritaires en matière de prévention ? - Quelle politique de soutien à domicile, milieu naturel de vie ? - La prise en compte de la souffrance psychique et du handicap psychique - Les réponses aux défis liés au vieillissement de la population - Le soutien aux parents et aux aidants - La diversification de l'accompagnement en lieux d'accueil - L'insertion professionnelle des personnes en situation de vulnérabilité Partenariats, coopérations et coordinations sur le département et leur déclinaison en territoire
	Mayenne	- Le soutien à domicile - Les établissements d'hébergement - Les articulations domicile/établissement, la coordination et les réponses alternatives - La prévention, la recherche et les innovations
	Sarthe	- Établissements - Domicile - Coordination - Prévention, information, vie quotidienne
	Vendée	- Maintien à domicile - Solutions d'accueil - Prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer - Coordination des acteurs sur le terrain Nouveaux enjeux, nouveaux besoins, nouvelles réponses
	SROMS	Pas d'information
	Aisne	Maintenir le lien social, Soutenir les aidants, Intervenir à domicile, Assurer la qualité à domicile et en établissement, Coordonner, observer, informer.
	Oise	Tables rondes : - Faire de la psychiatrie et du CHI un partenaire des réponses médico-sociales du département, - Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie, - Développer les innovations pour permettre une vie autonome
PICARDIE	Somme	Sans précision
	SROMS	Sans précision

POITOU-CHARENTES	Charente	Plusieurs groupes de travail sans précision sur les thématiques
	Charente-Maritime	Comment faciliter la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenant auprès de la personne âgée ? 2- Comment améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées à domicile ou en famille d'accueil et comment soutenir et former les intervenants, les familles et les accueillants familiaux ? 3- Comment optimiser l'accueil en établissement et comment l'adapter aux besoins notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? 4- Comment encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société
	Deux-Sèvres	La mutation des services d'aide à domicile - L'EHPAD de demain - La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD - La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée - La prise en compte des personnes âgées dans les différentes politiques du CG
	Vienne	La qualité de l'accueil en établissement et l'évaluation des capacités d'accueil La qualité de la prise en charge à domicile, notamment pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et leurs aidants Les solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé La continuité et la qualité des soins aux personnes âgées dépendantes
	SROMS	Sans précision
PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR	Alpes-de-Haute-Provence	Concertation sans précision sur les thématiques
	Hautes-Alpes	• Améliorer le parcours de vie et la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes • Soutenir les aidants familiaux • Renforcer la coordination gérontologique • Développer la mutualisation
	Alpes-Maritimes	Concertation sans précision sur les thématiques
	Bouches-du-Rhône	Concertation sans précision sur les thématiques
	Var	• L'accompagnement des PHV et des PA • La convergence entre les dispositifs pour PA et PH • L'accompagnement des PA en établissement • L'accompagnement des PA à domicile
	Vaucluse	Concertation sans précision sur les thématiques
	SROMS	• Améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées • Parcours de santé et de vie des PA
RHÔNE-ALPES	Ain	Pas d'information
	Ardèche	Pas d'information
	Drôme	Pas d'information
	Isère	Pas d'information
	Loire	Pas d'information
	Rhône	Pas d'information
	Savoie	Pas d'information
	Haute-Savoie	Pas d'information
	SROMS	Pas d'information

Après l'analyse nationale comparée des schémas départementaux d'organisation médico-sociale versus « handicap » éditée par l'ANCREAI en 2011, voici l'analyse nationale comparée des schémas territoriaux (départementaux et régionaux) versus « personnes âgées ».

Comme nous le disions en 2011, comparer, au niveau national, les schémas d'organisation médico-sociale, aurait été une gageure il y a dix ans, voire cinq ans.

C'est qu'en quelques années, l'expertise des collectivités et administrations en matière de schémas s'est fortement développée, les textes et guides d'élaboration se sont précisés, les rapports officiels concernant les politiques médico-sociales ont tous souligné l'importance d'une planification cohérente et coordonnée, enfin, les évaluations des politiques et programmes ont souligné l'exigence d'une maîtrise des engagements de dépenses.

Ici aussi, la question de ***l'évaluation des besoins*** se pose dans tous les ***schémas territoriaux*** Personnes Agées (Schémas départementaux d'organisation sociale et Schémas régionaux d'organisation médico-sociale, SROMS) et appelle à une perfectibilité des systèmes d'information, aussi bien sur les situations que sur l'offre de services afin de préparer les futurs « diagnostics territoriaux partagés ».

La question de ***l'infra-territorialité*** se pose aussi dans les schémas personnes âgées. Alors que pour le handicap la plupart des départements s'organisaient par cantons ou selon le découpage des unités sociales territoriales, en ce qui concerne les « personnes âgées », 42,5% d'entre eux s'organisent en fonction de celles-ci, 12,8%, autour des coordinations gérontologiques ou CLIC, et 6,4% des départements s'organisent en fonction des « pays ».

Les SROMS pour leur part ont été élaborés en fonction de leurs territoires de santé (le département pour certains) et parfois de leurs territoires de proximité.

Le SROMS de Basse-Normandie croise bassins de vie, territoires des CLIC et zones d'intervention des équipes Alzheimer. Celui de Champagne-Ardenne s'appuie sur les territoires gérontologiques des conseils généraux et sur les zones d'intervention des SSIAD. Le SROMS Rhône-Alpes, qui a recomposé ses huit départements en cinq territoires de santé, prend en compte pour les PA les 30 territoires filières gérontologiques, dont 12 sont interdépartementaux.

Les ***deux grandes orientations*** des schémas territoriaux concernent d'une part, comme objectif priorisé, « le maintien à domicile » et d'autre part, comme moyen pour éviter les ruptures de parcours de vie, « la coordination des acteurs ».

Enfin, comme pour les schémas handicap, il nous a paru fructueux de comparer la manière dont les départements problématisaient certaines questions, et comment ils y répondaient. C'est l'objet de l'analyse thématique. Nous avons constaté là encore des convergences certaines et des expérimentations pertinentes.

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, qui a participé à son financement dans le cadre de sa section V.

ANCREAI

5, rue Las Cases • 75007 Paris
Tél. : 01 53 59 60 40 • Fax : 01 45 51 64 77
e-mail : ancreai@ancreai.org • www.ancreai.org