



DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHONE



Schéma départemental en faveur des personnes du bel âge

2017-2022



DÉPARTEMENT
**BOUCHES-
DU-RHÔNE**





Sommaire

Introduction	3
Etat des lieux	5
Bénéficiaires de l'APA	5
Taux d'équipement en EHPAD	6
Recours à des services à domicile – Bénéficiaires d l'APA	6
Services d'aide et d'accompagnement - Profil des bénéficiaires	7
Perception des établissements pour personnes âgées	8
Les orientations	10
Mieux informer et faciliter l'accès au dispositif	12
Action 1 : Favoriser la coordination des acteurs	12
Action 2 : Poursuivre le maillage du territoire des dispositifs	13
Soutenir les professionnels et les aidants et renforcer le lien social	15
Action 1 : Renforcement du soutien aux proches aidants	15
Action 2 : Développer les services de répit à domicile	16
Action 3 : Renforcer le lien social	17
Améliorer et organiser l'offre de service et les dispositifs existants	19
Action 1 : La refonte de l'aide à domicile	19
Action 2 : Développer l'accueil familial	20
Action 3 : Améliorer les dispositifs d'adaptation et d'aménagement des logements	21
Maitriser les actions menées	23
Action 1 : Réaffirmer la place et l'utilité des résidences autonomes	23
Action 2 : Optimiser les moyens existants et maitriser le reste à charge	24
Conclusions : projections	26





Introduction

Le Département des Bouches-du-Rhône s'inscrit résolument dans les diverses évolutions du champ gérontologique et offre aujourd'hui, sur son territoire, un dispositif d'accompagnement des personnes âgées élaboré dont il s'agit d'accompagner les mutations dans une exigence permanente de qualité.

Le Schéma Départemental, support de la politique en faveur du bel âge, est un outil d'aide à la décision. Il donne une **résonance territoriale aux orientations nationales** et définit, en concertation avec les acteurs et les usagers, les **stratégies départementales** qui seront mises en œuvre sur le territoire au cours des cinq prochaines années. L'enjeu de ce schéma est donc en premier lieu d'approfondir cette **démarche d'intégration des grands axes des politiques gérontologiques et de les adapter aux spécificités territoriales**.

Pour anticiper les évolutions juridiques annoncées, garantir la conformité des documents aux exigences nationales et ne pas figer l'action publique départementale dans un modèle n'ayant plus cours, un avenant avait été signé pour la période 2014-2015 suite au schéma 2009-2013. Ce souci d'anticipation à l'œuvre dans l'élaboration des précédents schémas assure **cohérence et continuité de l'action publique en faveur des personnes âgées à l'échelle du territoire**.

Ce schéma est enfin à **mettre en regard avec le schéma départemental en faveur des personnes handicapées** élaboré parallèlement. La concomitance de certaines problématiques, l'intervention d'acteurs identiques (notamment les SAAD, dont le secteur connaît une profonde refondation quel que soit le public considéré) ou le poids de problématiques transverses (la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes) invitent à concevoir les liens possibles entre ces deux thématiques tout en préservant la spécialisation des réponses apportées à chaque public.

La méthodologie d'élaboration du schéma en faveur du bel âge 2017-2022

Les schémas précédemment menés ont permis d'établir une **dynamique partenariale forte avec les acteurs du territoire**.

Il a été choisi pour ce schéma d'une part de réunir l'ensemble des partenaires représentatifs du domaine gérontologique, et d'autre part de consulter les acteurs par voie de questionnaire. La diffusion large auprès d'établissements, de services et d'usagers assure une consultation étendue, permettant de dresser le portrait de l'offre, d'analyser les difficultés rencontrées par les établissements et services et de saisir directement les attentes des usagers.





Dans le présent document, un diagnostic quantitatif, reposant sur une cartographie de l'offre et des besoins sur le territoire ainsi qu'une comparaison interdépartementale de l'offre, sont complétés par un diagnostic qualitatif, se fondant sur les résultats des questionnaires.

De plus, le schéma comprend une **déclinaison en orientations et actions** du **plan d'actions retenu** pour la période 2017-2022, rappelant pour chaque action les objectifs stratégiques, les éléments de mise en œuvre opérationnels ainsi que les indicateurs d'évaluation.

Questionnaires



1. Questionnaire à destination des services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD)
2. Questionnaire à destination d'établissement accueillant des personnes âgées
3. Questionnaire à destination des personnes âgées (bénéficiaires de l'APA)
4. Questionnaire à destination de personnes âgées vivant en EHPAD

Cartographie de l'offre et des besoins sur le territoire

1. Données socio-démographiques relatives aux personnes âgées
2. Les bénéficiaires d'une prestation « personne âgée »
3. L'offre à destination des personnes âgées



Comparaison interdépartementale de l'offre

Sont également proposées dans ce schéma des **données concernant l'offre des ESSMS** sur le territoire départemental pour l'année **2015** (source : **STATISS 2016**). Le département des Bouches-du-Rhône est comparé :



- aux **autres Départements au sein de la région** Provence-Alpes-Côte-D'azur (Hautes-Alpes, Vaucluse, Alpes de Haute-Provence, Alpes Maritimes, Var)
- à **trois départements de taille relativement identique** (Hauts-de-Seine, Rhône, Nord) ainsi qu'à la moyenne en France métropolitaine.



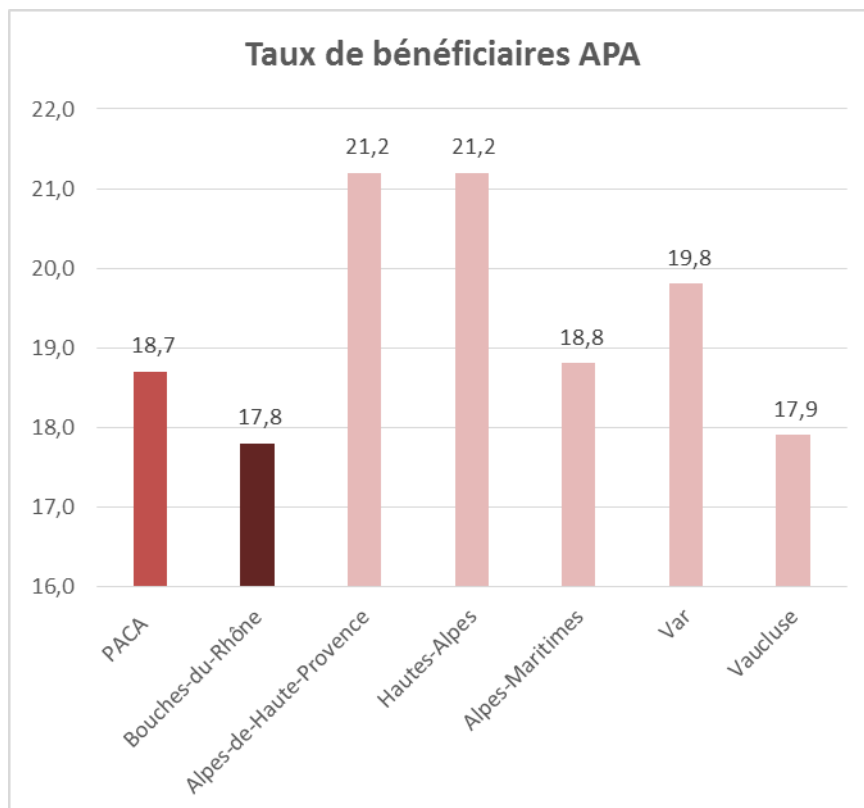


L'état des lieux

Bénéficiaires de l'APA



Le taux de pénétration de l'APA est relativement plus faible dans les Bouches-du-Rhône que dans les autres territoires de l'échantillon de comparaison (à l'exception des Hauts-de-Seine, présentant un taux de bénéficiaires inférieur).



	France métropolitaine	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord
Taux de bénéficiaires APA (pour 100 personnes de plus de 75 ans)	20,8	20,0	14,5	23,2

Source : STATISS, 2015

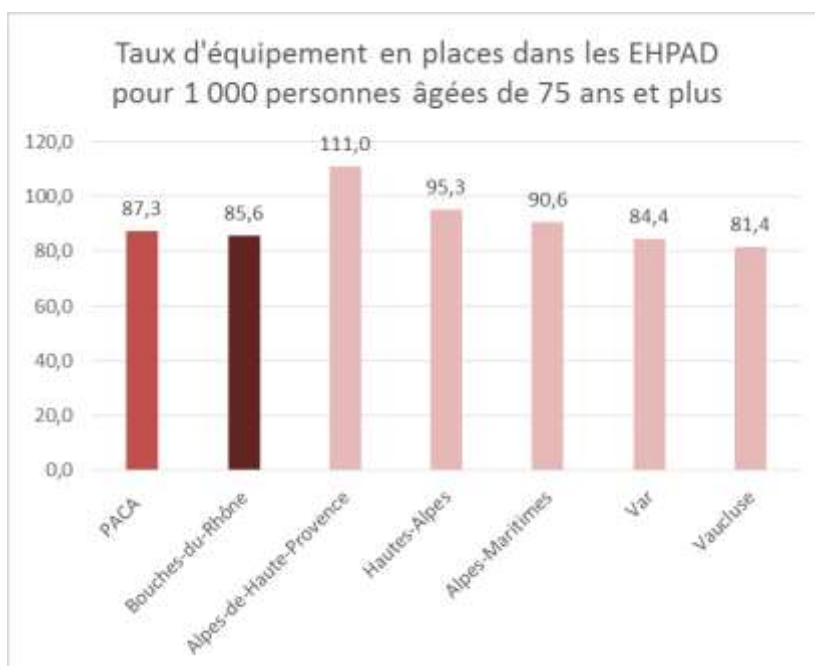




Taux d'équipement en EHPAD



Le taux d'équipement départemental en EHPAD est légèrement inférieur à la moyenne régionale (85,6 contre 87,3 pour la région PACA). A noter que ces deux taux sont inférieurs à la moyenne métropolitaine. Les territoires de comparaison choisis (Rhône, Hauts-de-Seine et Nord) présentent des taux d'équipement légèrement supérieurs à celui des Bouches-du-Rhône.



	France métropolitaine	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	100,4	92,9	88,6	97,8

Source : STATISS, 2015

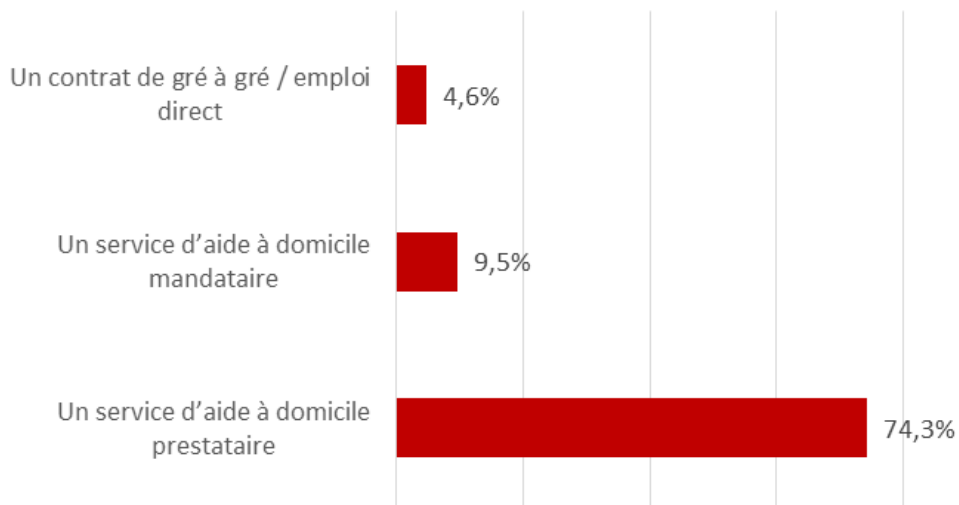
Recours à des services à domicile – Choix et connaissance des bénéficiaires de l'APA

- Une majorité des répondants au questionnaire à destination des personnes âgées vivant à domicile a recours à un **service d'aide à domicile prestataire** (74,3%).
- **2% des répondants ont recours à plusieurs modes d'intervention** (principalement prestataire + gré à gré).





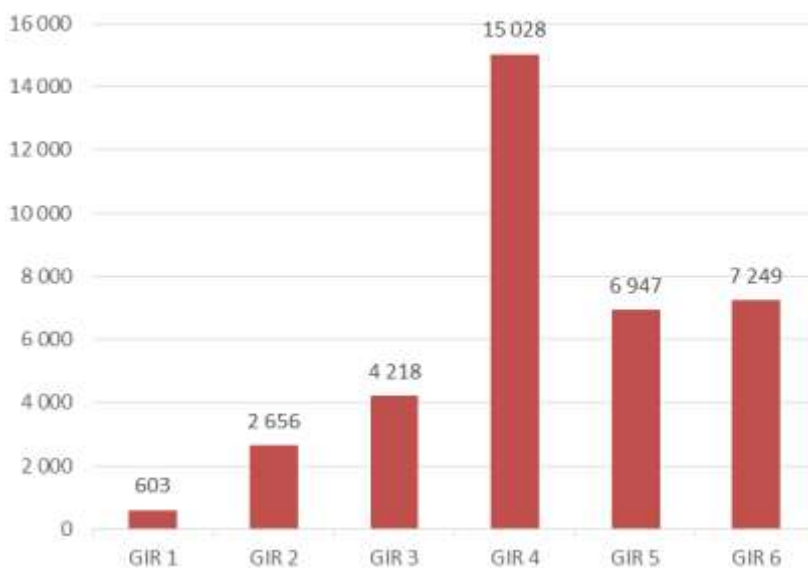
Mode de recours aux services



Services d'aide et d'accompagnement à domicile - Profil des bénéficiaires

- Plus de la moitié des prises en charge de personnes âgées durent au moins 3 ans.
- 79,63% des bénéficiaires sont en GIR 4 à 6 (dont 40,61% en GIR 4).
- On note une **durée moyenne de prise en charge plus longue pour les personnes âgées GIRées** que pour les autres personnes âgées (65,61% plus de 3 ans contre 52% tout usager âgé confondu), illustrant une certaine continuité de prise en charge.

Effectifs des bénéficiaires par GIR au 31.12.2015





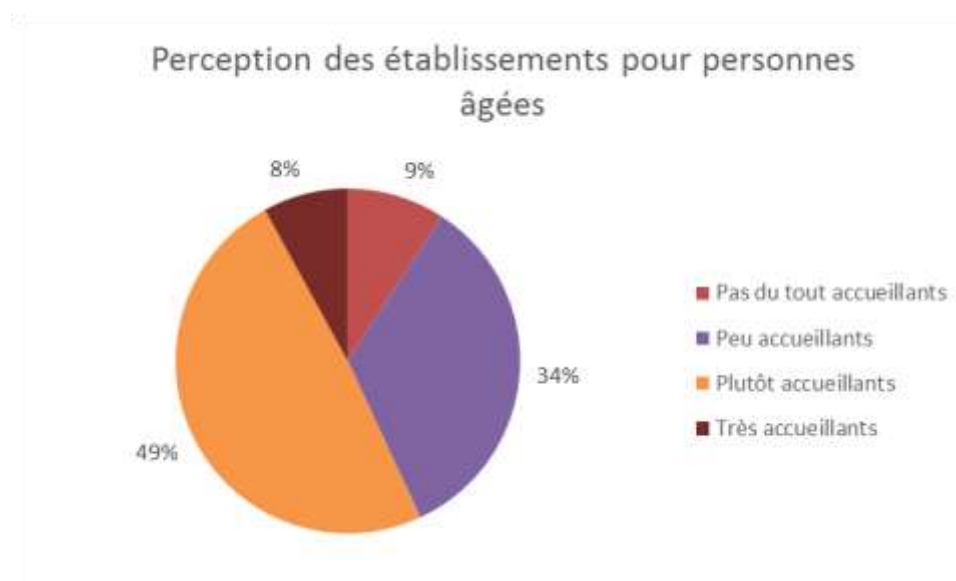
- Pour le recours à des services prestataires et mandataires, le **Département** (au travers de la liste fournie par l'assistante sociale) est considéré comme la **première source d'information et de connaissance des services**.



Perception des établissements pour personnes âgées

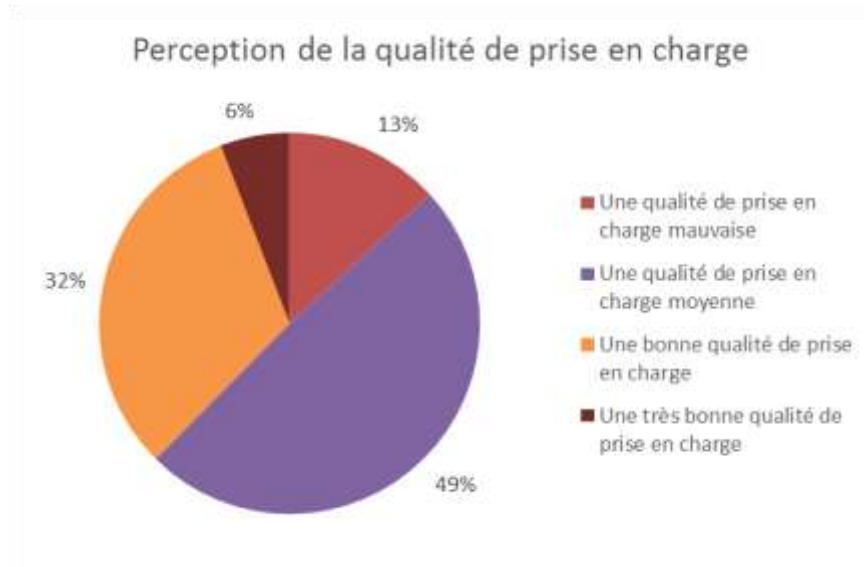
162 établissements ont répondu au questionnaire.

- La **perception des établissements pour personnes âgées est positive** pour 57% des répondants.





- 81% des répondants reconnaissent souvent une bonne **qualité de prise en charge** dans les établissements.



- Ces réponses sont à mettre en relation avec le souhait d'une grande majorité de personnes de rester à domicile et de n'envisager l'entrée en établissement qu'en dernier recours (cf. Annexe).





Les orientations

Pour ses interventions en faveur des personnes du bel âge, le schéma des Bouches-du-Rhône couvrira la période 2017-2022. Ce schéma part de deux constats simples. D'une part, le découpage purement statistique des populations ne suffit plus à définir les besoins des personnes les plus fragiles. D'autre part, l'augmentation continue de la durée de vie nous donne des devoirs renforcés vis à vis de nos aînés.

Ce schéma priorise les actions à mettre en oeuvre pour répondre au mieux aux besoins des personnes du bel âge à partir des quatre grandes orientations : Informer, Soutenir, Améliorer, Maîtriser.

Ce schéma en faveur des personnes du bel âge est ainsi bien plus qu'une obligation à remplir. Volontairement court dans sa rédaction, il a été naturellement préparé en concertation avec les partenaires, à partir d'un état des lieux des politiques existantes et d'une évaluation des actions du précédent schéma.

Orientation 1 : Mieux informer et faciliter l'accès aux dispositifs

L'accès à l'information est un enjeu majeur compte tenu de la complexité des dispositifs et de la multiplicité des acteurs. Les priorités du schéma seront de renforcer la coordination des dispositifs et des acteurs pour assurer la cohérence et la continuité des accompagnements, optimiser l'information et l'accueil des personnes âgées et des familles, développer une stratégie d'accueil et d'information territoriale, et faciliter l'accès aux dispositifs d'aide sociale.

Orientation 2 : Soutenir les professionnels et les aidants et renforcer le lien social

Afin de soutenir les acteurs de la politique gériatrique, les priorités seront de poursuivre la politique de professionnalisation des intervenants et des acteurs, améliorer les mutualisations et les collaborations entre les professionnels, poursuivre la démarche de soutien aux proches aidants et développer des Maisons du bel âge.

Soutenir le lien social des personnes âgées permet également de favoriser le maintien à domicile et lutter contre l'isolement.





Orientation 3 : Améliorer et organiser l'offre de service et les dispositifs existants

Structurer l'offre d'aide et d'accompagnement des services d'aide à domicile est une priorité pour mieux organiser l'offre de service.

L'offre d'hébergement alternatif doit aussi être favorisée à l'évolution des besoins des personnes âgées, en diversifiant l'offre d'accueil familial.

Enfin la mise en oeuvre d'actions d'amélioration d'aménagement ou d'adaptation de l'habitat, doit contribuer à la politique de maintien à domicile.

Orientation 4 : Maitriser les actions menées

Réaffirmer la place et l'utilité des résidences autonomes, garantir la qualité de la prise en charge en optimisant les moyens existants, projeter des expérimentations pour la création de petites unités de vie doivent permettre d'assurer la continuité et la maitrise des actions déjà menées.

La politique de développement de l'offre doit trouver ses fondements dans le principe selon lequel l'offre doit être accessible à tous, quel que soit son niveau de ressources. Dans ce contexte il convient de mettre en oeuvre des actions afin d'assurer la maitrise du reste à charge des personnes âgées.





Orientation 1 : Informer et faciliter l'accès aux dispositifs

Action 1 : Favoriser la coordination des acteurs

CONTEXTE

Face à la diversité des acteurs intervenants auprès des personnes âgées tout au long de leur parcours, la coordination institutionnelle et opérationnelle est sans conteste un enjeu majeur de la politique gérontologique pour éviter les ruptures de parcours de vie de nos aînés.

Le déploiement dans le département de 7 MAIA, des 10 Pôles infos seniors, l'obligation des ESMS de coordonner leurs interventions, l'existence d'acteurs facilitant le lien ont permis de faire progresser la circulation d'information et le travail partenarial. Toutefois, la coordination doit devenir une culture commune et partagée.

La structuration et l'organisation des relations partenariales en faveur d'une coordination gérontologique doivent considérer la personne âgée et leurs proches aidants au cœur du dispositif.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Fluidifier le parcours des usagers et éviter les ruptures
- Favoriser les modalités de partage d'informations entre les différents acteurs
- Renforcer les coordinations entre le Conseil départemental et les différents acteurs, notamment avec l'ARS
- Poursuivre l'interconnaissance des acteurs au travers notamment de référentiels par une bonne articulation des structures entre elles
- Favoriser le développement d'une culture territoriale par le partage des savoir-faire, des compétences et de la connaissance des publics âgés.

MISE EN ŒUVRE

- Réfléchir à la mise en place d'outil de partage d'informations entre le département et les partenaires, notamment les caisses de retraite, les ESMS...
- Fluidifier le partage des informations entre le département et les partenaires
- Mise en place d'un groupe de réflexion pluridisciplinaire et

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

ARS

Caisses de retraites

ESMS

CCAS

Acteurs de santé

MAIA

Plateforme territoriale d'appui





partenarial sur la notion de référent. Ce groupe de réflexion pourra être commun aux publics âgé et handicapé.

- Elaboration de référentiels pour les ESMS.
- Poursuite du travail partenarial entre les MAIA et les Pôles infos seniors en intégrant les plateformes territoriales d'appui (PTA) afin de favoriser leur complémentarité et leur cohérence

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Flux d'informations partagées
- Réalisation de référentiels
- Nombre de réunions entre les pilotes MAIA, les Pôles infos seniors et PTA

Action 2 : Poursuivre le maillage du territoire des dispositifs d'information et de coordination

CONTEXTE

Le Département, en tant que chef de file en matière d'actions gérontologiques, pilote le dispositif des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) appelés désormais « Pôles infos seniors » dans les Bouches du Rhône.

Les Pôles infos seniors sont des lieux d'information et de coordination de proximité destinés aux personnes de plus de 60 ans, à leur entourage et aux professionnels.

Les 10 Pôles infos seniors du département mettent en œuvre les missions définies dans le cahier des charges départemental élaboré et adopté en 2014 :

- Etre un observatoire gérontologique territorial qui recense l'offre du territoire et analyse les évolutions
- Etre un animateur du réseau territorial pour impulser une dynamique partenariale entre les acteurs
- Etre un guichet d'information, et d'orientation. Les pôles, en tant que lieux ressource, informent les personnes âgées et les orientent vers les dispositifs, les actions et les aides. Ils

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

Pôles infos seniors

Maison du bel âge

CCAS

Caisses de retraites

Professionnels de santé

Etablissement et services de santé





organisent également des actions d'information à destination des personnes âgées et de leur entourage.

Conférence
des
financeurs

Par ailleurs le département va expérimenter la mise en place des Maisons du bel âge qui proposeront des services en termes d'informations générales et d'orientation des personnes âgées et leur entourage

Dans le contexte du vieillissement de la population, les Pôles Infos Seniors contribuent à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et participent au développement d'actions de prévention des effets du vieillissement.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Réaliser la couverture du territoire départemental
- Améliorer l'information aux personnes âgées et aux aidants du département
- Expérimenter la mise en œuvre des Maisons du bel âge et l'intégration en leur sein des missions des Pôles infos seniors
- Développer des actions partenariales et de proximité sur la prévention de la perte d'autonomie dans le cadre de la conférence des financeurs

MISE EN ŒUVRE

- Révision des territoires actuels des Pôles infos seniors, afin de couvrir la totalité du territoire en lien avec les Maisons du bel âge
- Poursuite de la communication sur les dispositifs auprès des professionnels et des usagers
- Développement des actions à destination des ESMS et des professionnels
- Mise en œuvre de la convention avec l'ordre des pharmaciens

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Niveau de couverture territoriale
- Nombre d'actions d'information et/ou de prévention de Pôles infos seniors en tant qu'organisateur ou participant
- Enquête auprès des personnes âgées et professionnels du département sur la connaissance des Pôles infos seniors et des Maisons du bel âge





Orientation 2 : Soutenir les professionnels et les aidants

Action 1: Le renforcement du soutien aux proches aidants

CONTEXTE

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 consacre le rôle majeur des aidants dans l'accompagnement du projet de vie de la personne aidée, complétant ainsi la réforme des retraites de 2013 reconnaissant des droits aux aidants.

Les proches aidants sont définis comme des personnes non professionnelles, soutenant au quotidien et de manière régulière une personne âgée, qu'elle appartienne à sa famille ou non.

La majorité des seniors en perte d'autonomie bénéficie souvent d'une aide de son entourage qui peut engendrer une fatigue morale ou physique avec des effets négatifs sur la santé.

L'aide apportée aux aidants s'avère essentielle dans les années à venir dans la perspective du maintien à domicile.

Repérer et mieux connaître les aidants pour leur donner toute leur place dans des conditions de complémentarité de leurs interventions avec celles des professionnels ainsi que leur permettre d'accéder à des actions de prévention, représentent des axes majeurs d'intervention de la puissance publique.

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

Conférence des financeurs

CDCA

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Améliorer le soutien et la valorisation des aidants
- Déployer les mesures de la loi ASV en faveur des aidants
- Affiner la connaissance des aidants des personnes en perte d'autonomie, bénéficiaires de l'APA
- Soutenir la professionnalisation des acteurs.

MISE EN ŒUVRE

- Repérage des signes de fragilité des aidants, prise en compte des besoins d'accompagnement et de répit des aidants au moment de l'évaluation des demandes d'APA et de l'élaboration des plans d'aide





- Sensibiliser les acteurs gérontologiques et les travailleurs médico-sociaux de l'APA sur le repérage des aidants
- Utilisation du référentiel national dévaluation de l'APA comme outil de repérage des aidants et d'analyse de leurs besoins
- Intégration des données sur les aidants dans le système d'information du Département
- Mise en œuvre d'actions de prévention en faveur des aidants visant à les informer, à les former et à leur apporter un soutien psychosocial en faisant appel au financement de la section IV de la CNSA
- Poursuivre le repérage des aidants par le biais de la convention avec l'ordre des pharmaciens

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTATS

- Nombre, type et coût des aides accordées aux aidants dans le cadre du plan d'aide de l'APA
- Nombre et type d'actions de prévention mises en œuvre en faveur des aidants
- Nombre et contenu des sessions de formation pour les travailleurs médico-sociaux de l'APA

Action 2 : Développer sur l'ensemble du département des services de répit à domicile

CONTEXTE

Les services de répit à domicile organisent au domicile de la personne âgée une prise en charge 24h/24 afin à la fois d'apporter soutien et répit aux aidants qui le souhaitent ou qui doivent s'absenter, et d'éviter la perte de repères des personnes aidées.

Soucieux de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, ils visent à prévenir les situations d'usure, d'épuisement des aidants familiaux ou les situations de rupture (décès, hospitalisations) qui conduisent généralement à une institutionnalisation en urgence.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Développer sur l'ensemble du département une offre de répit à domicile
- Développer l'accueil de jour comme solution de répit

MISE EN ŒUVRE

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

ESMS





- Lancer un appel à projets pour la création de places en service de répit à domicile sur le secteur d'Aix en Provence et sur le secteur de Salon de Provence.

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Nombre de places autorisées et ouvertes

Action 3 : Renforcer le lien social

CONTEXTE

Rester à domicile est le souhait de la très grande majorité des personnes âgées. Cependant, rester à domicile ne doit pas devenir synonyme d'enfermement. Ainsi, il convient de valoriser les actions de lutte contre la solitude et de permettre aux personnes âgées d'accéder à des activités physiques, sportives et de loisirs, ce qui nécessite souvent comme préalable de favoriser la mobilité.

De plus, l'inclusion dans un réseau de proximité, facilite le repérage précoce des situations de fragilité.

Le Département a signé la charte de l'Inter-génération, lors des assises de l'Inter-génération qui se sont tenues les 29 et 30 novembre 2016 à l'Hôtel du Département. La charte vise notamment à favoriser le rapprochement entre différentes générations afin de faciliter le rapprochement social et sociétal dans le but de mieux faire vivre ensemble.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Rechercher tous les moyens de mieux inclure la personne dans la vie de la cité et faire changer le regard sur l'âge
- Lutter contre l'isolement
- Favoriser les actions intergénérationnelles
- Recenser les actions innovantes

MISE EN ŒUVRE

- Participer via les Pôles Infos Seniors aux actions du dispositif MONALISA
- Développer des actions culturelles, sportives et de loisirs pour les personnes âgées sur les territoires ayant identifié des besoins grâce aux crédits de la conférence des financeurs

PILOTAGE

CD DPA PH

ACTEURS IMPLIQUES

CD Direction de la culture, direction de la vie locale

Conférence des financeurs

Pôles Infos Seniors

Communes et CCAS

Associations





-
- Faire participer les personnes âgées aux actions d'« Ensemble en Provence »
 - Soutenir les actions intergénérationnelles portées par les associations
 - Réaliser un état des lieux des dispositifs et des aides existants.

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Réalisation de l'état des lieux
- Nombre d'actions mise en place dans le cadre de la conférence des financeurs
- Nombre d'actions intergénérationnelles soutenues par le Département
- Nombre de personnes ayant participé aux actions d'« Ensemble en Provence »





Orientation 3 : Améliorer et organiser l'offre de service et les dispositifs existants

Action 1 : La refonte de l'aide à domicile

CONTEXTE

La loi ASV (Titre III-Chapitre 2) pose les principes d'une refondation de l'aide à domicile fondée notamment sur le régime rénové de l'autorisation pour les Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ainsi que sur la compétence des départements à organiser et structurer l'offre sur leur territoire.

Dans les Bouches-du-Rhône, 154 SAAD agréés ont, en janvier 2016, basculé dans le régime de l'autorisation. Près de 180 services sont aujourd'hui autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA, dont 24 habilités à l'aide sociale.

Dans ce contexte, un grand chantier doit être ouvert pour structurer l'offre d'aide à domicile et engager les services dans une politique territoriale coordonnée de prévention.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Connaître l'offre médico-sociale existante à domicile sur l'ensemble du territoire
- Connaître les caractéristiques des SAAD et leurs besoins
- Organiser les interventions des services à domicile, à partir d'un diagnostic
- Elaborer un référentiel de l'aide à domicile dans les Bouches-du-Rhône
- Favoriser la mise en œuvre du Cahier des charges national des SAAD
- Faciliter les échanges entre l'équipe des travailleurs sociaux APA et les SAAD
- Contractualiser avec les SAAD

MISE EN ŒUVRE

- Mise en œuvre d'une étude sur l'offre existante sur le territoire départemental en matière d'aide à domicile, de portage de repas, d'aide-ménagère et de service de mobilité.
- Mise en œuvre d'une étude sur les SAAD existants et leurs besoins
- Construction d'une stratégie départementale territorialisée de l'aide à domicile

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

SAAD

Service de portage de repas

Pôles Infos seniors





- Mise en place, par les SAAD, d'actions de prévention par le biais de la Conférence des Financeurs.
- Expérimentation des SPASAD
- A partir du référentiel national, définition d'un référentiel local notamment sur les articulations entre les différents professionnels.

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Réalisation de l'état des lieux de l'aide à domicile dans les Bouches du Rhône
- Réalisation du référentiel de l'aide à domicile dans les Bouches-du-Rhône
- Réalisation d'une organisation territoriale des SAAD
- Réalisation du bilan de l'expérimentation SPASAD
- Nombre de CPOM signés avec les SAAD

Action 2 : Développer l'accueil familial des personnes âgées

CONTEXTE

Dans un contexte économique induisant des contraintes financières, il est nécessaire de développer pour nos aînés des modes d'hébergement alternatifs à celui de l'accueil en établissement.

A mi-chemin entre le domicile et l'hébergement en établissement, l'accueil familial à titre onéreux propose un cadre intermédiaire d'accueil des personnes âgées qui ne veulent plus ou ne peuvent plus rester chez elles. La loi du 29 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement vise notamment à soutenir ce dispositif, à développer les modalités d'accueil et à renforcer la sécurité et la qualité de l'accueil.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Faire connaître ce dispositif auprès des personnes âgées et leurs aidants, et aussi auprès des potentiels futurs accueillants familiaux
- Mieux encadrer le dispositif de l'accueil familial
- Développer le nombre d'accueillants familiaux en milieu rural et urbain
- Développer l'accueil temporaire, de jour ou séquentiel en accueil familial
- Faciliter l'accès à des logements adaptés et de taille suffisante,

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

Gestionnaires d'ESMS

Pôles infos seniors

Bailleurs sociaux





notamment en milieu urbain

MISE EN ŒUVRE

- Communiquer sur l'accueil familial
- Elaboration d'un cahier des charges de l'accueil familial dans les Bouches-du-Rhône, définissant les droits et obligations des accueillants familiaux sur la base du référentiel national
- Mise en œuvre d'une formation de qualité des accueillants familiaux (formation initiale et continue)
- Expérimentation de l'accueil familial géré par une personne morale de droit public ou de droit privé
- Création de partenariats avec les bailleurs sociaux pour faciliter le développement de l'accueil familial, notamment en milieu urbain

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Enquête sur la connaissance de ce dispositif
- Réalisation d'un cahier des charges
- Nombre d'accueillants familiaux et répartition selon les modalités d'accueil
- Nombre d'accueillants familiaux relevant d'une personne morale
- Enquête de satisfaction sur la formation des accueillants familiaux

Action 3 : Améliorer les dispositifs d'adaptation et d'aménagement des logements

CONTEXTE

Le maintien à domicile nécessite que le domicile soit adapté aux conditions physiques et à la perte d'autonomie des seniors qu'ils soient propriétaires ou locataires du logement.

Les ressources faibles ou modiques de certaines personnes âgées dépendantes constituent un obstacle à l'aménagement du logement. La principale demande d'adaptation du logement porte sur l'aménagement de la salle de bain.

PILOTAGE

CD13 – DPAPH

Conférence des financeurs.





OBJECTIFS OPERATIONNELS	ACTEURS IMPLIQUES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compléter le dispositif conventionnel actuel du département existant en direction des personnes âgées habitant dans le diffus. ➤ Etendre à d'autres organismes de logement social la convention d'adaptation des logements ➤ Evaluer le reste à charge de la personne âgée par rapport aux travaux. 	Equipes APA Conférence des financeurs Organismes de logement social. MSA, RSI Services d'aide à domicile
MISE EN ŒUVRE	Pôles Infos seniors
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informer les personnes âgées de l'extension des dispositifs. ➤ Compléter les financements par des crédits de la Conférence des financeurs. ➤ Conclure une convention des organismes de logement social du Département. ➤ Formalisation d'une procédure de demande et traitement des demandes. 	PACT CREEDAT
INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre d'aides attribuées annuellement dont aides attribuées à des bénéficiaires de l'APA. ➤ Taux de consommation annuel du concours CNSA pour la Conférence des financeurs. ➤ Nombre de conventions signées avec des organismes de logement social. 	





Orientation 4 : Maîtriser les actions menées

Action 1 : Réaffirmer la place et l'utilité des résidences autonomie dans le continuum de prise en charge des personnes âgées

<p>CONTEXTE</p>	
<p>Les résidences autonomie (ex Foyer Logements) ont démontré toute leur utilité depuis plusieurs années en proposant des solutions d'hébergement et de services adaptés à des personnes âgées autonomes mais ne souhaitant plus vivre seules et ayant besoin d'un logement adapté, de services hôteliers de type restauration, d'une rupture de leur isolement, un accès à des animations adaptées à leur âge et à leurs capacités.</p> <p>Les résidents de ces structures sont tous autonomes ou avec une très légère perte d'autonomie et ne souhaitent pas intégrer un EHPAD ni cohabiter avec des personnes dépendantes ou semi-dépendantes.</p>	<p>PILOTAGE</p> <p>CD13</p> <p>ACTEURS IMPLIQUES</p> <p>CD13</p> <p>Résidences autonomies</p> <p>Gestionnaires d'ESMS</p>
<p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuer à réserver l'ensemble des places en résidences autonomie aux personnes âgées autonomes et limiter le GMP applicable à ces structures à 300 points. ➤ Favoriser la création d'unités pour personnes handicapées vieillissantes, mais autonomes (de type anciens travailleurs d'ESAT) au sein de ces établissements ➤ Développer la culture de la prévention de la perte d'autonomie dans les résidences autonomie ➤ Poursuivre l'effort de création de places dans les résidences autonomies 	
<p>MISE EN ŒUVRE</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborer un cahier des charges pour les résidences autonomie. ➤ Contractualiser ce cahier des charges dans le cadre des CPOM avec chacun des établissements. ➤ Favoriser les projets de prévention dans les résidences autonomie (forfait autonomie) 	
<p>INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de CPOM signés avec les résidences autonomie ➤ Calcul des Forfaits Autonomie attribués ➤ Nombre de places créées 	





Action 2 : Optimiser les moyens existants et maîtriser le reste à charge pour les personnes âgées

CONTEXTE

Dans un contexte économique et financier difficile qui induit des contraintes financières, le principe d'optimisation des moyens est une obligation de gestion pour continuer à assurer les compétences obligatoires et optimiser la qualité de services envers les personnes âgées.

De plus le coût de la prise en charge en établissement progresse régulièrement et le reste à charge pour nos aînés ne peut être supporté par un nombre croissant de familles. L'aide sociale reste indispensable pour que certaines personnes âgées à faibles ressources puissent avoir accès à des structures d'accueil sur le secteur géographique de leur choix.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Continuer à mieux répartir les capacités habilitées au titre de l'aide sociale pour mieux répondre aux besoins locaux.
- Réserver les places habilitées au titre de l'aide sociale aux ressortissants du Département des Bouches-du-Rhône dans le cadre de la contractualisation (CPOM); les ressortissants d'autres départements pourront accéder aux structures habilitées si celles-ci les acceptent mais ne seront pas comptabilisés dans ce quota.
- Créer un référentiel sur la base d'indicateurs départementaux permettant notamment de définir les types de prestations devant être obligatoirement fournies par les ESMS : ce référentiel a également pour but de garantir une qualité de la prise en charge allant dans le sens, voire au-delà, des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM
- Adoption d'un contrat de séjour « type » pour l'ensemble des EHPAD du Département
- Poursuivre le contrôle des établissements

MISE EN ŒUVRE

- Modifier les arrêtés d'habilitation
- Prévoir dans chaque CPOM les modalités de la mise en œuvre de l'habilitation à l'aide sociale
- Mise en place d'un groupe de travail multipartite pour la création du référentiel des prestations et d'un contrat de séjour

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

ARS

Pôles Infos seniors

ESMS

Fédérations et
syndicats
d'établissements





« type »

- Vérifier l'organisation et le fonctionnement global des structures d'hébergement, l'utilisation des financements publics qui leur sont alloués et la qualité du service rendu.

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Nombre de prises en charge de résidents à l'aide sociale en rapport avec le nombre de places habilitées au titre de l'aide sociale par établissement et par secteur géographique
 - Réalisations et dates de mise en place du référentiel et des contrats de séjour
-





Conclusion : Projections

Devenues un outil indispensable d'aide à la prise de décision, les projections démographiques visent à estimer la population présente sur un territoire à un horizon donné pour mettre en avant les possibles évolutions du nombre d'habitants répartis par groupe d'âges et par sexe. Il convient, avant de présenter la méthodologie mise en œuvre, de préciser que les projections ne sont en aucun cas des prévisions. Elles sont le résultat d'un ensemble de calculs mettant en avant l'évolution de la population dans les années à venir selon la réalisation de certaines hypothèses posées en amont de la projection. Ces dernières ne sont pas nécessairement réalisables et n'ont pas de valeurs probabilistes. Elles sont issues de l'observation des comportements passés. On parle de perspectives démographiques pour l'ensemble des hypothèses émises.

Fondées sur un ensemble d'hypothèses issues de l'observation et de l'analyse des comportements passés de la population, et dont l'association définit des scénarii d'évolution à venir, les projections démographiques à l'échelle départementale ont été réalisées par l'Insee via le modèle OMPHALE 2010 qui combine les trois composantes du renouvellement de la population que sont : la mortalité, la fécondité et les mouvements migratoires. L'horizon défini est 2042, néanmoins l'analyse présentée ci-dessous ne traite les données qu'à l'horizon 2025-2030, soit une quinzaine d'années après les dernières données du RGP 2013 publiées en 2016.

Hypothèse de travail

Trois scénarii d'évolution ont été réalisés : un scénario central, un scénario haut et un scénario bas. Chaque scénario est la combinaison d'hypothèses relatives aux trois phénomènes démographiques explicités précédemment. Les projections démographiques ont pour objectif de donner une amplitude maximale au sein de laquelle la population peut évoluer dans les années à venir. De ce fait, le scénario bas est le résultat d'un ensemble d'hypothèses pessimistes, tandis que le scénario haut est plus optimiste quant à l'évolution à venir de la population au regard des tendances passées. Le scénario à privilégier est le scénario central, les scénarii haut et bas ayant principalement une vertu pédagogique et servant à définir des bornes maximales et minimales au sein desquelles la population devrait évoluer dans les prochaines années.

❖ Scénario central :

Maintien de la fécondité observée dans le département en 2007 (1,95 enfants par femme)

L'espérance de vie à la naissance dans le département évolue parallèlement à l'évolution nationale. Elle est ainsi établie selon des gains progressifs d'espérance de vie à la naissance. L'espérance de vie départementale est ainsi fixée à 89,0 ans pour les femmes et 83,9 ans pour les hommes en 2042.

Les quotients migratoires, calculés entre 2000 et 2008, sont maintenus constants sur toute la période de projection. Ils reflètent les échanges de population entre le département et les





autres départements de France d'une part et entre le département et l'étranger d'autre part.

❖ Scénario bas :

La fécondité du département évolue vers une valeur cible en 2015 qui correspond à l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) du département en 2007 diminué de 0,15. Au-delà de 2015, ce niveau de fécondité est maintenu.

L'espérance de vie à la naissance dans le département évolue parallèlement à l'évolution nationale. Elle est ainsi établie selon des gains progressifs d'espérance de vie à la naissance. L'espérance de vie départementale est ainsi fixée à 87,1 ans pour les femmes et 82,0 ans pour les hommes en 2042.

L'intensité des migrations est diminuée.

❖ Scénario haut :

La fécondité du département évolue vers une valeur cible en 2015 qui correspond à l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) du département en 2007 augmenté de 0,15. Au-delà de 2015, ce niveau de fécondité est maintenu.

L'espérance de vie à la naissance du département évolue parallèlement à l'évolution nationale. Elle est ainsi établie selon des gains progressifs d'espérance de vie à la naissance. L'espérance de vie départementale est ainsi fixée à 90,9 pour les femmes et 85,8 ans pour les hommes en 2042. L'intensité des migrations est augmentée.

N.B. : A noter que l'année de base de la projection est 2007 et l'horizon 2042. Le modèle donne ainsi l'évolution de la structure par âge pour chaque année entre 2007 et 2042. En comparant l'année 2013 projetée aux résultats réels du recensement en 2013, il a été mis en avant que le modèle OMPHALE sous-estime très légèrement la population de 60 ans ou plus, de l'ordre de 600 personnes à l'échelle départementale (idem pour les 45-59 ans). Cette différence projection/réalité étant très faible comparativement au volume total d'habitants les projections démographiques n'ont pas été réajustées.

Analyses

L'objectif de cette analyse est de déterminer un nombre éventuel de places supplémentaires à créer en EHPAD à un horizon d'une quinzaine d'années en fonction d'une part de l'évolution du nombre de personnes âgées mais d'autre part de l'évolution de la dépendance.

❖ A ce titre, trois analyses ont été menées :

- ✓ *La première est relative à l'étude des évolutions démographiques ;*
- ✓ *La seconde détermine le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en fonction d'un certain nombre d'hypothèses concernant l'évolution de la dépendance ;*





- ✓ *La troisième, présentée ici, détermine en fonction des deux paramètres précédents le nombre de bénéficiaires de l'APA en EHPAD et par conséquent le nombre de places à créer par rapport à celles actuellement autorisées.*
- ✓ Un travail équivalent a été réalisé au cours du précédent schéma. Il est ainsi à noter que :
 - ❖ *Les résultats liés aux projections démographiques sont les mêmes que ceux utilisés précédemment, la méthodologie des projections démographiques ainsi que les hypothèses n'ayant pas été actualisées au moment de la réalisation du présent exercice. De ce fait, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans aux horizons 2020, 2025 et 2030 sont les mêmes que ceux présentés au cours de l'exercice précédent. A noter que les projections ont été réalisées à partir de l'année 2007. En comparant les résultats projetés pour la population de plus de 60 ans en 2013 à ceux du RGP 2013, la différence d'effectifs entre les deux résultats est minime (< 1000 habitants à l'échelle départementale selon le scénario central).*
 - ❖ *Les projections démographiques étant similaires, la différence de résultats pour les bénéficiaires de l'APA à domicile projetés provient d'une actualisation des différents taux de pénétration de l'APA par âges considérés ainsi que de la répartition par âge/GIR des bénéficiaires. En effet, ces derniers sont calculés à partir d'une série rétrospective plus longue que l'exercice précédent (8 années contre 3) permettant ainsi d'une part de prendre en compte des tendances récentes mais également de lisser des phénomènes ponctuels observés une année et pouvant biaiser les hypothèses et chiffres considérés.*
- ✓ Les horizons définis sont 2020, 2025 et 2030.
- ❖ L'échelle d'analyse est le département. Cependant dans une logique de territorialisation des besoins, une estimation des besoins en EHPAD a été faite à l'échelle des 14 secteurs PA. Certaines données utilisées ne pouvant être connues précisément, il est à considérer les résultats à l'échelle infra-départementale comme une estimation et non une prévision. Le présent exercice est purement quantitatif. Dans une logique de création ou de redéploiement de places, une approche plus qualitative devra être menée.



Conclusions

- ❖ **En considérant les résultats à l'échelle des secteurs PA actuels et en faisant l'hypothèse que les personnes âgées ne changent pas de secteurs, 4 territoires du département auraient des évolutions démographiques et de la dépendance à domicile qui nécessiteraient la création de places : Marignane, Marseille Centre, Martigues et Vitrolles. A ce titre, à l'horizon 2025 entre 850 et 1 350 places**





devraient être créées selon le scénario considéré pour l'ensemble de ces territoires pour répondre aux évolutions envisagées. Il s'agit d'une fourchette haute à partir de laquelle le Département devra définir une enveloppe selon les moyens inscrits dans le schéma.

Il est précisé qu'il s'agit d'une estimation de la volumétrie qui peut être répartie sur l'ensemble du territoire départemental pour garder un éventuel équilibre de l'offre. En effet, il est rappelé que cet exercice quantitatif doit être croisé à une vision plus qualitative permettant de répartir au mieux l'ouverture de places.

La cartographie actuelle des 14 secteurs actuels montre toutefois un rapport de population variant de 1 à 10. Ainsi le secteur le moins peuplé comprend 3 878 habitants contre 35 797 habitants pour le plus peuplé. Une réflexion est engagée pour réduire le nombre de territoires. Une proposition de réduction des secteurs à 11 permettrait de réduire ce rapport de 1 à 4. Le moins peuplé passant ainsi à 8 509 habitants.

Le schéma a néanmoins été élaboré à partir de l'existant. Les diagnostics qualitatifs et quantitatifs, ainsi que les résultats des questionnaires présentés en annexe ont été établis à partir des 14 secteurs.

La carte ci-dessous présente le zonage sur lesquels seront étudiés les travaux du présent schéma. Elle est présentée à l'échelle des 11 nouveaux secteurs d'intervention des personnes âgées du Département.





ANNEXES





Sommaire des annexes

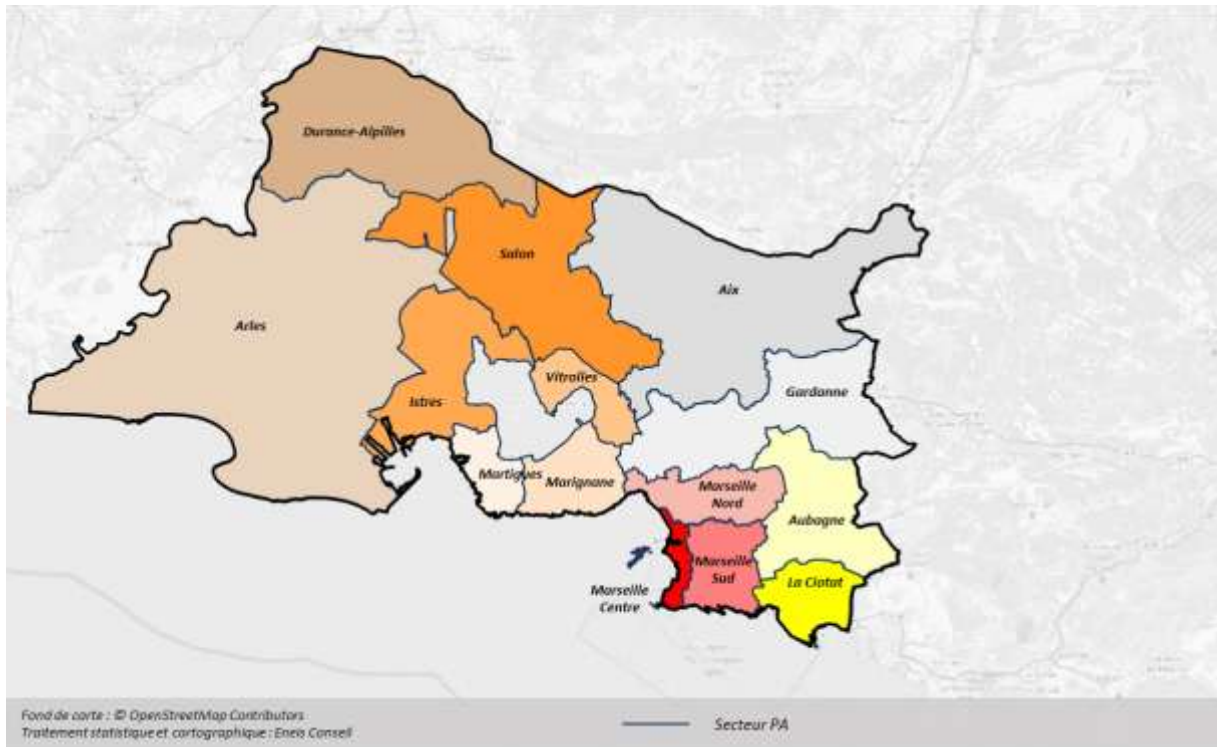
Diagnostic quantitatif	3
Les données socio-démographiques	3
Les bénéficiaires d'une prestation	9
L'offre à destination des personnes âgées	11
Taux d'équipement des places en SSIAD et SPASAD	15
Taux d'équipement en structures non EHPAD	15
Accueil temporaire et accueil de jour	16
Diagnostic qualitatif	18
1 – Les dispositifs en faveur du maintien à domicile	19
2 – L'accueil et la prise en charge des personnes âgées	33
3 – Une diversification des formes d'accueil pour répondre à une pluralité de besoins	43
4 – Le développement des politiques d'accompagnement et de soutien aux aidants	46
5 – Des outils en faveur et de l'information et de la coordination des acteurs	49
6 – Les dispositifs de participation à la vie dans la cité	58
Précisions sur les questionnaires	60
Glossaire	66





Diagnostic quantitatif

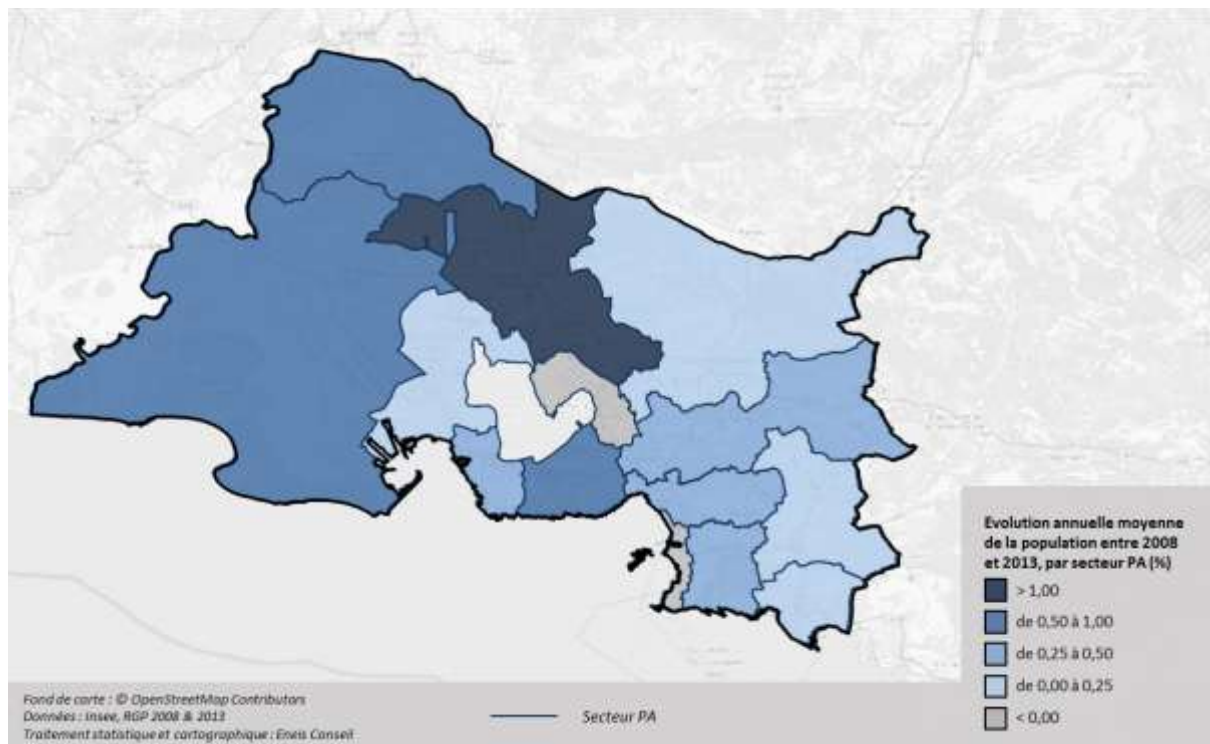
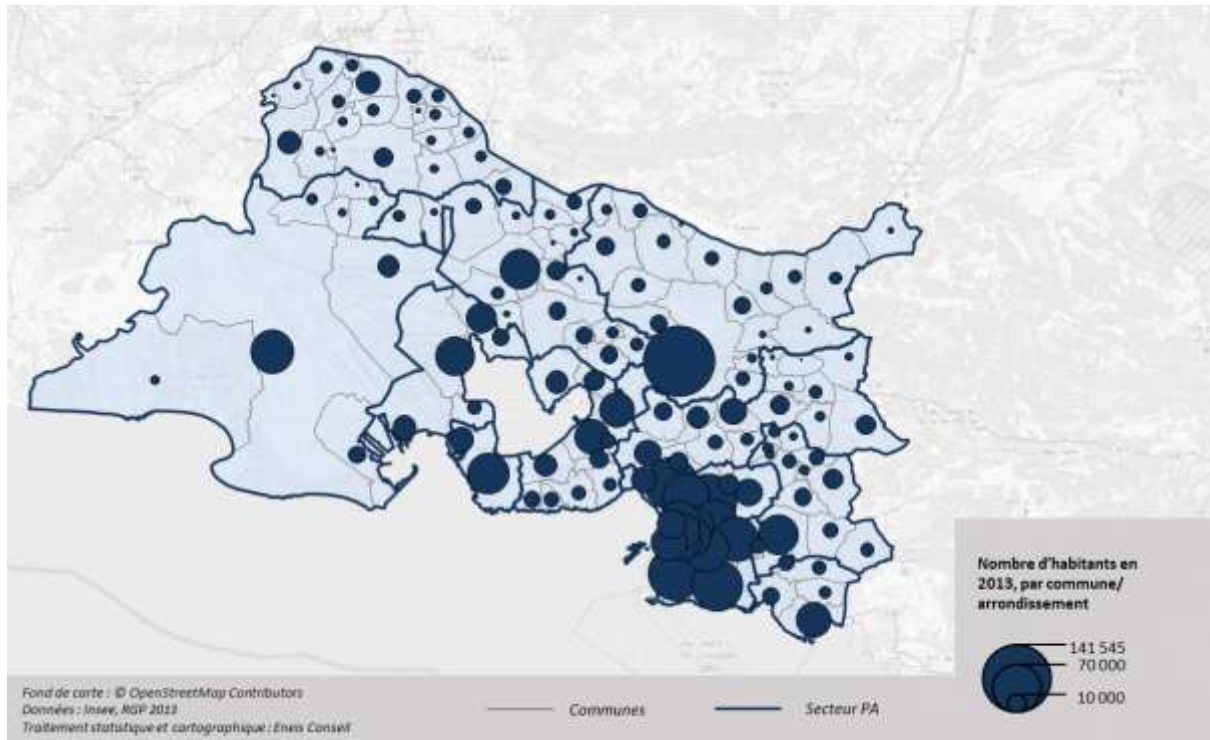
Les cartes ci-après sont présentées à l'échelle des 14 secteurs d'intervention personnes âgées du Département.

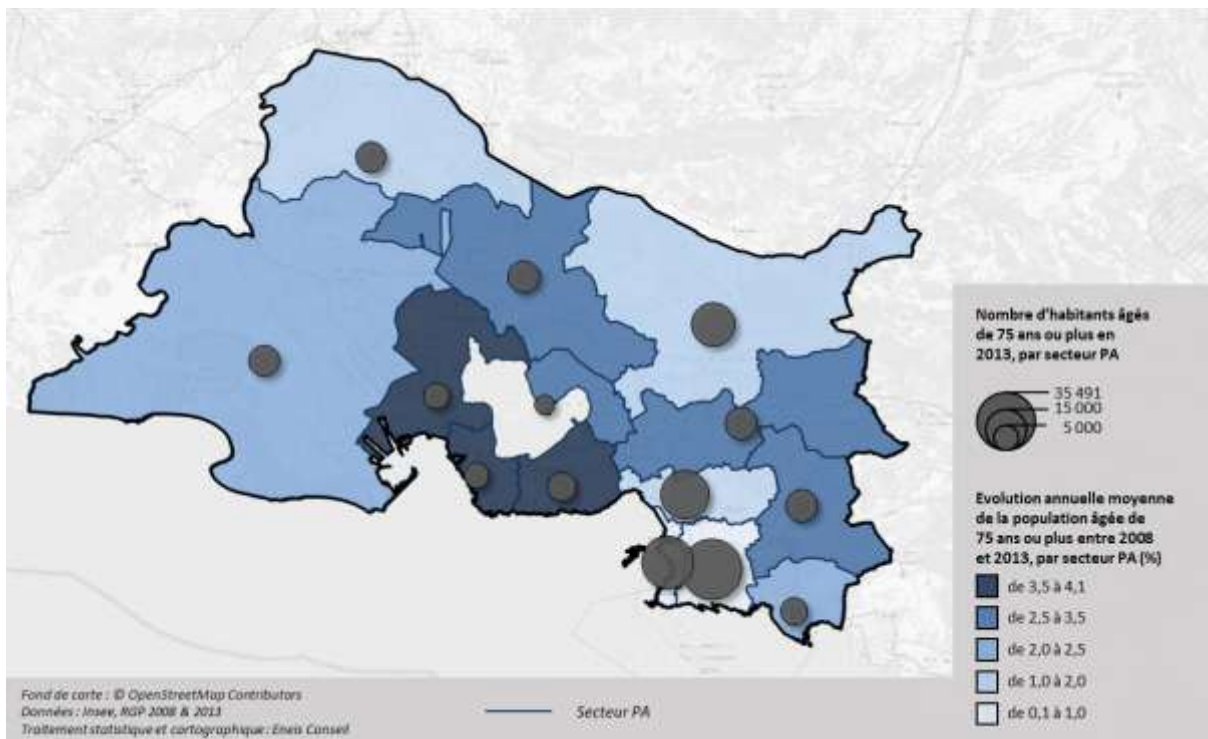
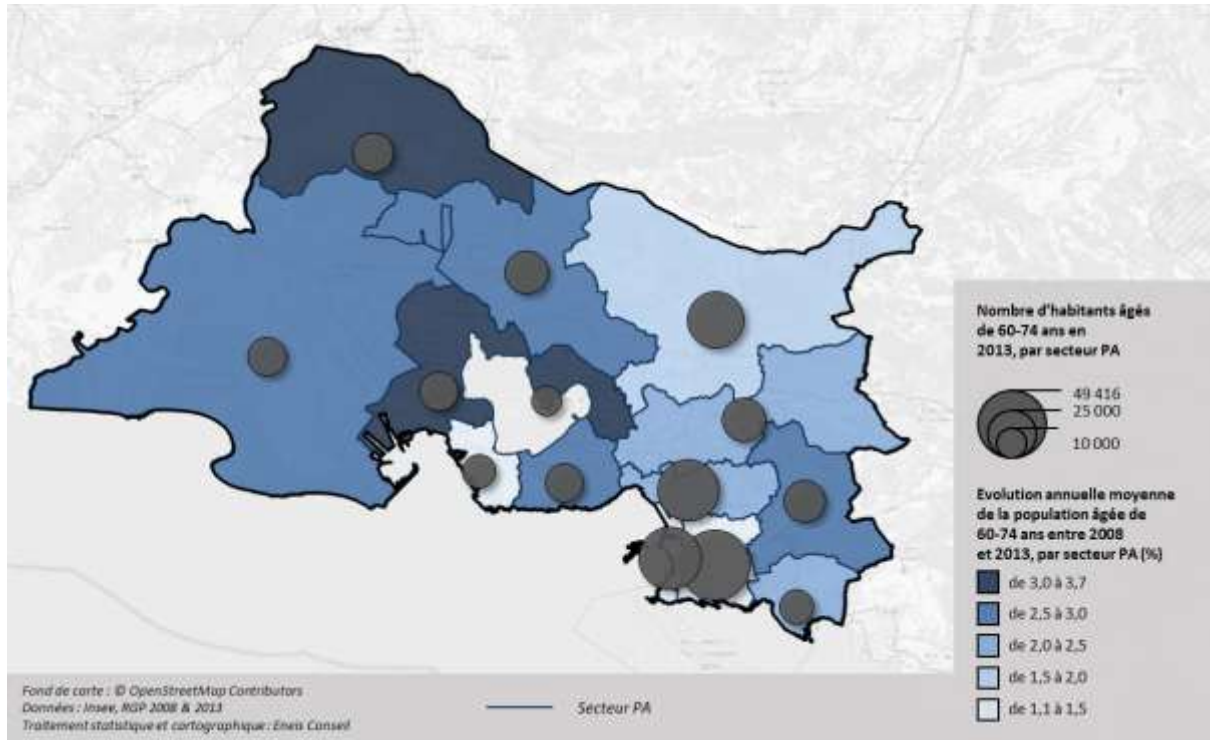


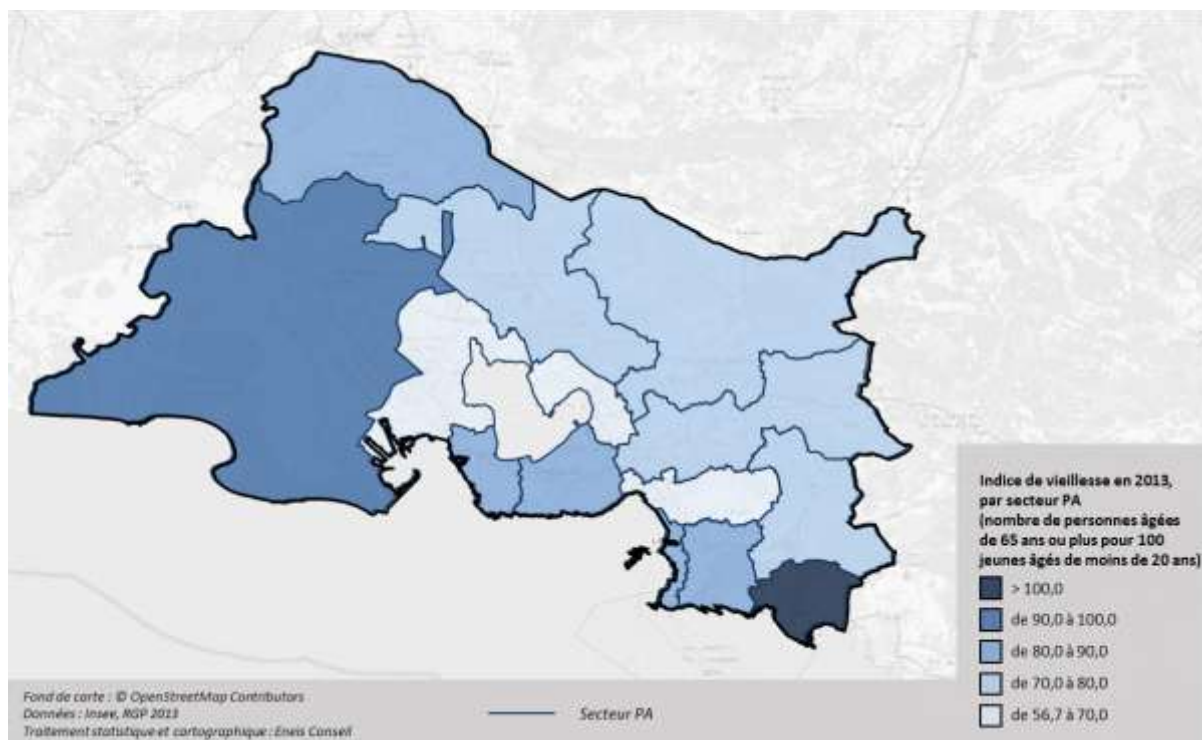
Les données socio-démographiques relatives aux personnes âgées

Les cartes proposées permettent de dresser le portrait socio-démographique du territoire, à l'échelle des secteurs d'intervention personnes âgées.







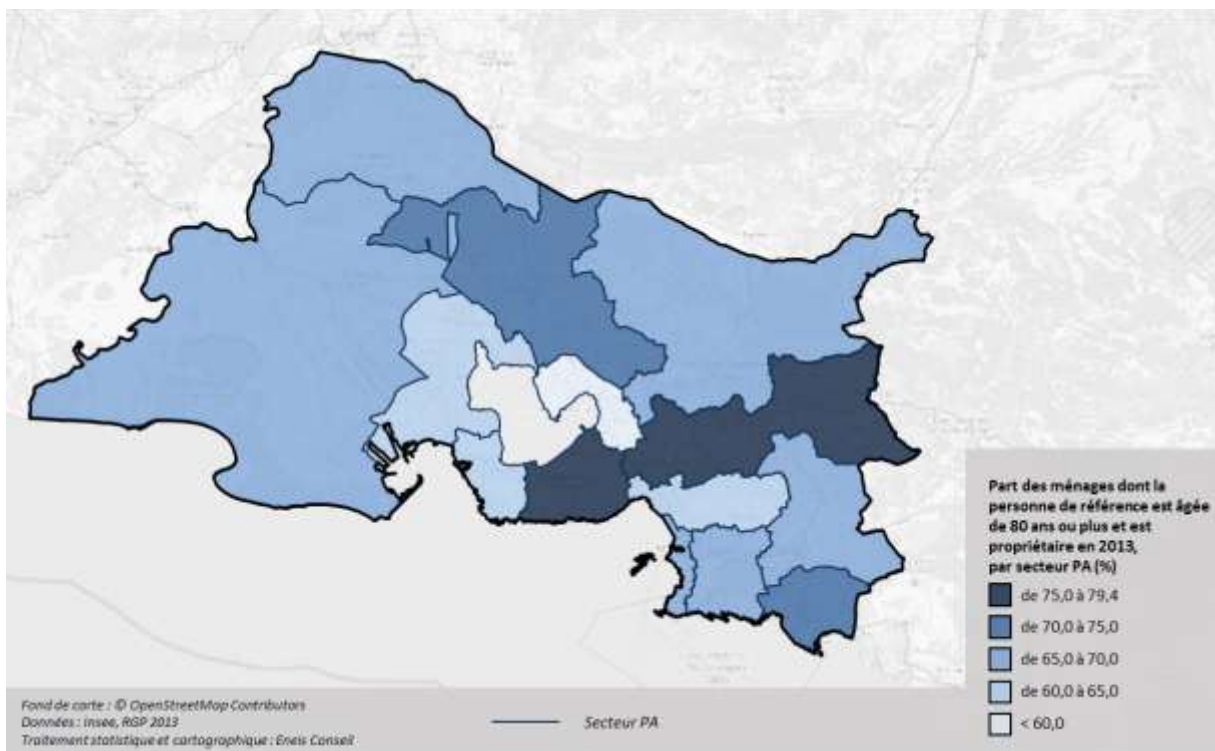
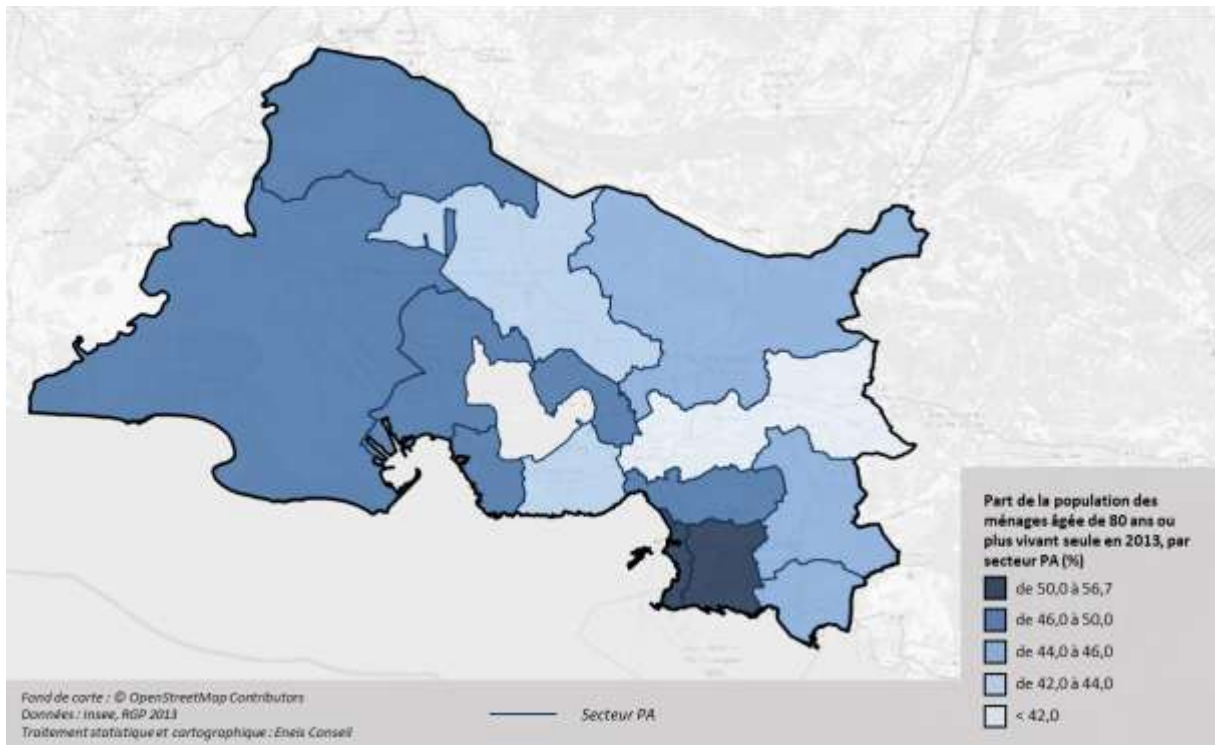


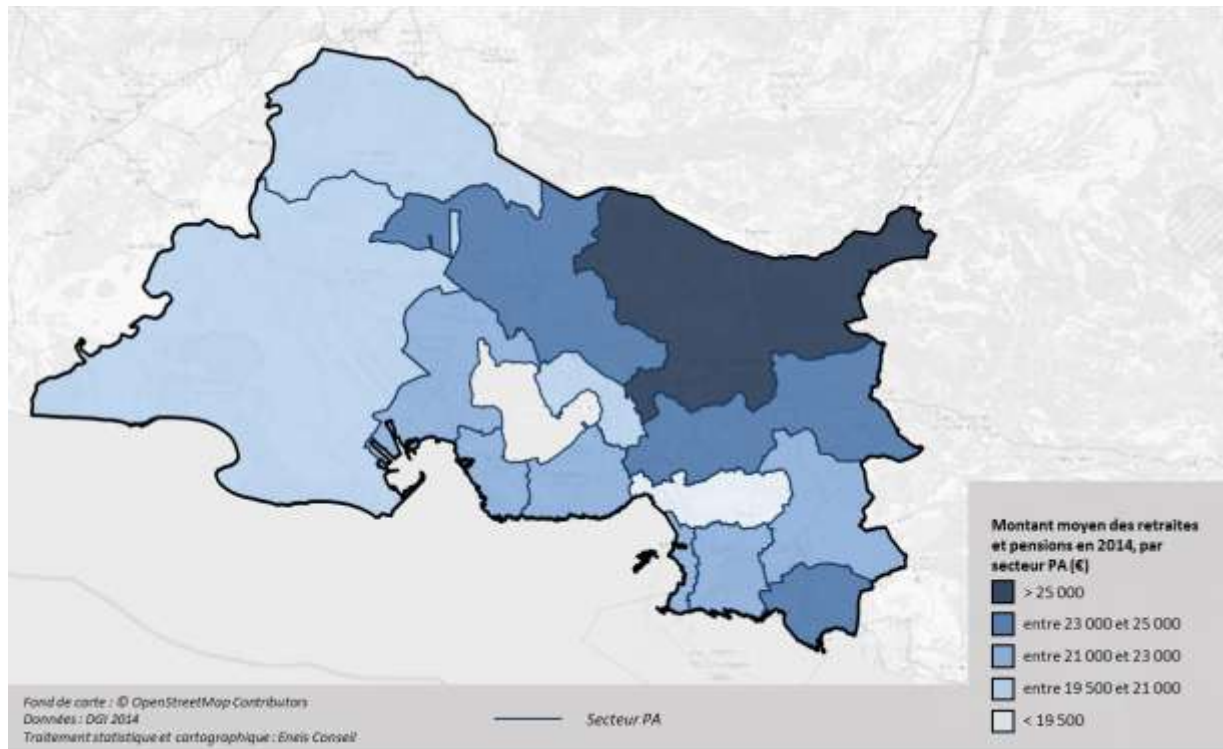
Le nombre notable de personnes âgées vivant à Marseille (sur les trois secteurs de Marseille Centre, Marseille Sud et Marseille Nord) s'inscrit en cohérence avec une concentration globale de la population sur ces territoires.

Il est cependant à noter que l'évolution de la population âgée de 60-74 ans diffère de celle de la population tout âge confondu : tandis que la population globale stagne ou augmente très faiblement sur les territoires d'Istres et Vitrolles, la population des 60-74 ans y augmente de plus de 3%. Ce phénomène de gérontocroissance est également visible sur le secteur de la Durance-Alpilles. De plus, la population âgée de plus de 75 ans augmente fortement entre 2008 et 2013 sur les territoires d'Istres, Martigues et Marignane (plus de 3,5%).

Ces évolutions récentes de la population âgée ne doivent néanmoins pas masquer les différences entre les indices de vieillissement des secteurs. Malgré la hausse du nombre de personnes âgées sur les territoires d'Istres, Martigues ou Marignane, les indices de vieillissement y sont proches de la moyenne du territoire (76,5 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans). Le secteur de la Ciotat connaît l'indice de vieillissement le plus élevé (123,1). A noter que le secteur d'Arles connaît également un indice de vieillissement important (93,0).







Les cartographies proposées ci-dessus mettent en exergue le risque d'isolement des personnes âgées. Aussi, sur les secteurs de Marseille Centre et Marseille Sud, la part de la population des ménages âgée de 80 ans ou plus vivant seule en 2013 dépasse les 50%. Ce taux atteint une moyenne départementale de 48,3%.

On peut également noter que la répartition des ménages dont la personne de référence est âgée de plus de 80 ans est variable selon les secteurs, avec un fort taux de propriétaires dans les secteurs de Marignane et Gardanne (plus de 75%), tandis que le secteur de Vitrolles en compte moins de 60%.

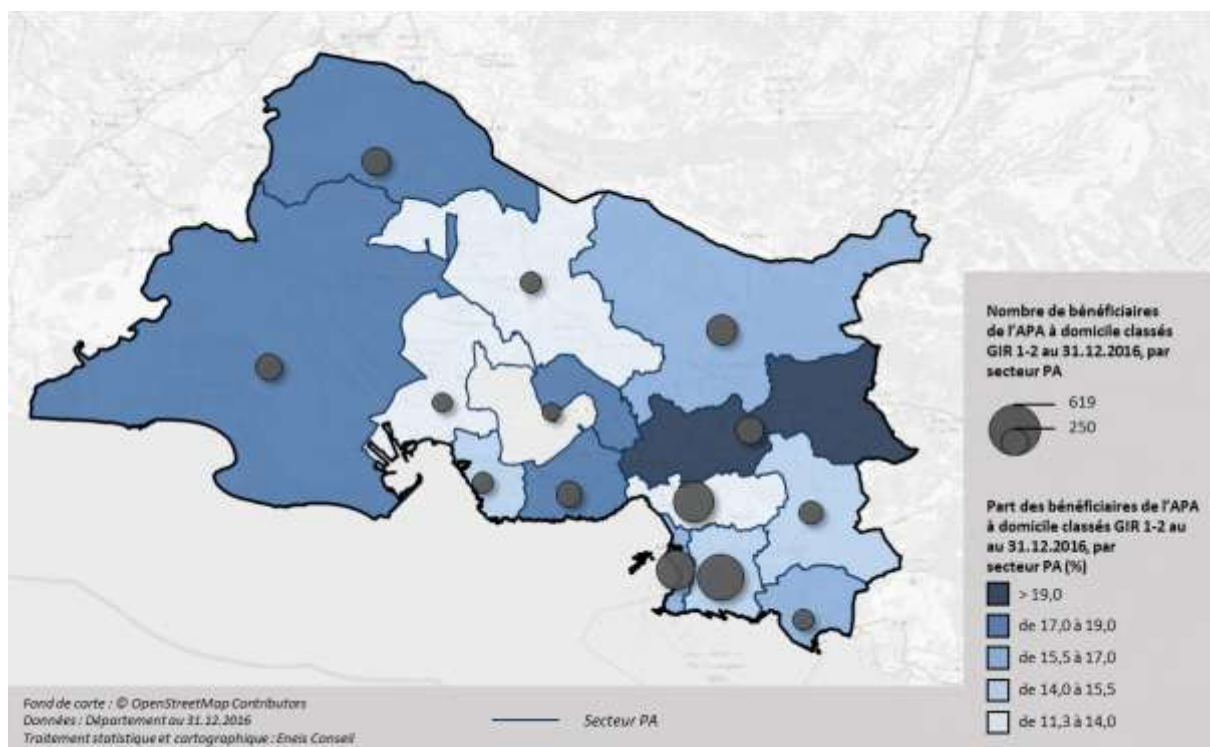
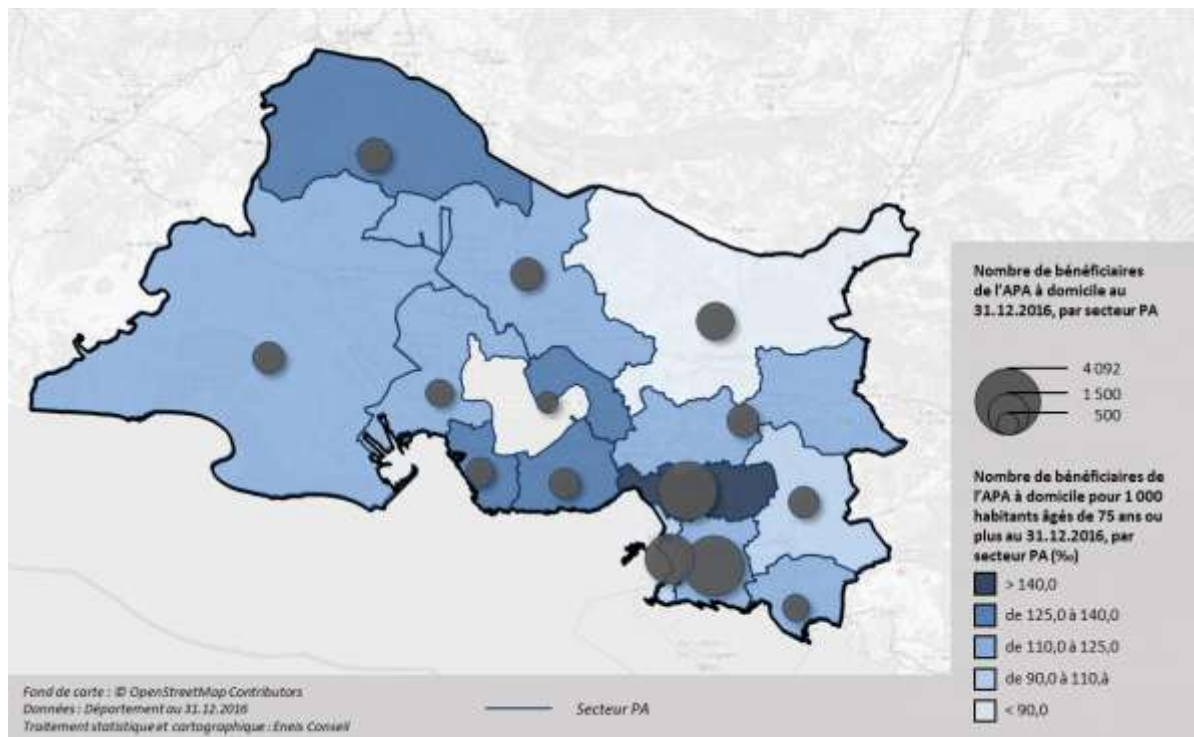
Les données ci-dessus permettent également d'observer l'enjeu de précarité financière des publics âgés, avec des situations très variables selon le territoire considéré. Le Nord Est du territoire connaît ainsi un niveau de retraite en moyenne plus élevé que le reste du territoire. Le montant moyen des retraites et pensions sur le secteur d'Aix est globalement plus élevé que sur le reste du territoire (en moyenne 25 850 euros) tandis que ce montant chute à 18 312 euros pour le secteur de Marseille Nord.

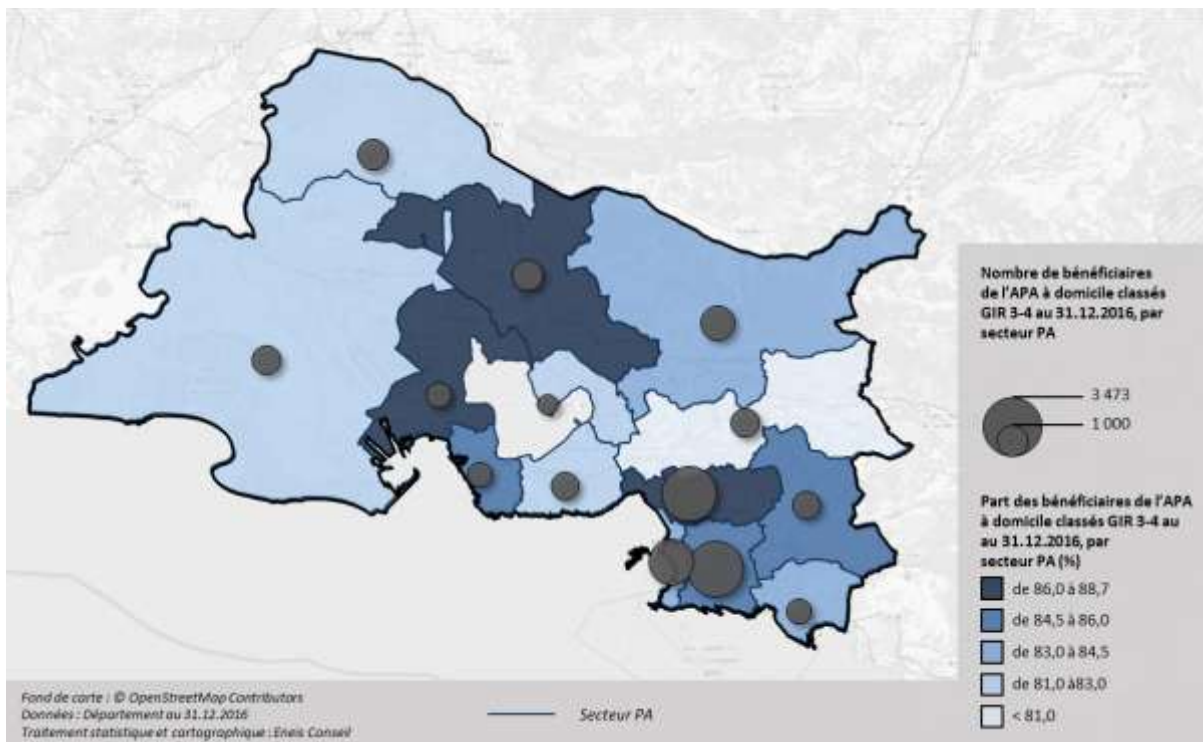




Les bénéficiaires d'une prestation « personne âgée »

Les cartes suivantes identifient les bénéficiaires d'une prestation « personne âgée » (APA) à domicile sur le territoire départemental.





Le secteur de Marseille Nord compte le plus grand nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes âgées (à savoir 162,8 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, contre 119,1 en moyenne sur l'ensemble du département).

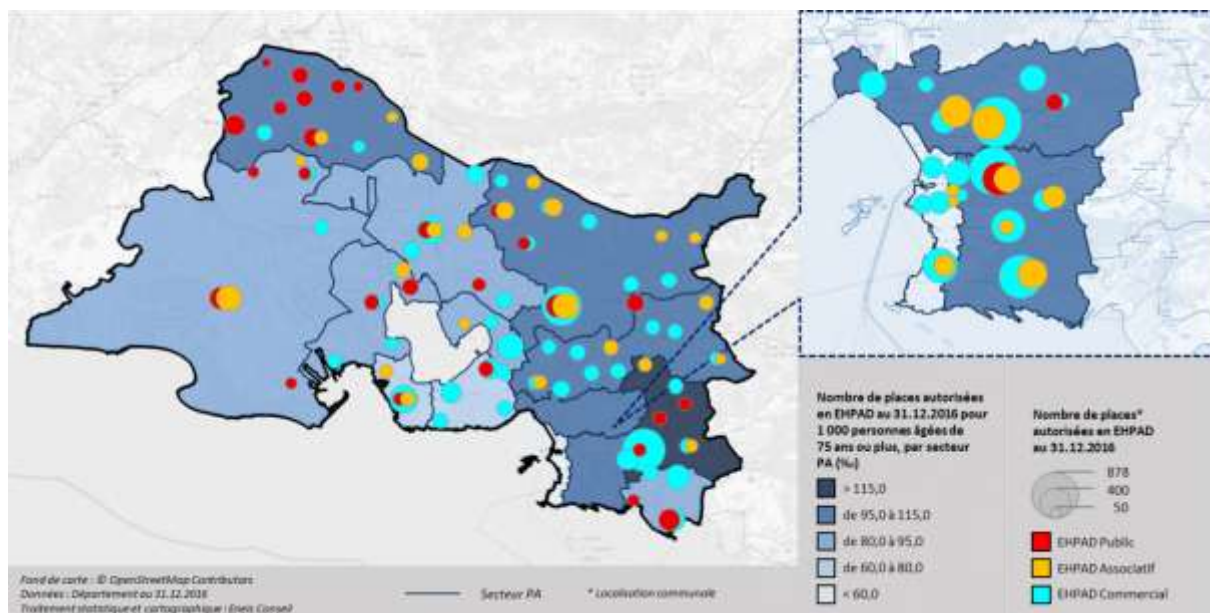
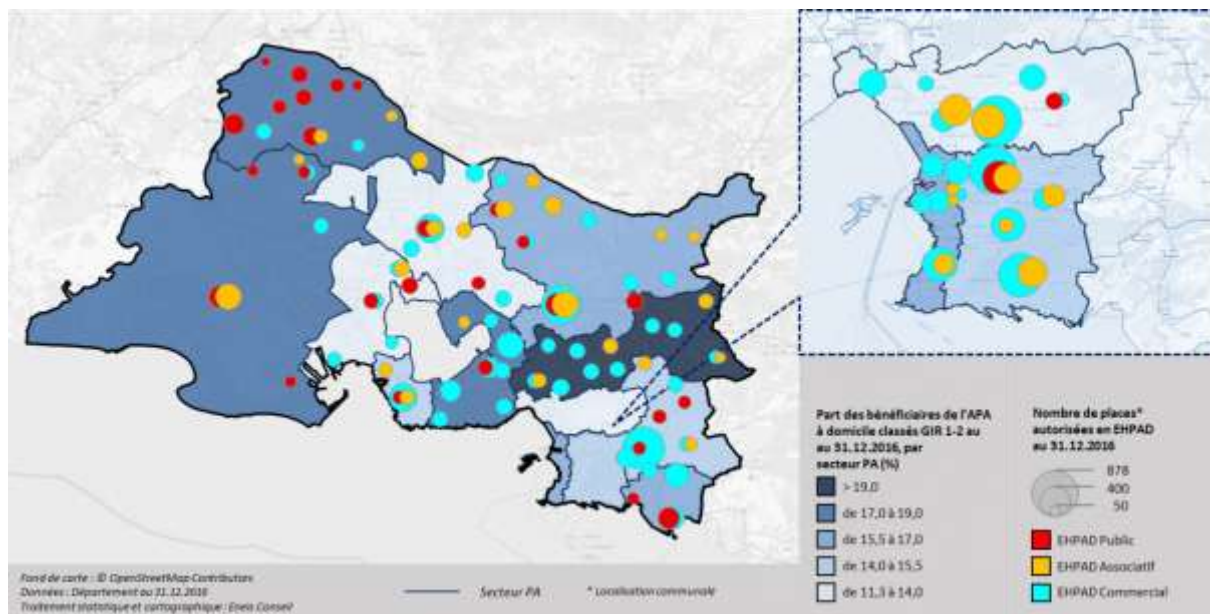
Les bénéficiaires de l'APA dans les Bouches-du-Rhône sont à 84,6% en GIR 3-4 (15,4% GIR 1-2). Le niveau de dépendance varie néanmoins d'un secteur à l'autre : le secteur de Gardanne compte 19,1% de bénéficiaires en GIR 1-2. A l'inverse, les territoires de Salon, Marseille Nord et Istres connaissent un niveau de dépendance moins élevé que la moyenne départementale (respectivement 11,3%, 12,6% et 13,9%)





L'offre à destination des personnes âgées

L'offre à destination des personnes âgées est synthétisée dans les cartes suivantes :



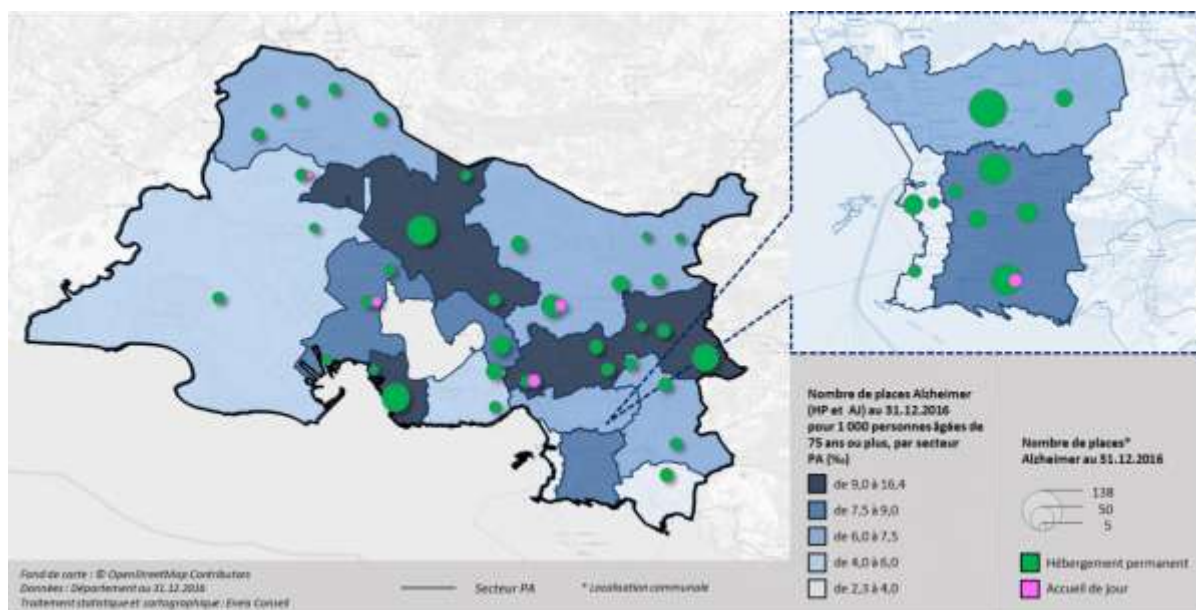
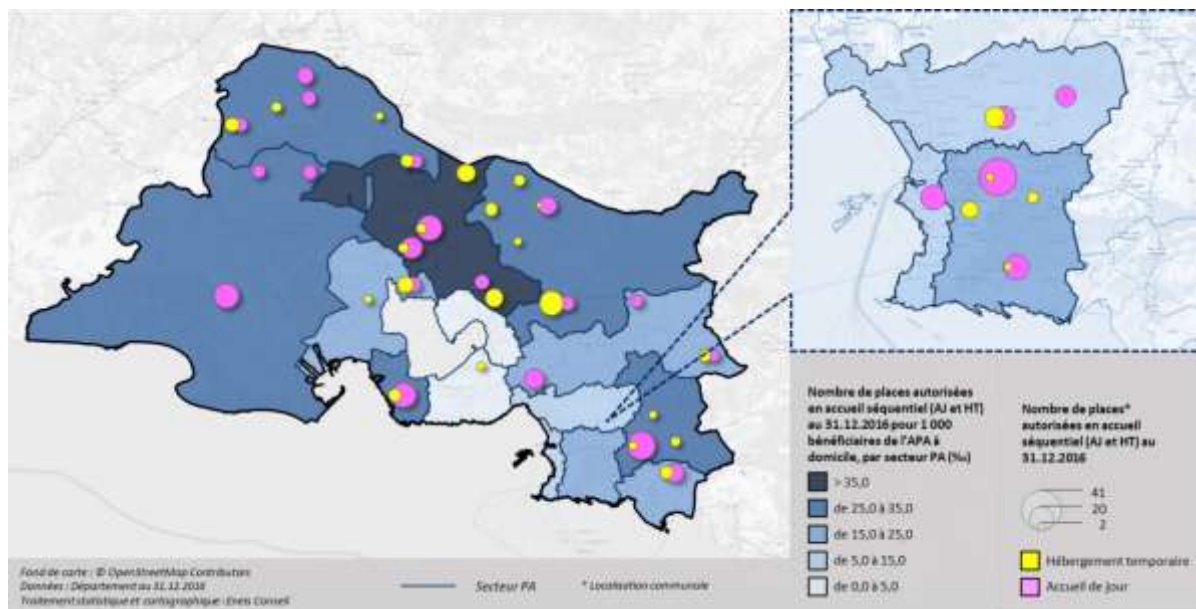
Maillage et places autorisées en EHPAD

Les places autorisées en EHPAD sur le Département se concentrent dans les grandes agglomérations et en particulier à Marseille (dont un nombre important de places en EHPAD lucratif).





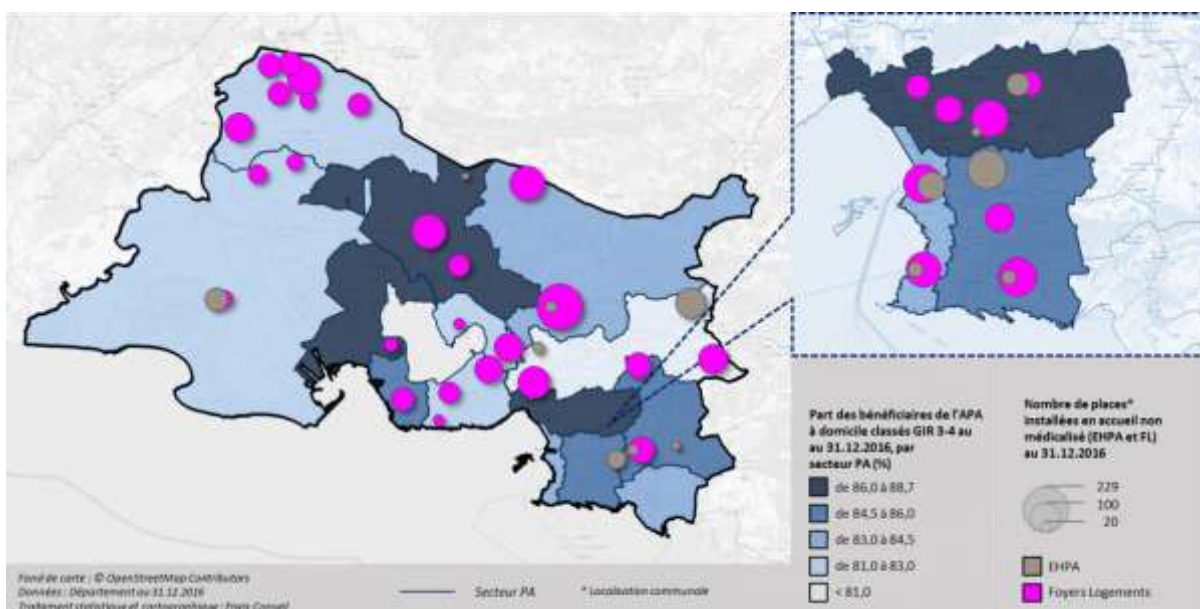
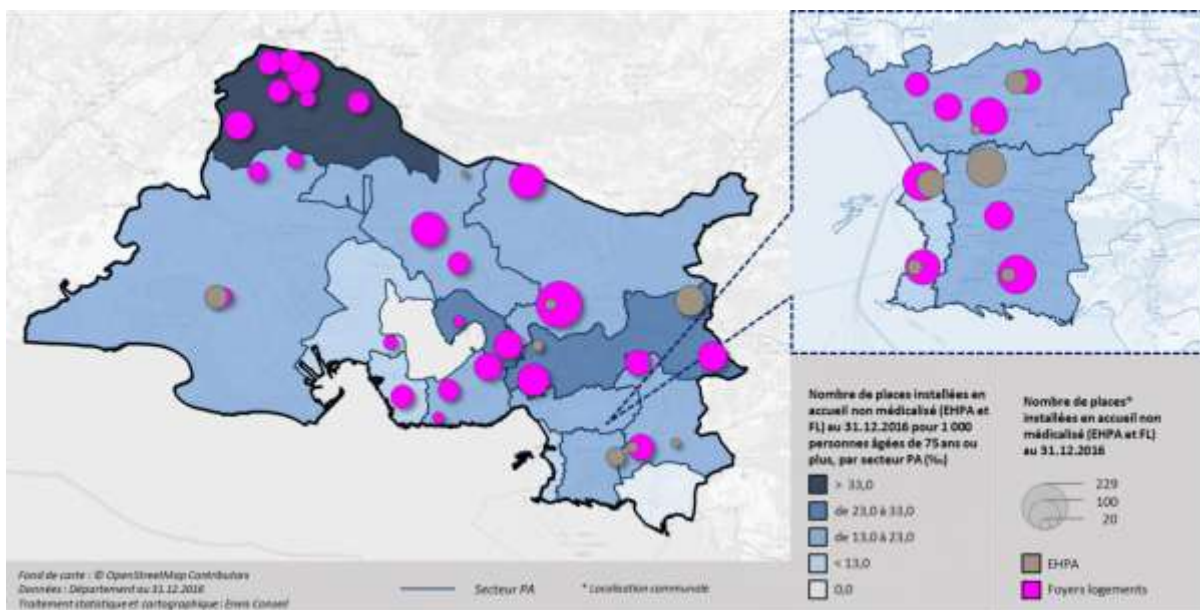
Le nombre de places autorisées en EHPAD est à mettre en relation avec la part de bénéficiaires de l'APA à domicile classés GIR 1 et 2. Le secteur de Gardanne, comptant 19,1% bénéficiaires en GIR 1-2, dispose de 1 084 places autorisées (majoritairement en EHPAD commercial), soit un nombre modéré de places au regard du niveau de dépendance du territoire.





Maillage et taux d'équipement en accueil séquentiel et places Alzheimer

L'hébergement temporaire Alzheimer s'est développé au cours des dernières années dans le département des Bouches-du-Rhône. L'hébergement permanent en places Alzheimer est bien implanté sur le territoire, mais l'accueil de jour présente davantage de zones blanches (implantation sur le secteur d'Arles, d'Istres, d'Aix, de Gardanne et de Marseille Sud). La Ciotat et Marseille centre sont les secteurs les moins bien dotés en hébergement temporaire et en accueil de jour Alzheimer (respectivement 2,3 et 2,5 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus).



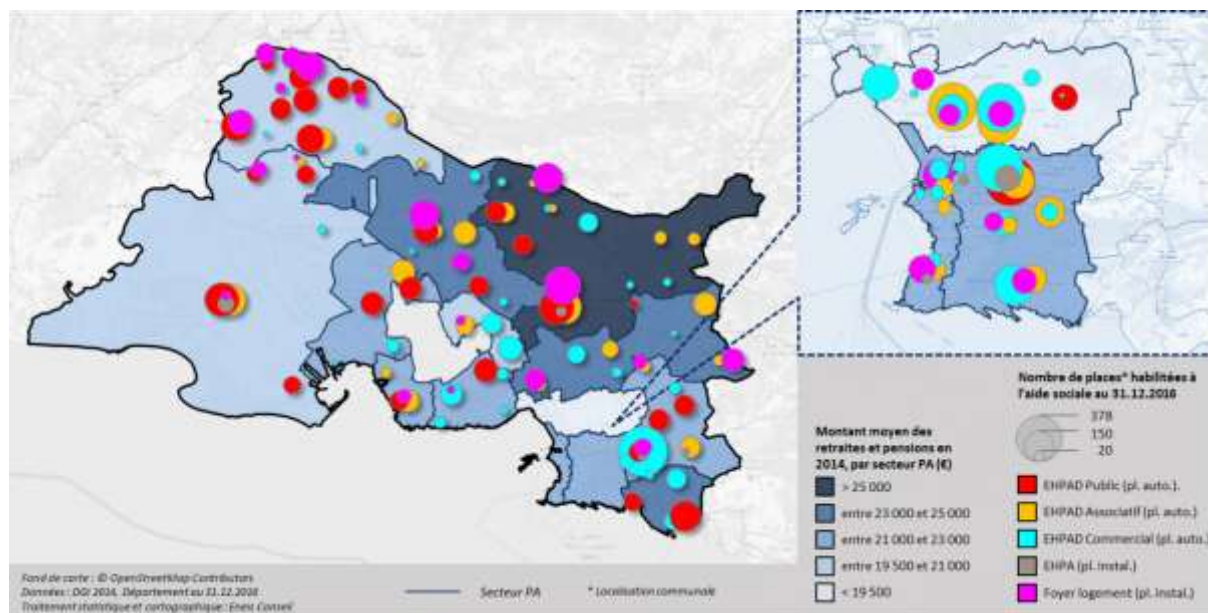
Maillage et taux d'équipement en foyers logement et EHPA

Une répartition hétérogène des résidences autonomes et EHPA est observable sur le territoire. Le secteur de la Durance-Alpilles concentre le nombre le plus



élevé de places installées en accueil non médicalisé (résidence autonomie + EHPA) du territoire, avec 31,2 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus. A l'inverse, le secteur de la Ciotat fait figure de zone blanche et ne dispose d'aucun établissement d'accueil non médicalisé. A noter néanmoins la proximité du secteur de la Ciotat avec les secteurs de Marseille Centre, Nord et Sud ainsi qu'Aubagne mieux dotés (respectivement 12,3, 18,2, 14,7 et 20,0 places).

Le maillage des accueils non médicalisés est à mettre en regard avec le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile afin d'identifier des zones de fragilité où des personnes dépendantes pourraient ne pas avoir accès à cette modalité d'accueil.



Aide sociale



Les établissements de l'agglomération marseillaise concentrent le plus grand nombre de places habilitées à l'aide sociale (en particulier les secteurs Nord et Sud). A noter un nombre moins important de places habilitées à l'aide sociale sur les territoires plus aisés (notamment Aix, exception faite de la commune d'Aix en elle-même).

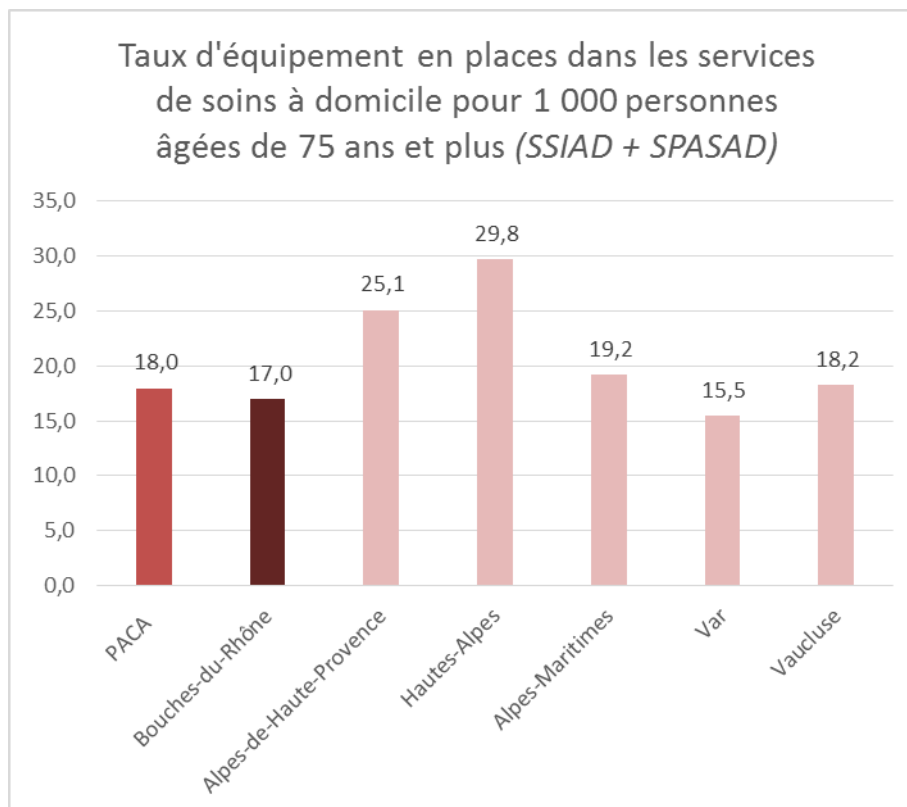




Taux d'équipement en places dans les SSIAD et SPASAD



Le taux d'équipement en SSIAD et SPASAD des Bouches-du-Rhône est similaire aux moyennes nationales et aux moyennes des territoires de comparaison (à l'exception du Département du Nord comptant 29 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans). Le Département des Bouches-du-Rhône présente un des taux les plus faibles de la région PACA (17,0) (ratio dû à un effet volume).



	France métropolitaine	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord
Taux d'équipement en places dans les services de soins à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	19,8	16,2	17,9	28,0

Source : STATISS, 2015

Taux d'équipement en structures non EHPAD

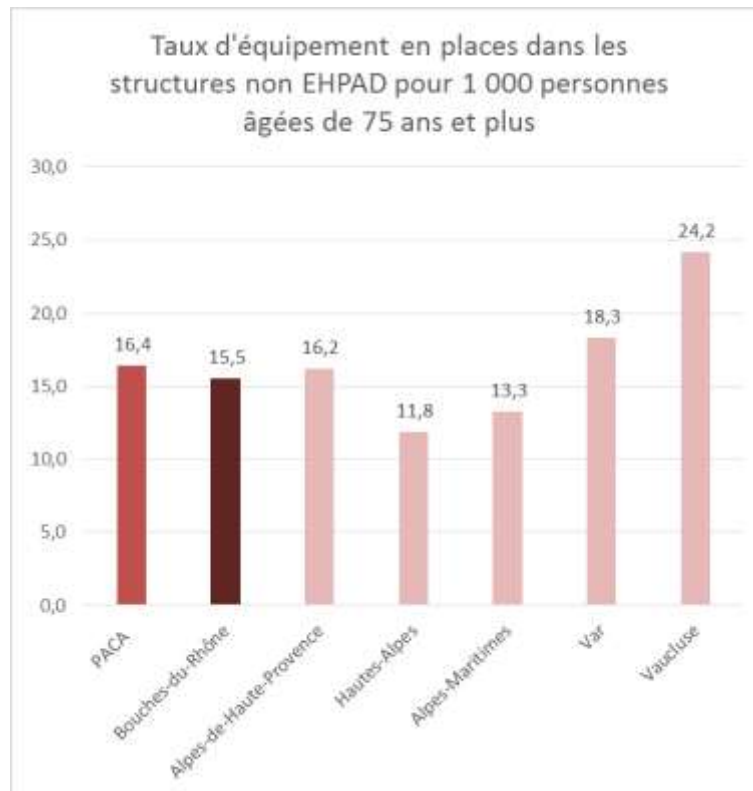


Les structures d'accueil non EHPAD (maisons de retraite, résidences autonomes, USLD) sont moins nombreuses dans les Bouches-du-Rhône que dans les territoires de comparaison et qu'en France Métropolitaine. La moyenne régionale est en effet inférieure au taux national de près de 10





points. Le taux d'équipements en structures non EHPAD est près de deux fois supérieur dans le Rhône, les Hauts-de-Seine et le Nord que dans les Bouches-du-Rhône.



	France métropolitaine	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD* pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	25,8	39,9	32,9	31,4

*places en maison de retraite, logements de logements-foyers, places USLD)

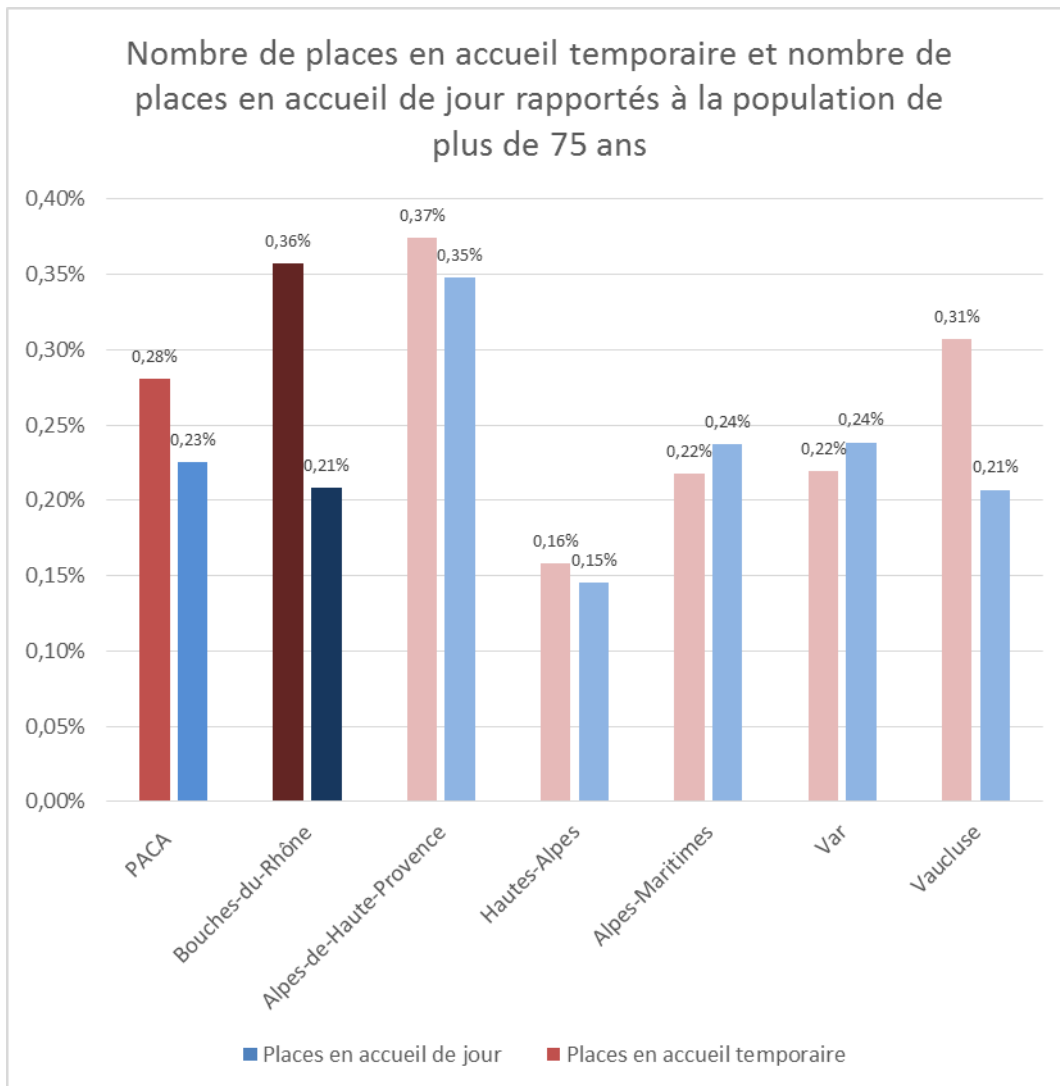
Source : STATISS, 2015

Accueil temporaire et accueil de jour



En 2015, les Bouches-du-Rhône comptent 0,28 place en hébergement temporaire pour 100 personnes de plus de 75 ans et 0,23 en accueil de jour. Ces chiffres sont proches des moyennes régionales et nationales présentées ci-après.





	France métropolitaine	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord
Nombre de places en accueil temporaire rapporté à la population de plus de 75 ans	0,27%	0,27%	0,16%	0,23%
Nombre de places en accueil de jour rapporté à la population de plus de 75 ans	0,35%	0,28%	0,25%	0,31%





Diagnostic qualitatif

Les précédents schémas portés par le Département des Bouches-du-Rhône ont favorisé le déploiement **d'une politique gérontologique départementale très structurée et s'adaptant aux évolutions juridiques des dernières années**. Pour poursuivre la démarche entreprise, il convient de réaliser un diagnostic qualitatif global sur les offres départementales en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées et de leurs proches.

Dans ce diagnostic qualitatif sont présentés :

- les enquêtes par questionnaire dressant les portraits des services, établissements et usagers et mettant en lumière les attentes et les besoins de chaque type d'acteurs
- des éléments de bilan, rappelant quelques grandes réalisations du Département des dernières années et permettant de disposer d'une vision globale de l'offre départementale sur le territoire.



Les dispositifs de maintien à domicile déployés sur le territoire connaissent aujourd'hui des mutations importantes : le Département est en charge d'accompagner les services d'aide et d'accompagnement dans ces évolutions et de favoriser l'adaptation du logement à la perte d'autonomie. (I).

Si l'amélioration de l'offre en établissement, pour les publics dépendants comme autonomes, se poursuit (II), la réponse aux besoins et la fluidification des parcours passent également par la diversification des formes d'accueil, mouvement déjà entrepris à la suite des précédents documents directeurs. (III)

Le Département a depuis longtemps amorcé une politique de soutien aux aidants, aujourd'hui portée par la loi ASV au travers de nouvelles dispositions (droit au répit dans le cadre de l'APA, axe de la Conférence des financeurs) (IV).

Le présent schéma revient également sur les outils d'information et de coordination mis en œuvre par le Département, chef de file de l'action sociale : les avancées des dernières années doivent être poursuivies au regard des résultats des questionnaires sur ces enjeux (V).

Au-delà de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, cette première partie évaluative doit prendre en compte l'intégration des personnes âgées dans la vie sociale et citoyenne du territoire (VI).





I) Les dispositifs en faveur du maintien à domicile

Permettre aux personnes âgées de rester à domicile dans des conditions de vie de qualité est une orientation majeure des politiques publiques, appuyée par la loi ASV. Déjà présent dans les précédents schémas, cet objectif des politiques gérontologiques fait écho à un souhait de la part des personnes âgées de rester aussi longtemps que possible à domicile.

Eléments de bilan des précédents schémas

Anticipant les grands axes de la loi ASV, une Journée départementale de l'autonomie et de l'accompagnement à domicile a été organisée par le Département en octobre 2014. Elle a réuni les professionnels du secteur sur les enjeux de l'accompagnement à domicile et permis la présentation d'actions innovantes et des ateliers de réflexion sur les thématiques :

- Participer au développement économique et local,
- Soutenir le lien social,
- Mieux penser l'habitat adapté,
- Promouvoir la prévention.

Les services d'aides à domicile, premier relais du département pour favoriser le maintien à domicile

La gestion de la politique de maintien à domicile est un enjeu majeur pour le Département. Vecteur de la politique de maintien à domicile, **le pilotage du secteur du service d'aide à domicile doit relever de nouveaux défis depuis l'adoption de la loi ASV, face à la refonte juridique majeure** du secteur.

Ainsi, dans les Bouches-du-Rhône, **154 SAAD agréés ont basculé dans le régime de l'autorisation**. Ils sont au total **180 à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH** et **24 sont habilités à l'aide sociale**.

L'enquête diffusée auprès des services a permis de dresser le portrait-type des SAAD sur le territoire qui sont en majorité **situés dans les grandes agglomérations du Département** et sont des structures **privées à but non lucratif**.

Ces SAAD interviennent majoritairement comme **prestataires** : ce mode d'intervention impliquant une relation étroite au Département permet **d'assurer une qualité de service et une meilleure continuité d'intervention** mais présente le plus souvent un **coût plus important que le mode mandataire**.



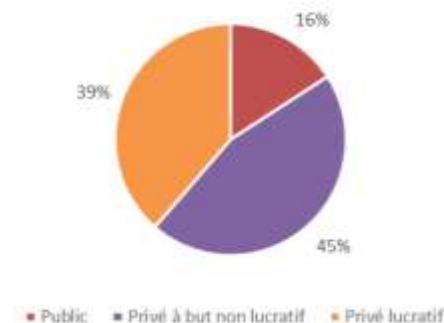


Enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile

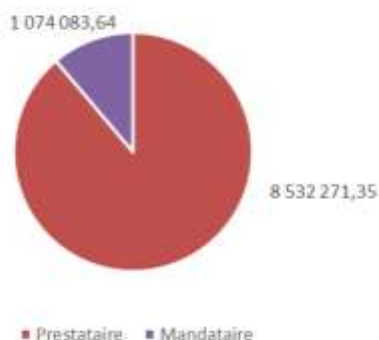
Profil des répondants

- **145 services** ont répondu au questionnaire dont une **majorité de SAAD privés à but non lucratif** (66 soit 45%).
- Près de la moitié (54%) des SAAD répondants sont situés dans les agglomérations de Marseille (66 SAAD, dont 15 dans le 8eme arrondissement) et d'Aix-en-Provence (15 SAAD).
- En 2015, **9 606 354,99 heures** ont été réalisées (majoritairement par des services prestataires) auprès de **46 962 bénéficiaires** par les services répondants

Répartition des répondants par structure juridique



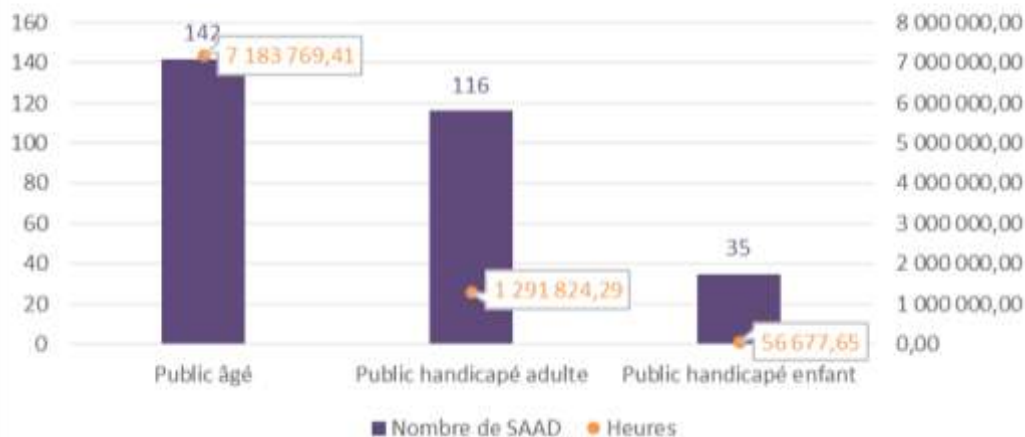
Répartition des heures réalisées en 2015 par mode



Activité des SAAD- prestataire

- Tous SAAD répondants confondus, près de **8,5 millions d'heures prestataires ont été réalisées** en 2015, le mode prestataire étant donc majoritaire parmi les services répondants.
- Les **SAAD ayant une activité prestataire interviennent majoritairement auprès du public âgé** (142 services réalisant 7,2 millions d'heures).
- Ces heures de services prestataires sont réalisées à **76,4% par des structures privées à but non lucratif**.

Nombre de SAAD réalisant des heures prestataire et nombre d'heures par type de public





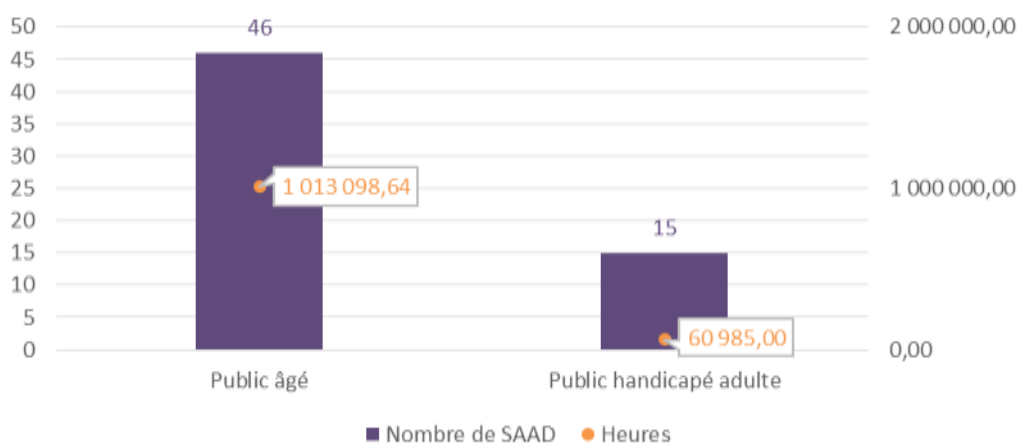
Répartition du nombre d'heures prestataire par type de structure et par public



Activité des SAAD – service mandataire

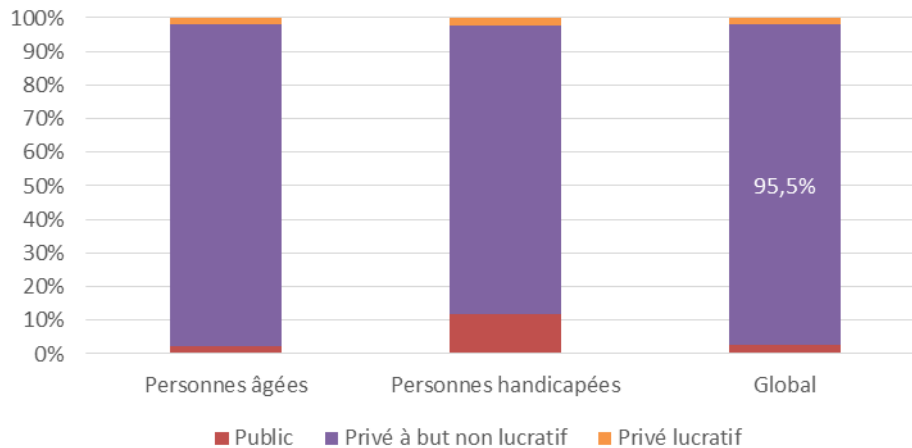
- Les SAAD en services mandataires répondants ont réalisé près d'1,1 million d'heures en 2015. Ces heures sont majoritairement réalisées auprès du public âgé (1,0 million d'heures). En revanche ils n'interviennent pas auprès des enfants handicapés.
- Les heures des services mandataires sont très largement réalisées par des structures privées à but non lucratif (95,5%).

Nombre de SAAD réalisant des heures mandataire et nombre d'heures par type de public



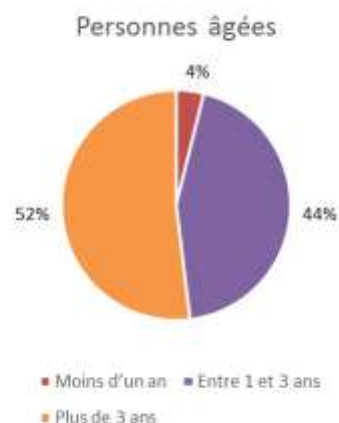


Répartition du nombre d'heures mandataire par type de structure et par public



Les SAAD doivent assurer une diversité de prise en charge, dépendant notamment du niveau de dépendance des personnes âgées accompagnées. La **prise en charge de publics particulièrement dépendants** invite au renforcement de la **formation et du suivi des intervenants à domicile**.

A noter qu'une majorité des personnes suivies par les SAAD ayant répondu au questionnaire sont en GIR 4, un niveau de dépendance plus élevé entraînant généralement l'entrée en établissement des personnes (cf. II).



Certaines limites dans le suivi à domicile sont rencontrées par les SAAD, comme le dénotent les refus d'intervention signalés par les répondants au questionnaire. Répondre à l'ensemble de la demande sur le territoire suppose en effet :





- Pour les SAAD, de **disposer de suffisamment de personnel**, dans un contexte de recrutement difficile touchant tout le secteur,
- De disposer de plus d'un **personnel qualifié pour accompagner des personnes très dépendantes** ou bien souffrant d'une pathologie ou d'un handicap lourd,
- Au niveau départemental, de mettre en œuvre une organisation de l'offre permettant de couvrir l'intégralité du territoire.

La question du refus d'intervention appelle donc une **stratégie d'organisation territoriale de l'aide à domicile** pour assurer une **équité de prise en charge** et éviter les « zones blanches » (les répondants se concentrent en effet dans les grandes agglomérations, interrogeant la présence de SAAD dans des espaces de moindre densité de peuplement).

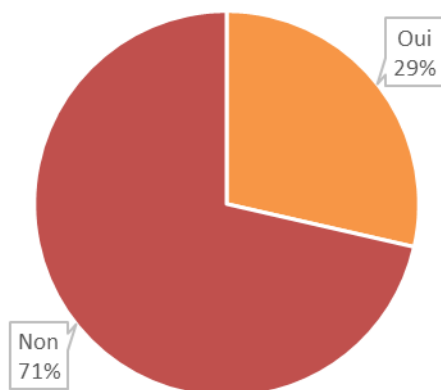


Enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Refus d'intervention

- Un tiers des SAAD a refusé des prises en charge au cours de l'année 2015.

Refus de prises en charge en 2015



- Selon les répondants, les refus d'intervention sont avant tout imputables au **manque d'effectifs au sein des services** (ou bien au manque de personnel qualifié), ce qui est à mettre en relation avec les difficultés de recrutement rencontrées par le secteur de l'aide à domicile.

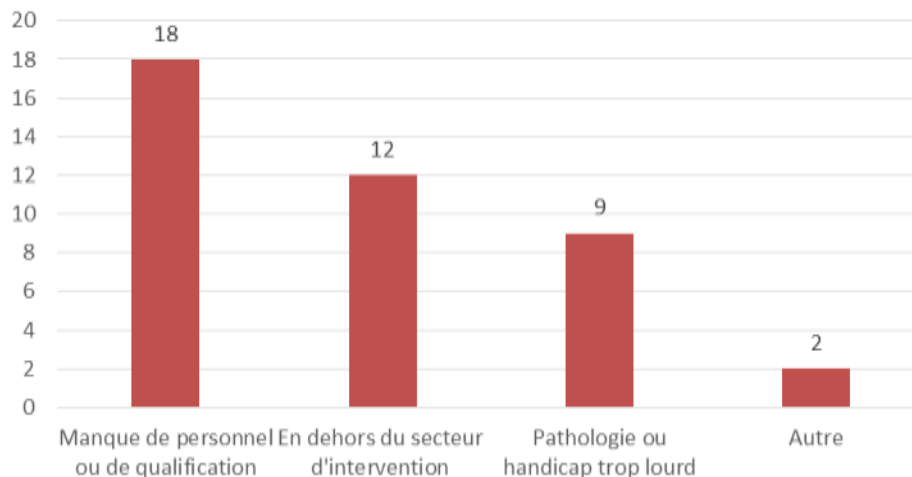
- La **localisation du domicile d'intervention** hors du champ d'intervention du SAAD est le deuxième motif déterminant pour les refus.

- Enfin, **l'existence d'une pathologie ou d'un handicap trop lourd** est le troisième refus de prise en charge, ce qui interroge sur les solutions proposées pour les personnes en situation complexe à domicile.





Motifs de refus de prise en charge en 2015



Le manque de personnel est cité comme première raison de refus de prise en charge par les répondants. Ainsi, pour assurer une couverture territoriale, prendre en charge les publics les plus dépendants mais également assurer la qualité du service offert, les SAAD ont besoin de **s'appuyer sur un personnel intervenant qualifié et disposant de bonnes conditions de travail**. Or le secteur connaît des difficultés importantes en la matière (et en premier lieu, comme mentionné précédemment de difficultés de recrutement, notamment de personnel qualifié), pour une profession peu reconnue. Le temps partiel, fréquent dans le secteur de l'aide à domicile, contribue de plus à la **précarisation du métier d'intervenant à domicile**, qui connaît un niveau faible de rémunération.

Face à ces difficultés, les SAAD répondants au questionnaire citent fréquemment dans leurs attentes vis-à-vis du schéma la question de la **reconnaissance des intervenants à domicile** et le **besoin d'une meilleure formation**.

Cependant le suivi des intervenants par les personnels encadrants est relativement développé comme le mettent en évidence les résultats des questionnaires. Mais les formations ne suffisent pas à réduire les difficultés inhérentes aujourd'hui au secteur de l'aide à domicile (difficultés dans la prise en charge des personnes suivies, sentiment d'isolement...). Il est à noter que le secteur connaît un **taux d'absentéisme élevé**.

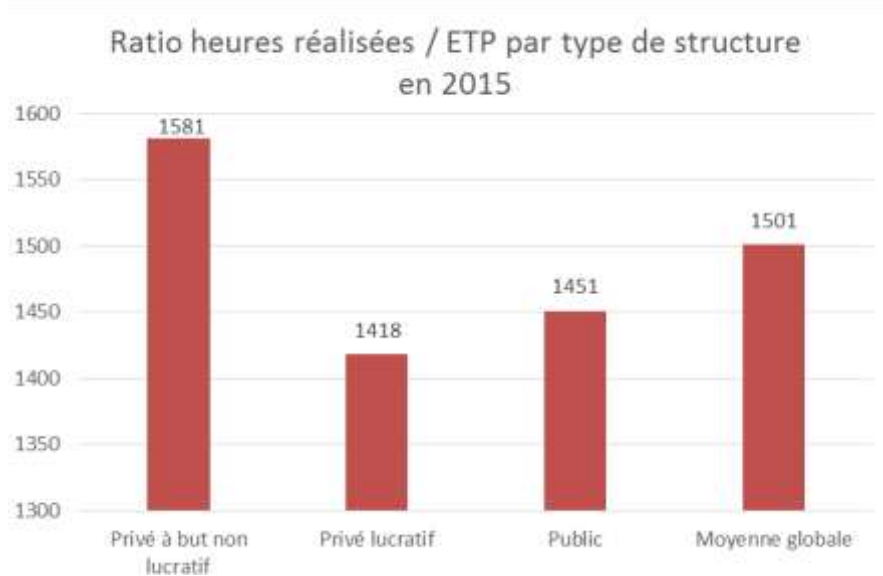


Enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Personnel intervenant

- Les SAAD ayant répondu comptent **11784,48 ETP** en 2015 : la médiane se situe à 21 ETP par service . En moyenne, environ **1 500 heures ont été réalisées par ETP** au cours de l'année. A noter que ce ratio est plus élevé pour les SAAD privés à but non lucratif.
- Le **taux moyen de qualification de 30,52%** sur l'ensemble des SAAD masque des disparités importantes (7 SAAD avec plus de 80% de qualification et 29 SAAD avec moins de 10% dont 15 sans aucune qualification déclarée).
- Un **meilleur niveau de qualification** des intervenants est observable dans le **secteur privé lucratif** (43,73% soit près de 13 points supérieurs à la moyenne).

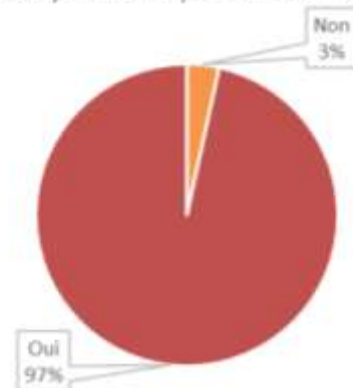


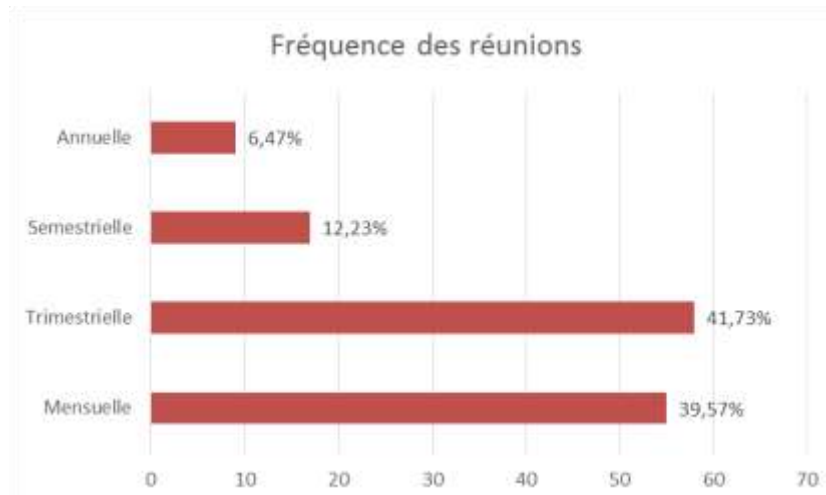


Accompagnement du personnel

- 97% des SAAD organisent des réunions d'échange d'information et de pratique avec leur personnel d'intervention.
- Ces réunions sont organisées en majorité au moins une fois par trimestre
- Le taux moyen d'absentéisme de 9,69 % masque des écarts importants (allant jusqu'à 52% d'absentéisme).

Organisation de réunions d'échange d'information et de pratique avec le personnel d'intervention





Le recours à un service à domicile pour les personnes âgées est une solution permettant un maintien à domicile prolongé. Le plus souvent, les bénéficiaires interrogés dans le cadre du questionnaire ont recours à **plusieurs services simultanément** (en particulier, SAAD et SSIAD).

Les répondants au questionnaire déclarent également recourir à d'autres types de services. Une **pluralité de besoins** ne semble pas pleinement couverte, notamment le besoin en service de transport ou en petits travaux.

Le questionnaire interrogeait également les répondants sur le non-recours à un service d'aide à domicile. Le premier frein est d'ordre financier. Il est à noter néanmoins que la loi ASV implique une revalorisation des plafonds de l'APA et améliore l'accessibilité financière à cette allocation. Ce motif de non-recours rappelle **l'enjeu de la prise en charge des publics les plus précaires**, déjà souligné dans les précédents schémas et faisant l'objet d'une attention particulière des acteurs de terrain (institutionnels et associatifs). D'après l'INSEE, en 2012, la région PACA connaît un taux de pauvreté élevé (16,9% des habitants vivant sous le seuil de pauvreté), phénomène encore plus marqué dans les grandes aires urbaines. Marseille connaît une très forte dispersion des revenus (les revenus des 20% des plus aisés sont 5,4 fois supérieurs à ceux des 20% les plus pauvres).

Les services du Département font par ailleurs figure d'intermédiaire principal pour le recours à des SAAD. Les personnes interrogées identifient en effet principalement les SAAD au travers de la liste fournie par le Département. Les équipes APA ont une **bonne connaissance et une bonne appréciation des services. Elles entretiennent une collaboration étroite** avec ceux-ci.

Les répondants au questionnaire ont manifesté leur **satisfaction vis-à-vis des services sollicités** avec néanmoins une attente particulière en termes de continuité des interventions (gestion des remplacements) et de possibilité d'intervention des services à des horaires atypiques (week-ends, jours fériés, nuits...), dénotant deux axes d'amélioration possibles de l'intervention des SAAD sur le territoire.





Services – offres

- **94,2% des répondants déclarent avoir recours à un service d'aide à domicile et 71% à un service de soins infirmiers à domicile.**
- 26% des répondants ont exclusivement recours à un SAAD. Néanmoins, le recours à une pluralité de services est fréquent : en moyenne, les répondants ont recours à trois services parmi ceux mentionnés ci-dessous.

Services utilisés par les répondants



A quel type de services souhaiteriez-vous recourir ?



- 25% des répondants ne souhaitent aucun autre service. Le recours à un service de petits travaux est cité par 22% des répondants, dénotant un besoin non couvert important, ainsi qu'un service de transport (17,5%).

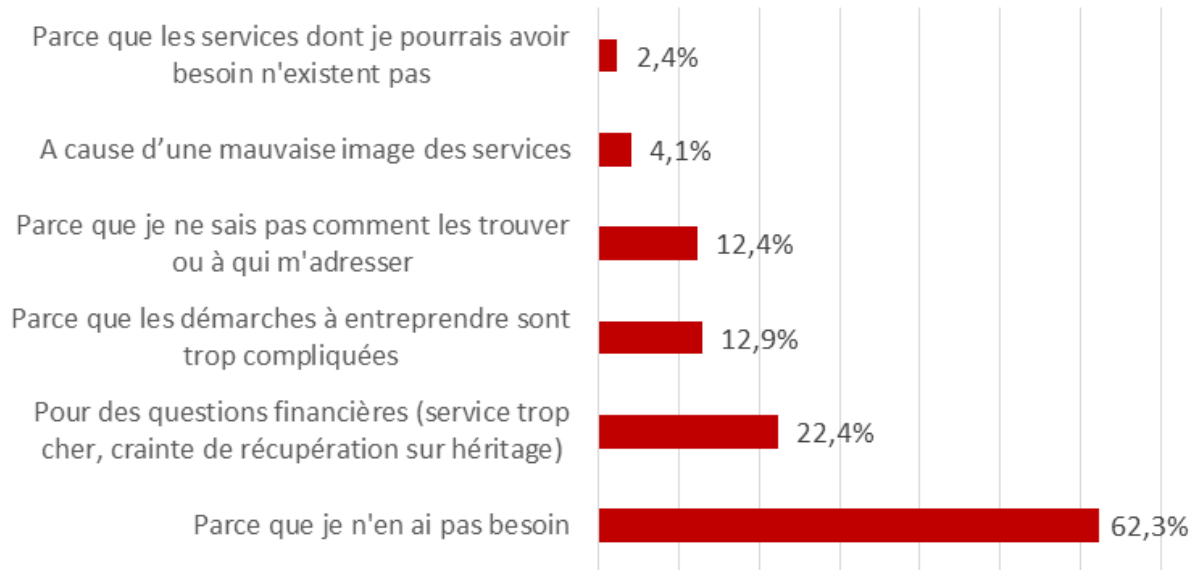
Services – Non-recours

- **62,3% des personnes** ne recourant à aucun service déclarent ne pas en éprouver le besoin.
- Les **questions financières** sont le premier facteur expliquant le non-recours.





Raison du non-recours aux services



Motifs du choix du service



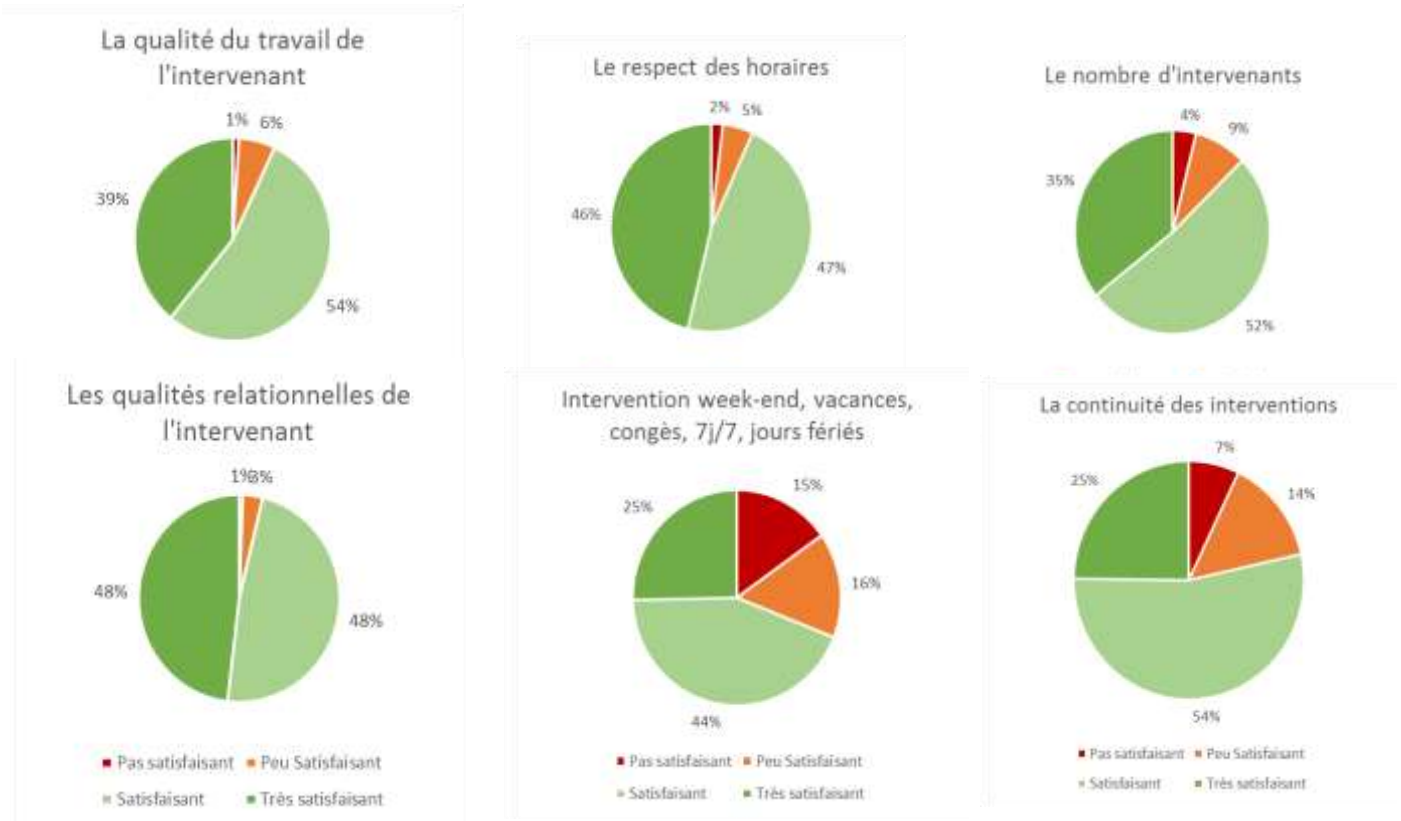
Services – Niveau de satisfaction

- Les répondants se déclarent **très satisfaits** de la qualité du travail des intervenants, du respect des horaires et des qualités relationnelles de l'intervenant des services à domicile sollicités.





- L'intervention à des horaires atypiques et la continuité des interventions en cas de remplacement suscitent plus d'insatisfaction. 30,2% des personnes bénéficiant d'un service déclarent être en attente d'une **meilleure gestion des remplacements**.



Les enjeux

- Des situations professionnelles des intervenants à domicile potentiellement difficiles, nécessitant une formation et un accompagnement.
- Des situations non prises en charge par des SAAD appelant une meilleure structuration territoriale de l'offre et une analyse précise des besoins des personnes âgées à domicile.
- Une exigence permanente de qualité (notamment en termes de continuité de la prise en charge) à saisir dans le cadre de la mise en œuvre du Cahier des charges national des SAAD.
- Un respect du libre choix de la personne âgée dans l'accès aux services et dans le choix du mode d'intervention.
- Une orientation par le Département vers les SAAD (via la liste de SAAD fournie aux bénéficiaires de l'APA) impliquant une bonne articulation entre travailleurs sociaux et SAAD et une bonne connaissance du secteur par le Département.
- Une diversité de besoins des bénéficiaires d'aide à domicile nécessitant pour les services départementaux une meilleure connaissance de l'offre existante (et prioritairement de l'offre des SAAD en matière d'aide à domicile, de portage de repas, d'aide-ménagère et de service de mobilité).





L'adaptation du logement, un enjeu de préservation de l'autonomie

Une **meilleure prise en compte du logement** dans les politiques gérontologiques est inscrite dans la loi ASV comme levier du « bien vieillir » et a des répercussions dans les politiques départementales. En effet, favoriser le maintien au domicile passe par l'adaptation du logement à la perte d'autonomie, axe développé par la Conférence des financeurs (via des aides techniques) dans une dimension préventive.

Dans le cadre des questionnaires à destination des personnes âgées bénéficiant de l'APA, les répondants ont été interrogés sur leur perception de leur domicile et son adaptation à leur perte d'autonomie. Ils ont été peu nombreux à déclarer leur logement comme inadapté. **Une certaine difficulté à concevoir son logement habituel comme inadapté peut être envisagée** : un accompagnement est nécessaire pour parvenir à formuler des besoins en matière d'adaptation du logement. Le refus d'aménager son domicile relève de freins psychologiques nombreux auxquels s'ajoutent de potentiels freins financiers importants.

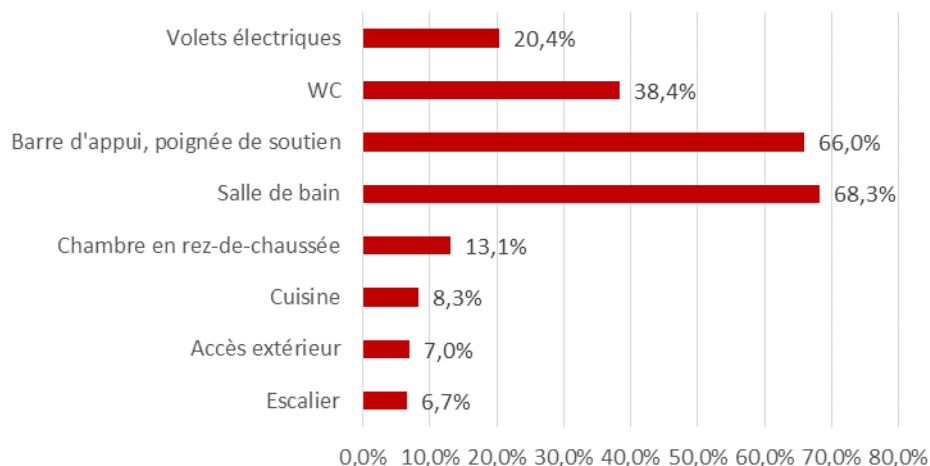


Enquête auprès des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile

Logement et dépendance

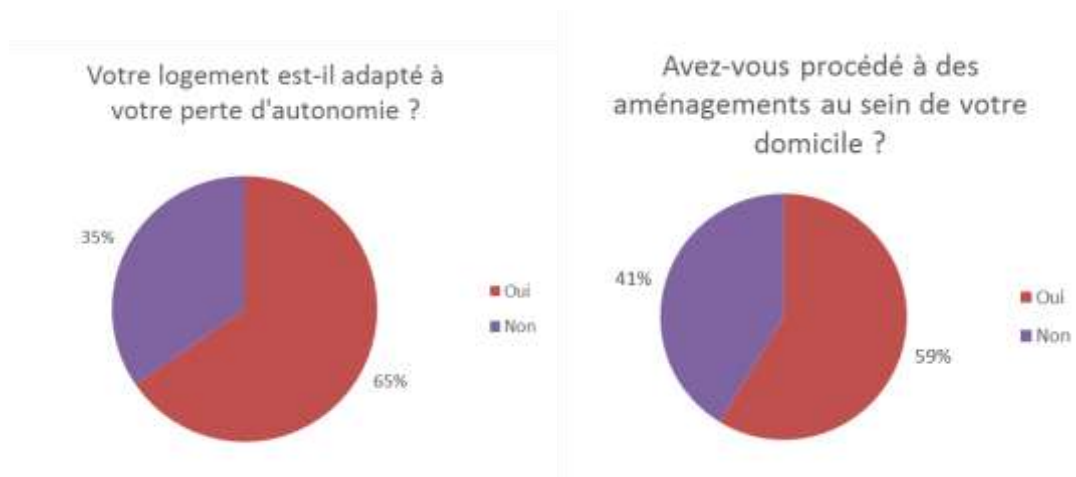
- 68,3% des personnes ayant mené des travaux pour adapter leur logement à leur situation ont aménagé leur **salle de bain** et 66,0% d'entre eux ont installé des **barres d'appui ou des poignées de soutien**.

Type de travaux réalisés par les répondants ayant aménagé leur logement à leur perte d'autonomie

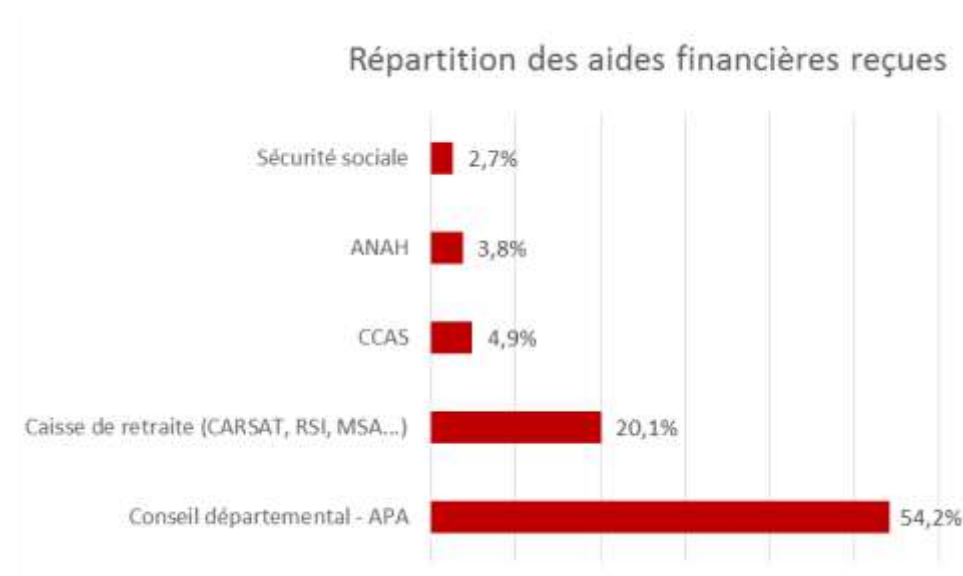


- D'autres types d'aménagement ont pu être mentionnés : un lit médicalisé (6,2%) et ou l'installation de climatisation (1,1%).





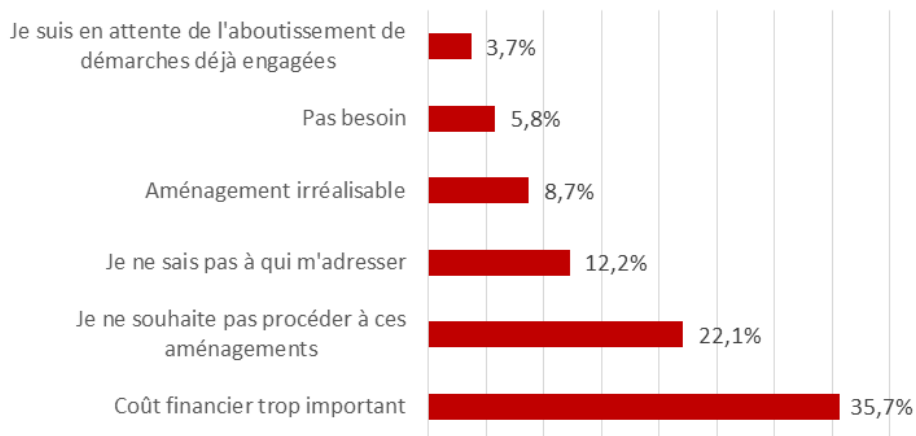
- 78% des personnes ayant réalisé un aménagement l'ont fait **sans aide financière**.
- Quand ils ont été aidés, les répondants signalent **l'APA comme première source de financement**, puis les caisses de retraites et les CCAS. L'ANAH n'est citée que par 3,8% des personnes ayant bénéficié d'un financement.





- Sur les 866 personnes n'ayant pas réalisé de travaux à leur domicile, 370 répondants déclarent que **leur logement n'est pas adapté à leur perte d'autonomie**. Les motifs pour ne pas réaliser de travaux sont en premier lieu le **coût financier** et le **refus de réaliser des travaux**.

Motifs de non-réalisation de travaux



- Certains répondants ont aussi mentionné comme frein le fait d'être locataire ou bien hébergé par un tiers.



Les enjeux

- L'adaptation du logement comme axe à investir pour favoriser le maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie, notamment dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie et dans le développement de partenariats avec des bailleurs.





II) L'accueil et la prise en charge des personnes âgées en établissement

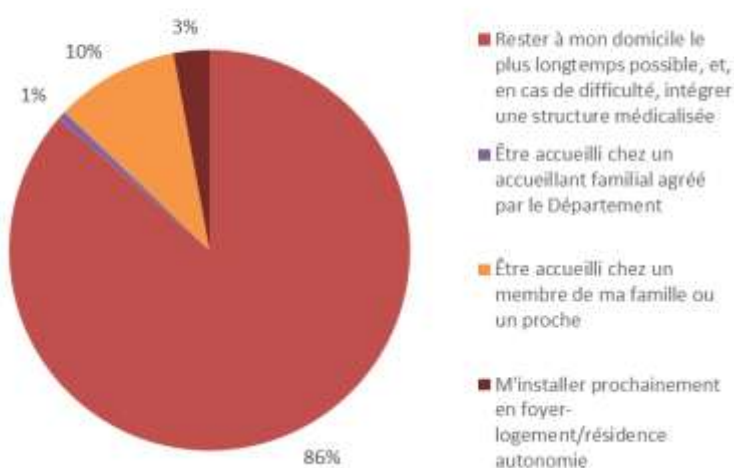
Outre l'offre de service à domicile, le Département dispose d'une **offre importante d'accueil en établissement pour des personnes âgées**, dépendantes ou non. Les politiques gérontologiques menées ces dernières années ont permis d'assurer une couverture importante du territoire en termes d'accueil en établissement.

Comme l'illustrent les réponses au questionnaire destiné aux personnes âgées vivant à leur domicile, l'entrée en établissement n'est le plus souvent souhaitée que comme dernière solution, face à une dégradation importante de l'état de santé. La décision de quitter le domicile, souvent prise avec la famille, s'accompagne d'une appréciation en demi-teinte de la qualité des établissements. Il s'agit dès lors d'être en mesure **d'accompagner au mieux cette étape de transition dans le parcours d'une personne âgée** afin de lever ses appréhensions tout en garantissant parallèlement la **qualité de service des établissements**. Une réponse est également possible en termes d'offres, en créant des **petites unités de vie**, permettant d'éviter l'entrée dans une grande structure.



Enquête auprès des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile

Préférences en cas d'impossibilité de maintien à domicile



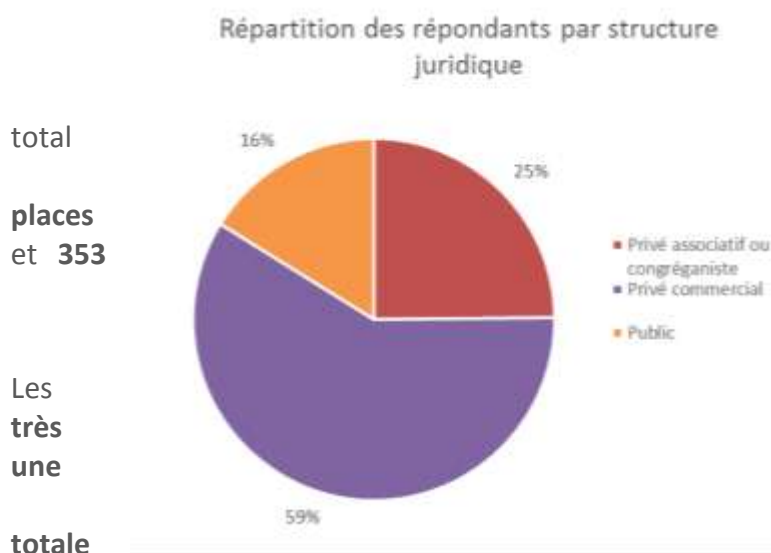


Une prise en charge des publics dépendants en établissement (EHPAD)

Les réformes récentes touchant l'accueil en établissement ont contribué à définir les **normes pour l'accueil et la prise en charge des publics**, notamment à travers les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Cette exigence de qualité s'applique aux établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle implique un niveau de formation des intervenants : or les répondants mettent en évidence leurs difficultés de recrutement (et en particulier de personnels qualifiés). Cet enjeu est d'autant plus marqué que certains établissements du Département connaissent un GIR Moyen Pondéré (GMP) élevé (voir ci-après).

Comme pour les bénéficiaires d'aide à domicile, **les publics les plus précaires doivent pouvoir bénéficier d'une attention particulière**, notamment grâce à l'aide sociale leur permettant d'accéder à l'hébergement de leur choix tout en contrôlant le niveau de reste à charge (voir également cartographie précédente sur l'aide sociale).

Combinant la **problématique première de maîtrise des coûts dans un contexte de contraintes financières** et **l'exigence permanente de qualité dans les services offerts**, le pilotage de l'offre en établissement par le Département doit pouvoir se doter d'outils efficaces en ayant notamment recours à la **contractualisation** (CPOM).



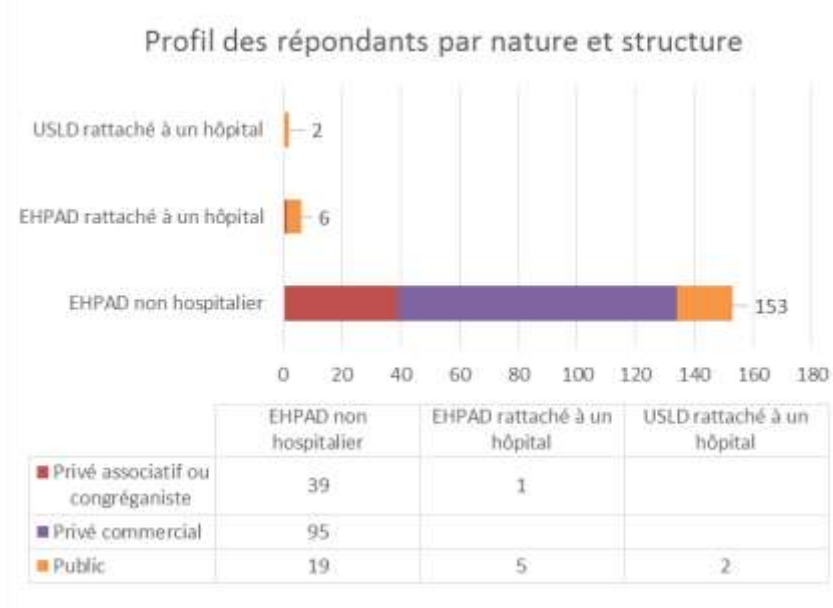
total
places
et 353

- Les très une totale

- 71% des non habilités sont des structures privées commerciales.

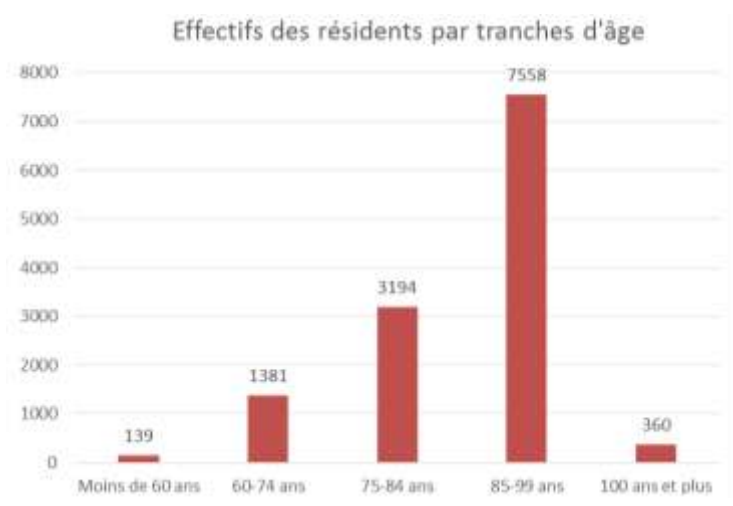
- Les répondants dénombrent au total 12 941 lits installés, 466 en accueil de jour et 466 lits d'hébergement temporaire. établissements ont majoritairement habilitation partielle (41%) ou (50%)





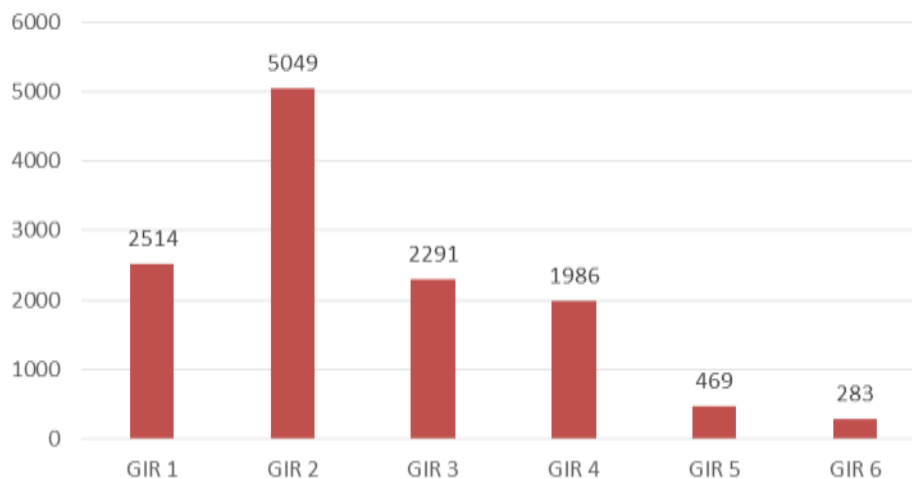
Caractéristiques des résidents

- Les établissements comptent **12 632 résidents au 31.12.2015** (soit en moyenne 78 résidents par établissement, avec un nombre variant de 22 à 237 résidents), en grande majorité **âgés de plus de 85 ans** et en **GIR 2**.
- Le GMP tous établissements confondus de 732,35 masque des contrastes importants : **21 établissements présentent un GMP supérieur à 800** parmi les 162 répondants à cette question (soit 14%). Il s'agit notamment des deux USLD et de la moitié des EHPAD rattachés à un établissement hospitalier mais également de 16 EHPAD non hospitaliers connaissant donc un niveau de dépendance particulièrement élevé.



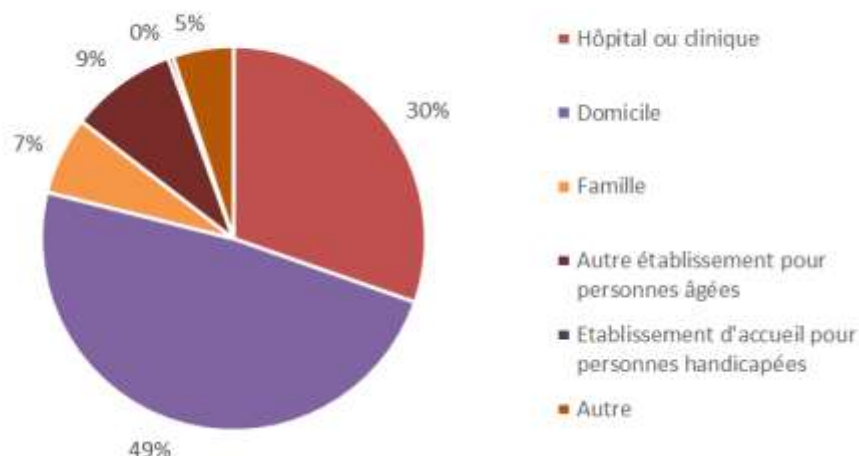


Effectifs par GIR



- **5 155 entrées** ont été décomptées en 2015, avec un **âge moyen des nouveaux résidents de 84,8 ans**.
- Ces personnes proviennent **principalement de leur domicile** (49% des personnes entrantes en 2015) et de l'hôpital (30%). Un besoin **d'accompagnement des individus et de leurs proches dans l'entrée en établissement** et un **enjeu de coordination avec le personnel hospitalier** sont donc à prendre en compte.
- 43 personnes proviennent d'un établissement pour personnes handicapées (moins de 1%). Une meilleure prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes est à ce titre évoquée comme une des attentes des répondants à ce questionnaire (voir *infra*).

Provenance des résidents

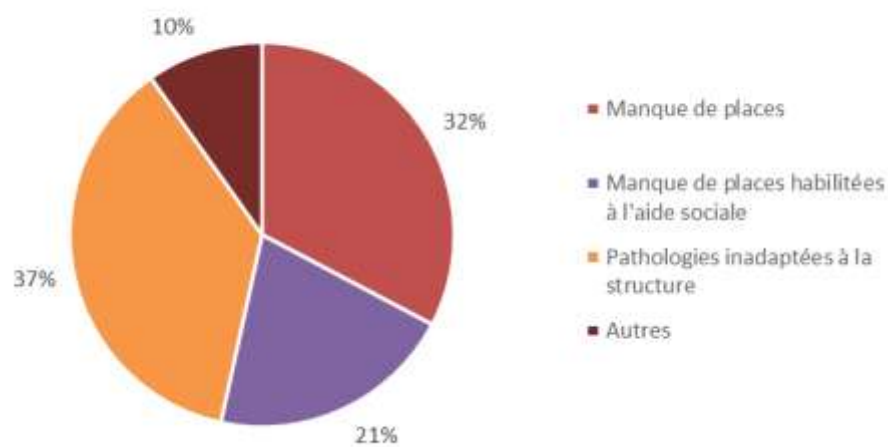




Listes d'attente et places vacantes

- Les établissements comptabilisent environ **1 300 personnes sur liste d'attente** (48 établissements déclarent 0 personne sur liste d'attente, soit environ un tiers des établissements)
- **314 places vacantes** sont signalées ;
- **82%** (132 établissements) **ont refusé des admissions en 2015**. L'existence de pathologies inadaptées à la structure et le manque de places sont les raisons les plus fréquemment citées.

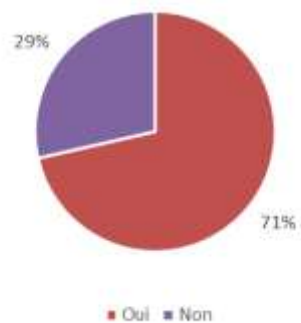
Fréquence des motifs de refus d'admission



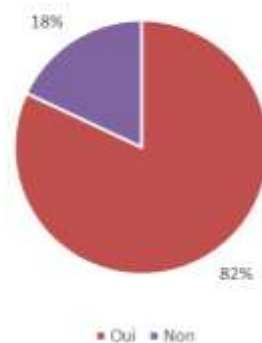
Personnel – difficultés de recrutement

- **71% des établissements déclarent avoir des difficultés à recruter** du personnel qualifié.
- 58,3% établissements mentionnent la difficulté de recruter des **aides-soignants** et 20,4% des **infirmiers**.

Difficultés à recruter du personnel qualifié

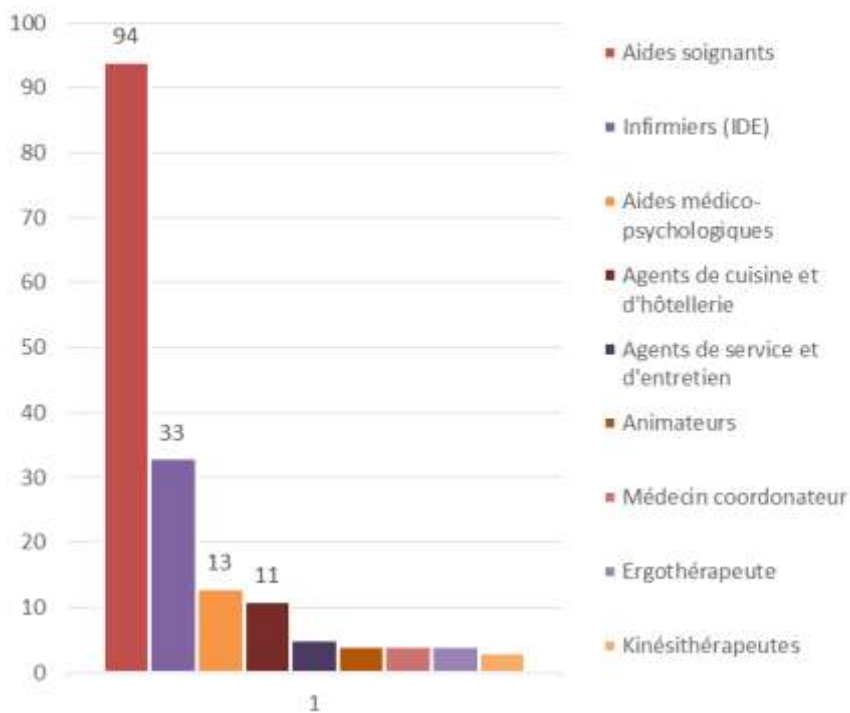


Refus d'admission en 2015





Personnel qualifié difficile à recruter mentionné par les établissements



Service – Qualité du suivi et de l'accompagnement

- **1 657 lits en unités protégées** sont répartis dans 89 établissements (avec en moyenne 18 lits par établissements).
- Sur un nombre total de 11 724 chambres, **11% comportent deux lits.**

Les questionnaires diffusés pour l'élaboration de ce schéma ont permis d'interroger également les personnes vivant en EHPAD. Parmi les résultats de cette enquête, il est à noter **l'importance de la famille dans la décision d'entrer dans un établissement**, mettant en évidence **la nécessité d'accompagner également la famille ou les aidants dans le parcours de vie de la personne âgée.**



Enquête auprès des personnes âgées vivant en EHPAD

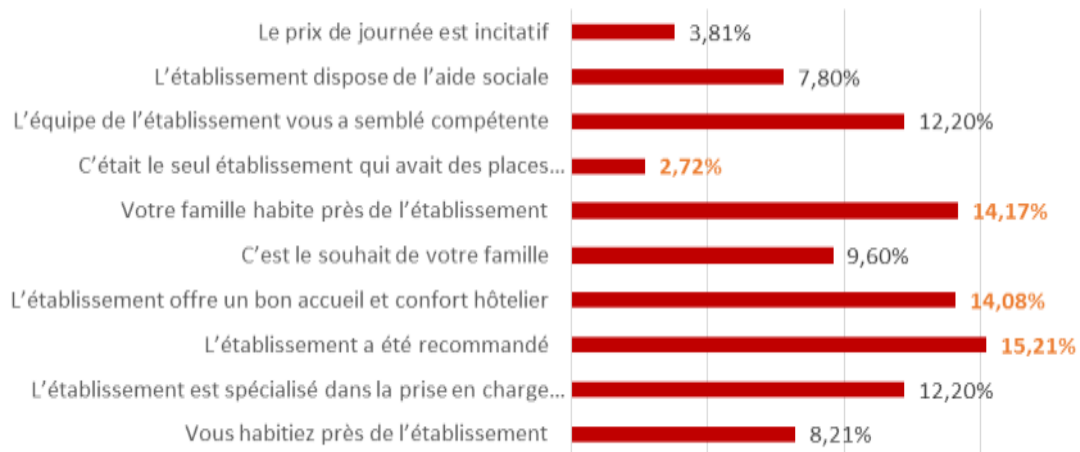
Entrée et choix de l'établissement



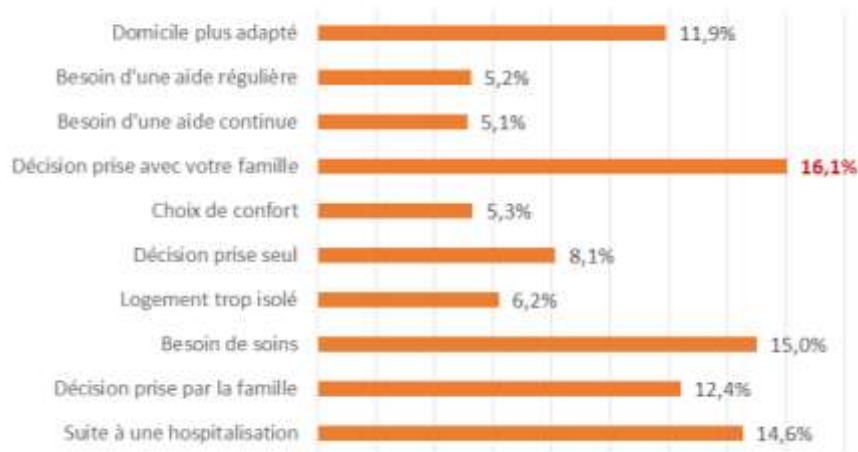


- Le **choix de l'établissement relève d'un ensemble de critères** (en moyenne, les répondants ont cité 2,45 critères) parmi lesquels figurent principalement la recommandation de l'établissement, la proximité de l'établissement avec l'entourage, la qualité de l'accueil et du confort.
- Le manque de places est peu cité (par 2,72% des répondants), montrant une part faible de choix contraints pour les personnes interrogées.

Fréquence des critères de choix d'établissement



Fréquence des motifs d'entrée



- Le plus souvent, la **décision d'entrer dans un établissement est prise avec la famille.**

Satisfaction des répondants

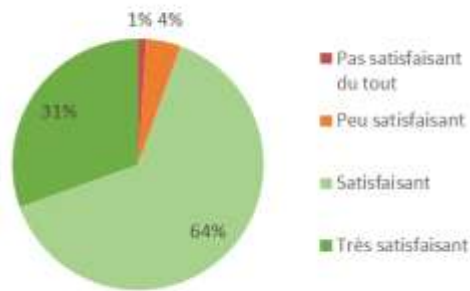
- Les résultats du questionnaire permettent de mettre en évidence **une satisfaction des résidents en EHPAD**. Néanmoins, les avis sont plus négatifs concernant la **qualité de repas** (25% non satisfaits parmi les réponses exprimées) et la **fréquence des animations** (19%).

NB : 172 personnes n'ont pas répondu à la question concernant la fréquence des animations.

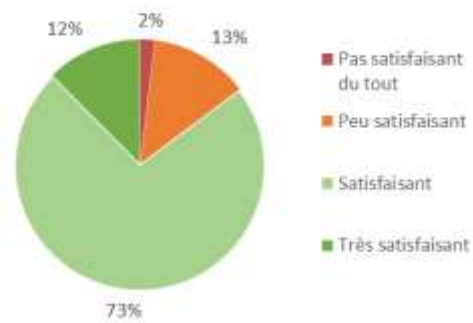




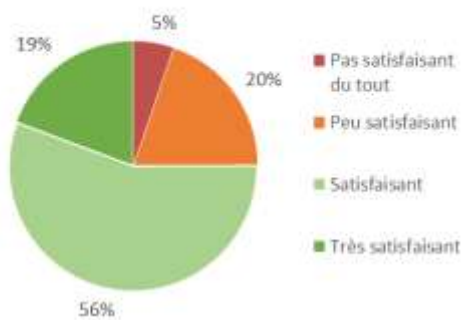
Qualité de l'hébergement



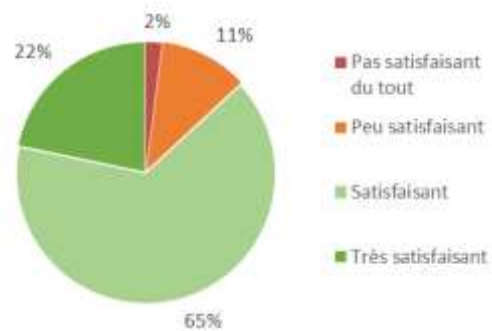
Rapport qualité/prix



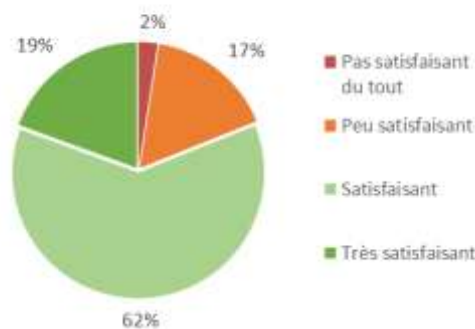
Qualité des repas



Diversité des animations



Fréquence des animations



Les enjeux

- Un contexte de contraintes financières non perceptible dans les questionnaires mais imposant un cadre exigeant pour le Département en termes de pilotage de l'offre médico-sociale





- La nécessité d'accompagner l'entrée en établissement pour la personne âgée ainsi que pour son entourage familial
- Pour assurer la fluidité du parcours, une coordination à renforcer avec le secteur sanitaire (sortie d'hôpital comme deuxième raison d'entrée en établissement, importance des allers-retours entre structures médico-sociales et médicales...)
- Une attention particulière à porter aux personnes handicapées vieillissantes : quelles solutions apporter ? quelle prise en charge ?
- Des efforts en matière de qualité à poursuivre sur la base des préconisations nationales en matière d'accueil et de prise en charge des personnes âgées dépendantes





L'accueil des publics non dépendants en résidences autonomie

L'offre d'accueil en établissement ne se borne pas à l'accueil de personnes dépendantes : d'autres formes d'hébergement collectif sont proposées sur le territoire des Bouches-du-Rhône et notamment les foyers logements, renommés « **résidences autonomie** » par la loi ASV. Cette dernière contribue à **revaloriser ce mode d'hébergement**, en particulier par la création du **forfait autonomie** (financement d'actions non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents) ainsi que par la **modification des conditions d'admission** (admission dérogatoire pour les personnes relevant du GIR 4).

Éléments de bilan des précédents schémas

Le Département a saisi cette opportunité de revalorisation des solutions d'hébergement pour personnes autonomes via un Appel à Projets pour Résidence Autonomie.

Le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, s'appuyant sur le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 qui permet de diversifier le public accueilli au sein des résidences autonomie, a déjà lancé un appel à projets pour la création de 250 places en Résidence Autonomie

Comme pour les EHPAD, le Département met en œuvre une **démarche de contractualisation** avec ces établissements pour garantir **l'efficacité de la gestion et la qualité du service**.

Ces établissements permettent d'offrir une solution intermédiaire aux personnes non dépendantes et ne souhaitant néanmoins plus rester à leur domicile, où elles vivent le plus souvent seules.



Les enjeux

- Des dispositifs de la loi ASV devant être mis en œuvre pour réaffirmer la place et l'utilité des résidences autonomie
- Un environnement budgétaire contraint, appelant une gestion efficace des établissements et un pilotage appuyé du Département
- Une offre d'hébergement intermédiaire pour les personnes autonomes mais ne souhaitant pas rester à leur domicile
- Comme pour les EHPAD, une exigence de qualité dans l'accueil des publics, pouvant faire l'objet d'une démarche de contractualisation





III) Une diversification des formes d'accueil pour répondre à une pluralité de besoins

Le développement de l'hébergement alternatif

Au-delà des offres traditionnelles d'hébergement en fonction du niveau de dépendance (EHPAD, résidences autonomie), le Département s'est efforcé de mettre en œuvre des **solutions alternatives d'hébergement**, dans une perspective de fluidification et d'adaptation du parcours. Le caractère non-linéaire des parcours et l'évolution des besoins au cours du temps invitent en effet à envisager différentes solutions pour accompagner une personne âgée, par exemple par des allers-retours entre établissements et domicile, par des hébergements temporaires, ou encore des services de répit à domicile.

Si l'offre en la matière s'est développée au cours des dernières années, elle est en revanche **mal connue par le public**, comme l'illustrent les résultats du questionnaire à destination des personnes âgées vivant à domicile.

Eléments de bilan des précédents schémas

Le Département a assuré la création d'un service de répit à domicile au Centre Gérontologique Départemental (CGD), celui-ci a été pérennisé au cours des dernières années. Le service de répit porté par le CGD contribue à apporter une réponse innovante et souple aux besoins des personnes âgées ainsi qu'à leurs proches aidants.



Enquête auprès des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile

Connaissance des dispositifs existants

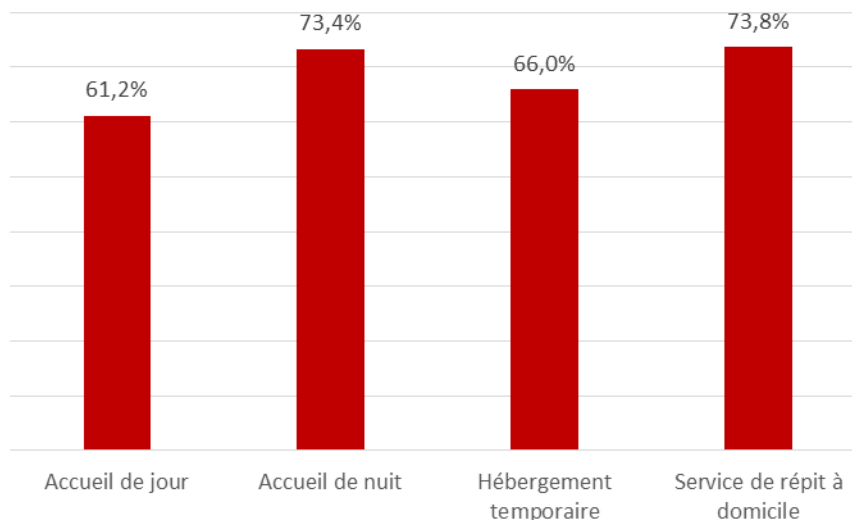
- Les **dispositifs existants sont mal connus par les répondants** (par exemple l'accueil de nuit n'est pas connu par 73,4% des répondants).
- Le service auquel souhaitent le plus recourir les répondants est le répit à domicile.

NB : le questionnaire comportait une brève description de chaque dispositif, permettant de limiter le nombre de non-réponse à cette question (même en cas de non-connaissance du dispositif).

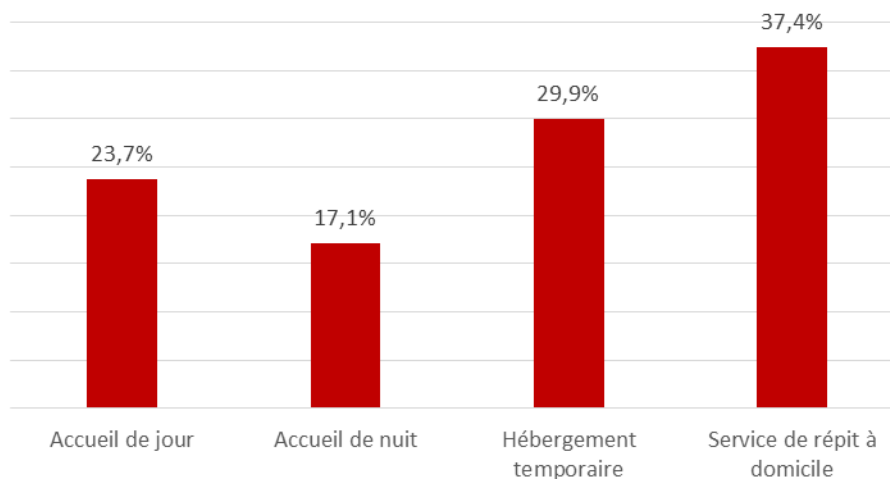




Non-connaissance des dispositifs existants



Souhait de recourir aux dispositifs existants



Les enjeux

- Une démarche d'innovation à porter pour permettre un parcours fluide répondant à la diversité des besoins des bénéficiaires
- Une valorisation des hébergements alternatifs à réaliser auprès des publics





L'offre d'accueil familial

Parmi les hébergements alternatifs, **l'accueil familial propose un cadre intermédiaire** entre le maintien à son propre domicile et l'entrée en établissement. Revalorisé par la loi ASV, ce dispositif est néanmoins très mal connu par le public et reste à investir par le Département. Ses modalités propres (notamment recrutement et formation des accueillants familiaux) nécessitent la définition d'un cadre d'intervention assurant la bonne qualité de l'accueil.



Enquête auprès des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile



- Très majoritairement, les répondants préféreraient **rester à domicile le plus longtemps possible** et n'envisager d'entrer dans une structure médicalisée qu'en dernier recours. La possibilité d'hébergement chez un accueillant familial agréé par le Département est très peu envisagée.
- **Très peu de répondants connaissent le dispositif de l'accueil familial**, pouvant expliquer partiellement la très faible part de personnes envisageant cette solution.
- *NB : 82 non-réponses à cette question*



Les enjeux

- Une attention particulière à porter à l'accueil familial, solution trop peu investie et trop peu connue sur le territoire départemental
- Comme pour les autres modes d'hébergement, une exigence de qualité, devant s'adapter aux spécificités de ce type d'offre.





IV) Le développement des politiques d'accompagnement et de soutien à destination des aidants

Le rôle des aidants a été réaffirmé par la loi ASV qui a notamment inscrit légalement un **droit au répit**. Cette problématique a été investie depuis longtemps par le Département des Bouches-du-Rhône pour lequel l'entrée en vigueur de la loi ASV est donc l'occasion de renforcer les dispositifs existants.

Eléments de bilan des précédents schémas

Engagé dans le soutien aux aidants bien avant les orientations de la loi ASV, le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône a organisé la Journée départementale des aidants qui a réuni en octobre 2015 proches aidants et aidants professionnels autour de conférences, témoignages, ateliers et tables rondes :

- Qu'est-ce qu'être aidant aujourd'hui ?
- Un début de reconnaissance du statut d'aidant,
- Quelles réponses actuelles aux demandes et besoins d'aides des aidants ?
- Les besoins spécifiques des aidants : les écouter pour mieux comprendre ce qu'ils font et comment ils font,
- Les facteurs de réussite de soutien aux aidants : quels sont les principaux leviers ?
- Les relations familles/professionnels, aidants/professionnels : quelle place pour l'aidant en établissement et à domicile tout au long du parcours de soin et de vie de la personne aidée ?
- Comment concilier sa vie professionnelle et son rôle d'aidant ?
- Comment concilier sa vie d'aidant avec sa vie personnelle et sociale ?

Si les questionnaires n'ont majoritairement pas ciblé directement les aidants, certaines réponses mettent en évidence **l'importance de l'entourage familial dans le parcours des personnes âgées**. Concrètement, de nombreux proches ont rempli les questionnaires destinés aux personnes âgées. De plus, une part non négligeable de personnes âgées déclare vivre avec leur famille.

Si les aidants n'étaient pas le public prioritairement visé par les questionnaires déployés dans le cadre de l'élaboration du schéma (une question spécifique leur était néanmoins destinée), ils constituent de plus **un public difficile à consulter, notamment du fait de la difficulté pour un proche à s'identifier comme aidant et solliciter des aides en ce sens**. La prise en charge d'un proche dépendant est encore souvent conçue comme un devoir familial ou personnel dans lequel n'interviendraient pas des acteurs du champ social et médico-social.

Aussi, le soutien et l'accompagnement de ce public supposent **une capacité de repérage des proches aidants**. Il s'agit de saisir les opportunités d'identifier et d'accompagner les aidants





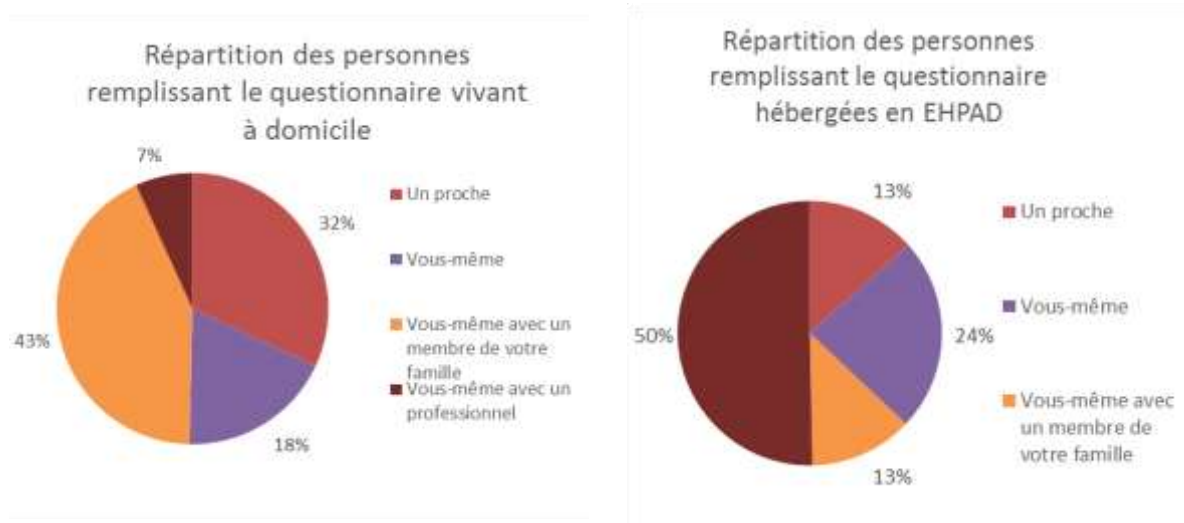
dans la construction du parcours de leurs proches (par exemple par l'intermédiaire des équipes APA au moment de la constitution des dossiers d'aides des personnes âgées).



Enquêtes auprès des personnes âgées vivant à domicile et en EHPAD

Répondants au questionnaire

- 43% des personnes âgées interrogées vivant à domicile répondent au questionnaire avec l'aide d'un membre de la famille, 32% déclarent qu'un proche le remplit.
- Pour les personnes âgées vivant en EHPAD, 13% déclarent qu'un proche a rempli le questionnaire et 13% déclarent avoir été aidé par un membre de la famille.



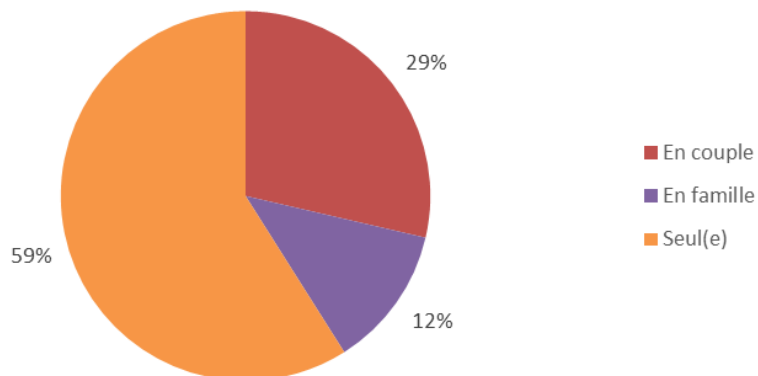
Mode et lieu de vie des personnes vivant à domicile

- La plupart des répondants **vivent seuls (à 59%)**, ce résultat reflétant la problématique de l'isolement des personnes âgées.
- D'autres modes de vie (en plus de la vie en couple ou en famille) ont pu être mentionnés (colocation par exemple, pour 4 personnes).
- 45% des personnes interrogées vivent à Marseille, **50% vivent à Marseille ou Aix.**





Répartition des modes de vie des répondants



Les enjeux

- L'approfondissement de l'accompagnement et du soutien d'ores et déjà apporté aux aidants sur le territoire et notamment en termes de solutions de répit
 - Un axe de prévention en faveur des aidants à investir dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie
 - Une information sur les dispositifs de répit existants à promouvoir
 - Un nécessaire repérage des aidants, par exemple au cours d'une étape du parcours du proche aidé, pour favoriser leur accompagnement





V) Des outils en faveur de l'information et de la coordination des acteurs

Pour l'ensemble des solutions proposées visant à favoriser l'autonomie et la prise en charge des personnes âgées, la **question de l'information est transversale** : ce manque de communication identifié au niveau national a permis la mise en œuvre des CLIC (centres locaux d'information et de coordination), nommés Pôles infos seniors sur le territoire. Ces Pôles s'adressent aux publics âgés, à leurs proches mais aussi à l'ensemble des professionnels du secteur. Ils participent dès lors **aux objectifs de prévention et de repérage des situations de risque et permettent d'orienter efficacement les publics**.

Éléments de bilan des précédents schémas :

Après l'étude sur la situation des Centres Locaux d'Information et de Coordination, un cahier des charges départemental a été élaboré en concertation avec les CLIC et adopté par la Commission Permanente du 22/10/2014. L'adoption du cahier des charges départemental s'est accompagnée d'une nouvelle dénomination de ce dispositif d'information et de coordination : les Pôles infos seniors.

Les Pôles infos seniors disposent d'un cadre d'actions se basant sur 3 missions interdépendantes :

- Observatoire gérontologique,
- Animation du réseau territorial,
- Information/évaluation/orientation des personnes âgées, de leurs proches, des professionnels.

La mise en œuvre du cahier des charges se fait par :

- La réduction des écarts au sein de chaque Pôle infos seniors,
- Un échange de pratiques entre les Pôles infos seniors au travers de réunions thématiques départementales ainsi que des échanges entre les pôles,
- Une animation départementale au travers des réunions techniques trimestrielles, d'un comité de pilotage départemental annuel,
- L'élaboration d'outils départementaux,
- Une communication départementale (élaboration et diffusion d'une plaquette départementale, information auprès des acteurs gérontologiques, information auprès du grand public...).

Néanmoins, au regard des questionnaires, **la connaissance des Pôles infos seniors par les usagers est très faible** malgré une perception très positive de la qualité de l'information délivrée en cas de sollicitation d'un des Pôles. Une **dynamique de communication efficace** doit s'appuyer sur les relais identifiés par les publics, notamment le secteur sanitaire (médecin), médico-social (SAAD) et communal (CCAS).



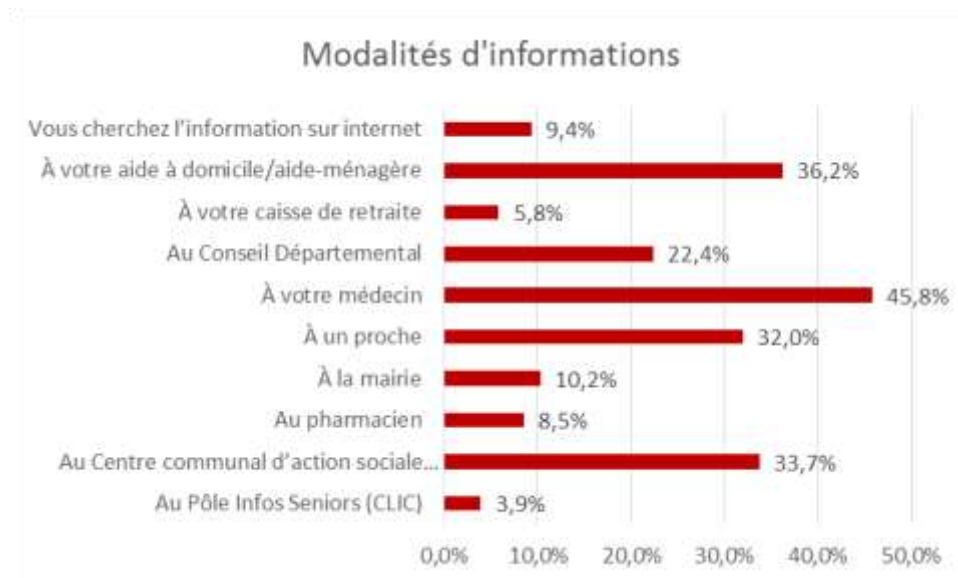


Enquêtes auprès des personnes âgées vivant à domicile

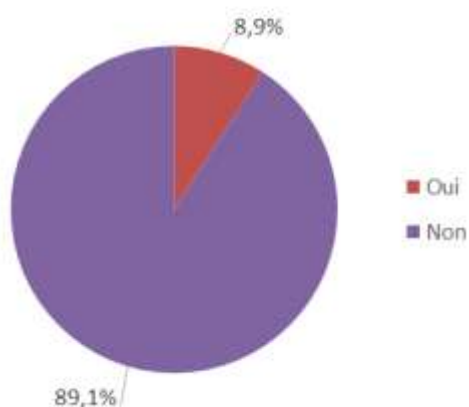
Modalités d'information des personnes à domicile

- Le **médecin fait figure de premier interlocuteur des personnes âgées** vivant à domicile.
- Très peu de répondants connaissant le portail d'information du ministère (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

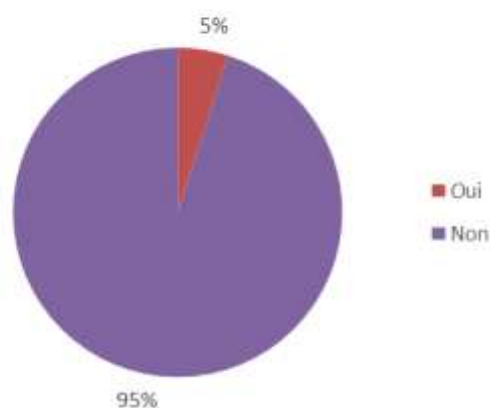
NB : 85 non réponses pour la connaissance du ministère / 42 non réponses pour le CLIC.



Connaissez-vous le Pôle infos seniors (CLIC)



Connaissance du portail internet du ministère

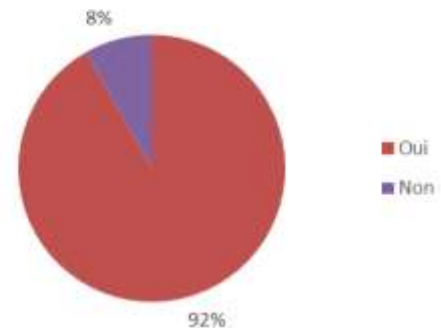




Pôles infos seniors

- Les **Pôles infos seniors** sont très peu identifiés, cités seulement par 3,9% des répondants comme une source d'informations possible (cf supra) et connus uniquement par 8,9% des répondants.
- Lorsque les Pôles infos seniors sont connus, les répondants déclarent avoir reçu l'information principalement par le **CCAS** et rechercher une information générale. Sont également cités dans une moindre mesure les professionnels intervenants à domicile comme ressource d'information et d'orientation.
- **92% des bénéficiaires se déclarent satisfaits** de l'information transmise par le Pôle Info sollicité.

La réponse du Pôle infos seniors a-t-elle été satisfaisante ?



Connaissance du Pôle infos seniors (CLIC)



Motifs de sollicitation du Pôle infos seniors





Le même constat de faible connaissance des Pôles infos seniors émane des questionnaires à destination des EHPAD (ainsi que des SAAD, voir *infra*).

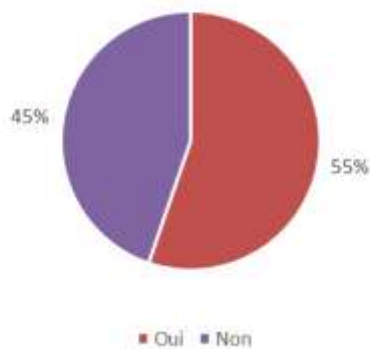
L'enjeu d'information des acteurs du champ gérontologique s'accompagne par ailleurs d'une nécessaire coordination de ces acteurs. Les questionnaires mettent en évidence des pistes d'amélioration et d'approfondissement des partenariats (notamment les partenariats des EHPAD avec diverses structures médicales) ainsi qu'avec les MAIA.



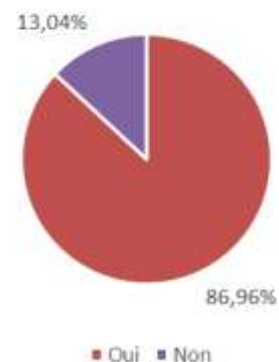
Enquête auprès des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

- **86,96% des établissements ont établi une convention de partenariats avec une équipe de soins palliatifs.**
- La part d'établissements ayant conclu une convention **avec un centre hospitalier spécialisé est légèrement moins élevée (82,61%)** : 5% d'entre eux déclarent que le centre n'est pas en capacité d'intervenir.

Existence d'une unité protégée au sein de l'établissement

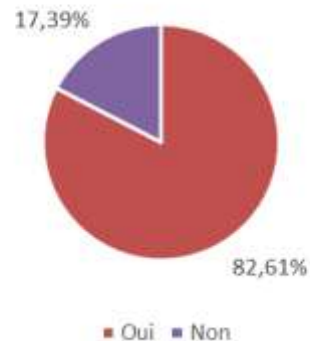


Existence d'une convention de partenariats avec une équipe de soins palliatifs





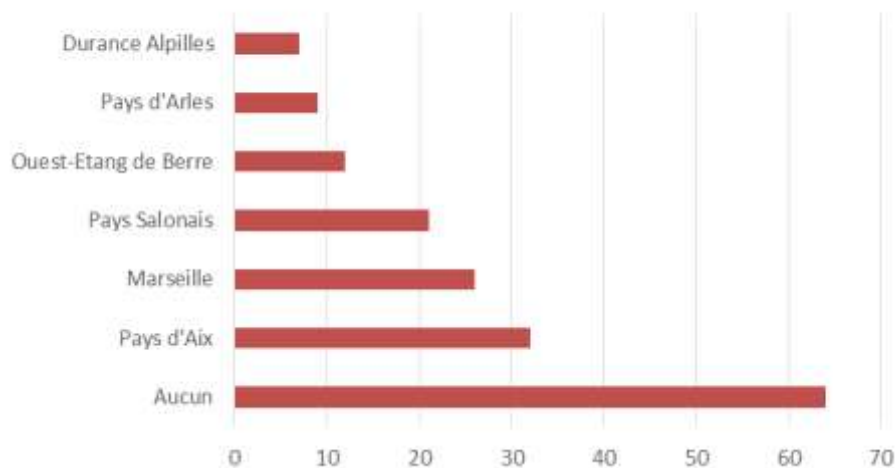
Existence d'une convention de partenariats avec un centre hospitalier spécialisé



Information et collaborations

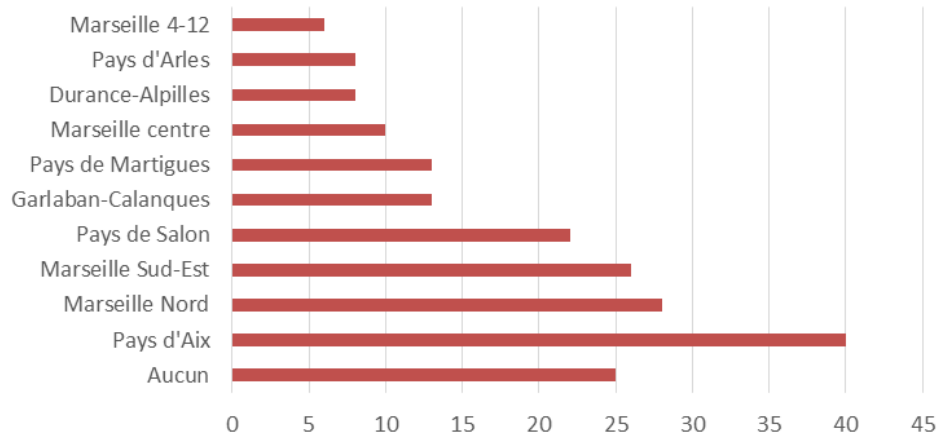
- Il est à noter que **25 établissements ne travaillent avec aucun Pôle Infos Seniors**, soit 16% des établissements.
- De même, **64 établissements ne collaborent avec aucune MAIA**, soit un taux de 40%.
- **12% des établissements ne travaillent ni avec une MAIA ni en lien avec un Pôle Infos Seniors**, relevant une situation potentielle de manque d'information et de collaboration avec le Département.

Nombre de citations de MAIA





Nombre de citations des Pôles Info Seniors



L'efficacité de la collaboration des SAAD avec les autres acteurs est déterminante pour assurer la qualité et la fluidité du parcours du bénéficiaire. Or les questionnaires dénotent un **travail partenarial encore trop souvent limité**.

Compte tenu de leur rôle de proximité et de la relation de confiance entre intervenants et personnes âgées, les **SAAD peuvent jouer le rôle de référent unique** dans le suivi d'une personne. Grâce à leur connaissance des situations spécifiques de chaque bénéficiaire, ils peuvent également être des **relais de prévention de premier plan** (notamment dans les cadres prévus par la Conférence des Financeurs).

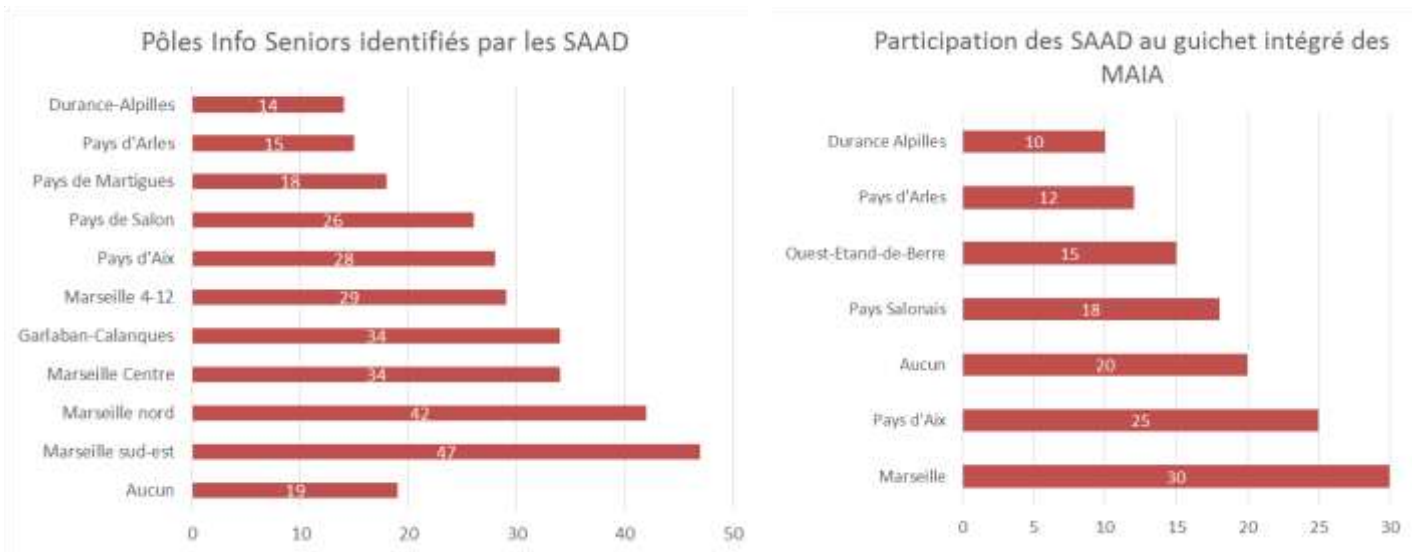


Enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Information et collaborations

- Une **proportion assez faible** de SAAD (13,1%, 19 SAAD) **n'identifient aucun Pôle Infos Seniors**.
- Les Pôles infos seniors les plus identifiés sont ceux situés à **Marseille** (forte concentration de SAAD sur le secteur).
- De même, la **MAIA de Marseille** est la plus identifiée (par 20,69% des SAAD).
- 14% des SAAD ne participent à aucun guichet intégré de MAIA (et se recoupent en grande partie avec les SAAD n'identifiant aucun Pôle Infos Seniors, mettant en évidence un certain nombre de SAAD à l'écart de l'information et collaborant moins avec le Département).



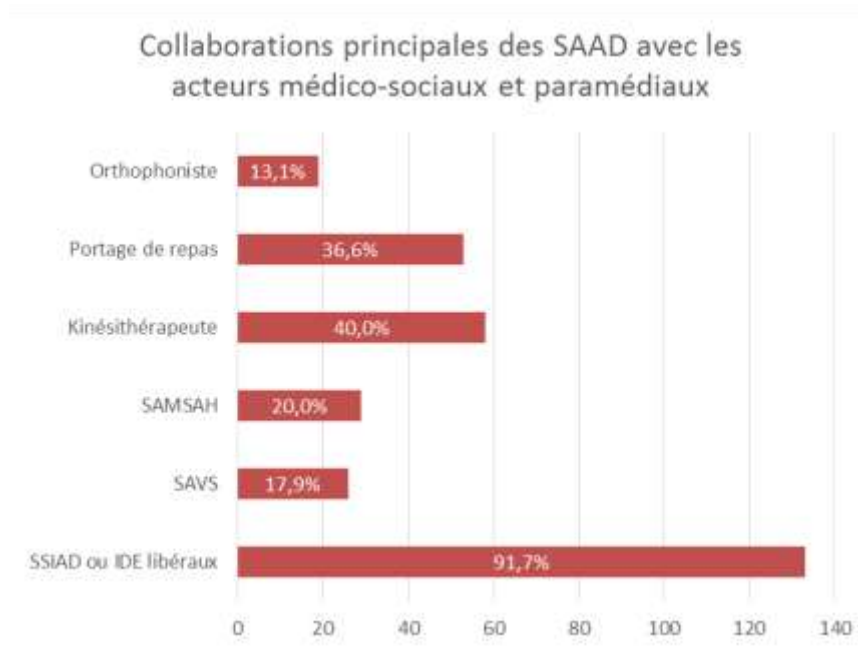


Coordination avec les autres acteurs



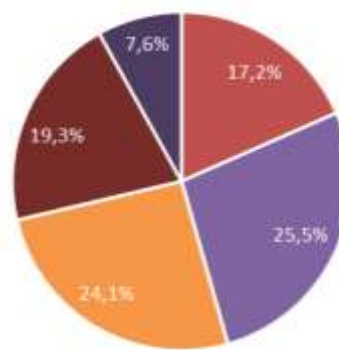
- La moitié des SAAD collabore avec un réseau de santé ou une plateforme territoriale d'appui.
- La collaboration avec les acteurs libéraux médico-sociaux et paramédicaux est généralisée (un seul SAAD déclare ne pas travailler avec ces acteurs).
- D'autres acteurs avec lesquels les SAAD collaborent ont été cités par les répondants : HAD, cliniques, pôle activité service, AS, pharmacien, ergothérapeutes, France Alzheimer, médecins, gériatre, hôpitaux, ESA, CCAS, téléassistance, service tutélaire, MDS...





- **6,2% seulement des SAAD déclarent qu'il n'y a pas de freins** dans leurs collaborations avec les autres acteurs. Ces freins sont identifiés de façon relativement équilibrée entre les contraintes de planning, la non-reconnaissance du rôle du service et l'absence de désignation d'un référent de la coordination.

Freins principaux à la coordination



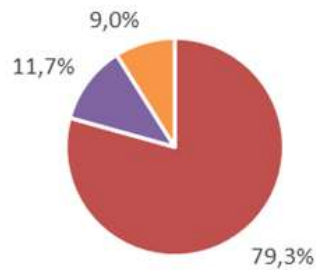
- Contraintes de planning de votre service
- Contrainte de planning des autres intervenants
- Non reconnaissance du rôle de votre service par les autres intervenants
- Absence de désignation d'un référent de la coordination parmi les intervenants
- Autre

- D'autres raisons ont pu être avancées par les répondants : une absence de mise en relation, un agrément récent ou un démarrage récent d'activité, un manque de réunions interprofessionnelles, une méconnaissance des autres services...
- Les répondants citent le plus souvent l'importance de la fréquence de l'intervention comme critère pour être le bon référent en charge de la coordination





Pour quelles situations estimez-vous être le bon référent de la coordination ?



- Importance de la fréquence de l'intervention uniquement
- Seul intervenant médico-social uniquement
- Importance de la fréquence de l'intervention et seul intervenant médico-social



Les enjeux

- Une information à déployer à destination des personnes âgées et des ESSMS en valorisant auprès des interlocuteurs identifiés le rôle des Pôles Infos seniors pour tous ainsi que des MAIA pour les professionnels
- Un enjeu de coordination globale entre les acteurs au service d'un parcours cohérent et fluide en encourageant l'interconnaissance et le décloisonnement des secteurs
- Des SAAD comme relais de prévention auprès des personnes âgées dans le cadre d'un rôle de référent unique à définir.





VI) Les dispositifs de participation à la vie de la Cité

L'enjeu **d'intégration à la vie sociale et citoyenne** est par nature transverse : qu'il s'agisse de l'ouverture des établissements vers l'extérieur, de l'offre de loisirs et d'animations à destination des personnes âgées, de lutte contre l'isolement social des personnes âgées comme de leurs aidants, **la participation à la vie de la Cité** est reconnue comme intégrée à part entière dans les politiques gérontologiques.

Eléments de bilan des précédents schémas

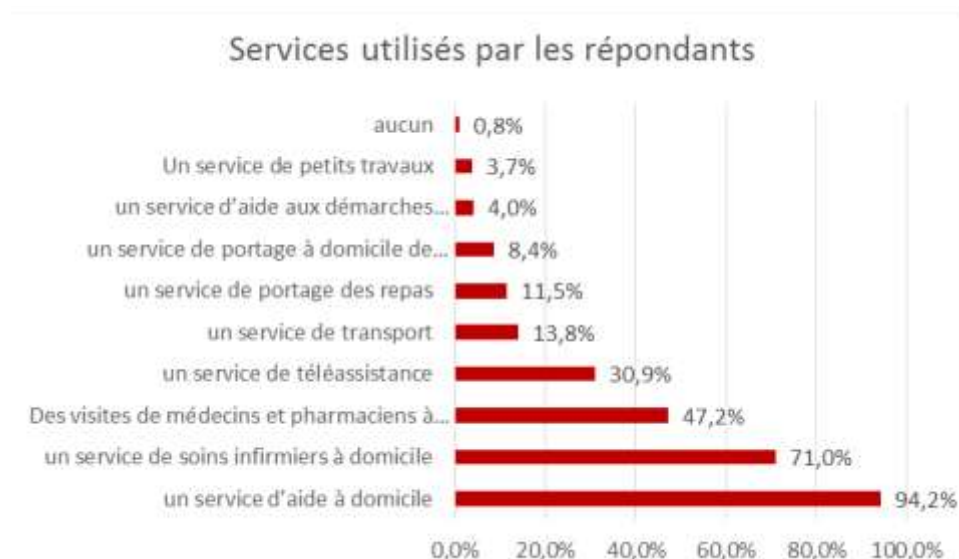
A ce titre, le Département a intégré le public seniors dans la démarche « Ensemble en Provence », politique volontariste d'accès à des activités culturelles, sportives, environnementales. Cette démarche a pour objectif de favoriser la cohésion sociale et l'épanouissement des citoyens.



Enquêtes auprès des personnes âgées vivant à domicile

Services utilisés et souhaits de recours

- 13,8% des répondants déclarent utiliser un service de transport
- 17,5% souhaiteraient y avoir recours (deuxième service le plus souvent cité après les services de petits travaux).





A quel types de services souhaiteriez-vous recourir ?



Les enjeux

- Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants
- Permettre l'intégration de tous les citoyens au sein de la Société
- Disposer d'une meilleure connaissance des dispositifs existants en faveur de la mobilité afin d'élaborer des solutions en termes de service de transport.





Précisions sur les questionnaires

Précautions méthodologiques

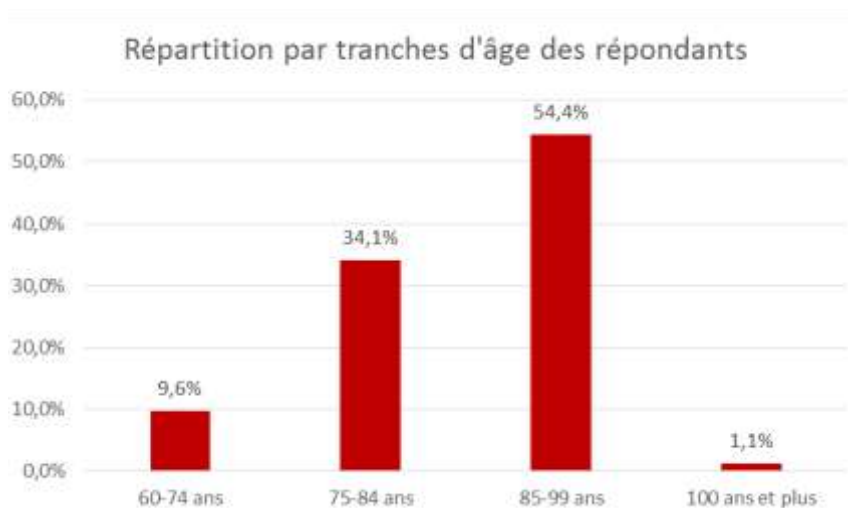
Les réponses aux questionnaires ont fait l'objet d'un **retraitement** (suppression de doublons, retraitement de données incohérentes...). De plus, certaines questions ont pu être mal interprétées par les répondants (des répondants non concernés par certaines questions, des réponses libres incohérentes...) ou faire l'objet de peu de réponses.

Les résultats présentés sont donc à **prendre avec précaution** : ils ont avant tout une **valeur indicative** et ne sauraient être une représentation parfaitement exacte et exhaustive des situations des établissements, services et usagers.

Enquête auprès des personnes âgées bénéficiaires de l'APA

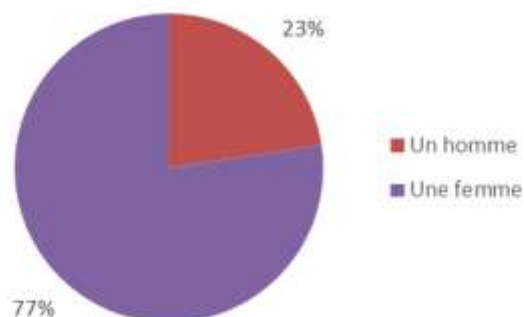
Profil des répondants

- Ce questionnaire compte **2 147 répondants**, le plus souvent accompagnés par un membre de la famille pour remplir le questionnaire.
- Les répondants sont très majoritairement des **femmes** (77%).
- Les **85-99 ans sont les plus nombreux parmi les répondants** (54,4%).
- Le niveau de dépendance (mentionné sur la notification d'ouverture de droits à l'APA) est majoritairement de **GIR 4**. A noter que près d'un tiers des répondants ne savent pas répondre à cette question.

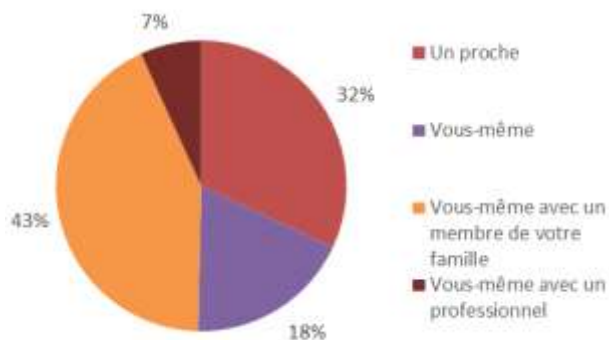




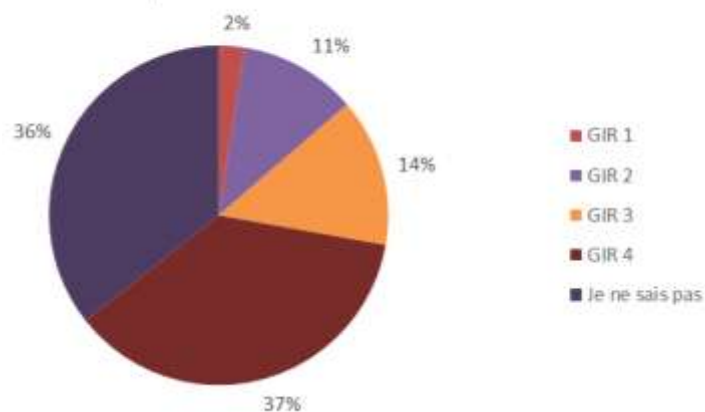
Répartition par genre des répondants



Répartition des personnes remplissant le questionnaire



Répartition des niveaux de GIR



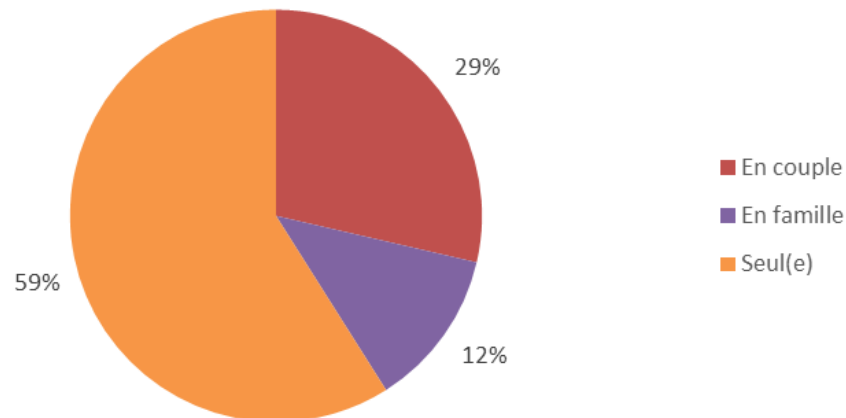
Mode et lieu de vie

- La plupart des répondants **vivent seuls (à 59%)**, ce résultat reflétant la problématique de l'isolement des personnes âgées.
- D'autres modes de vie (en plus de la vie en couple ou en famille) ont pu être mentionnés (colocation par exemple, pour 4 personnes).
- 45% des personnes interrogées vivent à Marseille, **50% vivent à Marseille ou Aix.**





Répartition des modes de vie des répondants



Enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Attentes en termes de priorités d'actions

NB : les réponses libres des répondants ont fait l'objet d'une analyse synthétisée ci-dessous. Les attentes sont classées par ordre de récurrence des réponses (des plus fréquentes aux moins mentionnées).

- Fournir de meilleurs financements des heures, une revalorisation des plans d'aides (augmentation du nombre d'heures), et apporter une meilleure solvabilisation de la demande
- Permettre des prises en charge dans des délais plus rapides notamment en réduisant les délais de traitement des dossiers
- Permettre une meilleure reconnaissance des intervenants à domicile et favoriser leur professionnalisation
- Favoriser la reconnaissance de l'aidant dans les plans d'aide
- Pour les personnes âgées, poursuivre la prise en compte de l'enjeu du logement, lutter contre leur isolement et favoriser leur participation à la vie de la cité
- Améliorer l'enjeu des transports et faciliter l'accompagnement véhiculé des personnes suivies
- Disposer d'une plus grande coordination avec le Conseil départemental (plus de réunions d'informations par exemple).





Enquête auprès des EHPAD

Attentes en termes de priorités d'actions

NB : les réponses libres des répondants ont fait l'objet d'une analyse synthétisée ci-dessous. Les attentes sont classées par ordre de récurrence des réponses (des plus fréquentes aux moins mentionnées).

- Améliorer la prise en charge des maladies neurodégénératives, notamment par des formations des professionnels
- Assurer une prise en charge psychiatrique au sein des établissements (suivi des personnes atteintes de troubles psychiatriques, création d'unités en ce sens)
- Apporter une attention particulière aux personnes handicapées vieillissantes
- Assurer une meilleure prise en charge psychologique (psychologues dans les établissements)
- Poursuivre la mise en œuvre de parcours (optimiser le lien avec les professionnels du secteur, approfondir les liens avec les hôpitaux)
- Renforcer la formation et l'accompagnement des aidants
- Mieux prendre en compte les personnes ne bénéficiant pas d'aides financières et pour lesquels les frais d'établissements restent une charge très élevée.

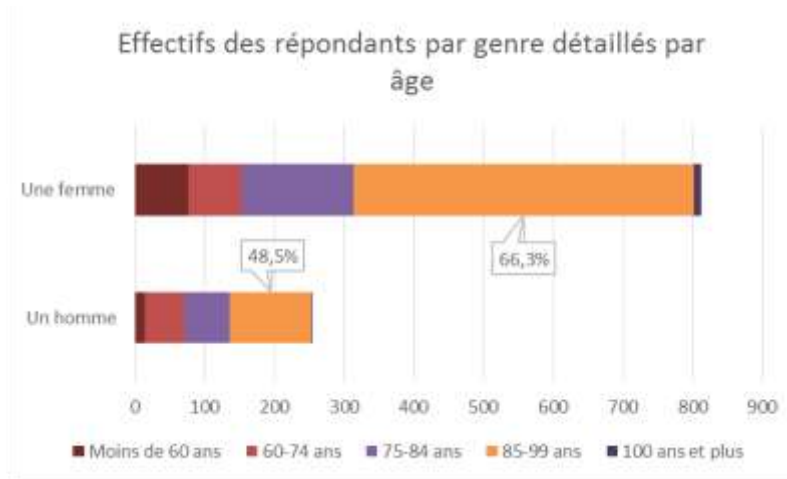
Enquête auprès des personnes âgées vivant en EHPAD

Profil des répondants

- Une **majorité de femmes a répondu au questionnaire** (744 contre 281 répondants hommes, sur un total de 1067 réponses) : elles ont pour le plus grand nombre **entre 85 et 99 ans** (pour 66,3% d'entre elles). Il est à noter que près de **60% de l'ensemble des répondants ont entre 85 et 99 ans** (seulement 2,1% ont moins de 60 ans et 1,1% plus de 100 ans).
- La moitié des répondants a rempli le questionnaire **accompagné d'un professionnel** (seulement 24% seuls, sans intervention d'un proche ou d'un professionnel).

NB : le terme de « répondant » désigne ici les personnes vivant en EHPAD ayant répondu au questionnaire. A noter que les personnes ayant concrètement répondu au questionnaire ne sont pas uniquement des répondants (voir répartition ci-dessous). La nécessaire assistance d'un tiers peut influencer les réponses qui sont donc à prendre avec précaution.







Les principales dispositions de la loi impactant l'action des Départements sont les suivantes :

- **L'instauration d'une Conférence des Financeurs.** Cette instance de coordination institutionnelle vise à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Ses missions sont d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.
- **La création d'un Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA).** Ce comité remplace le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH). Son objectif est d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie.
- **Le soutien aux aidants** est un autre des axes phares de la loi ASV. Cette dernière prévoit la reconnaissance d'un «droit au répit» pour les proches aidants dans le cadre de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). La loi vise à renforcer la solvabilisation des proches aidants des bénéficiaires de l'allocation en leur permettant de mobiliser des dispositifs de répit via une aide financière dédiée. La loi entend en outre favoriser l'articulation de l'offre de services grâce à l'élaboration d'un programme départemental d'actions d'aide aux aidants familiaux.
- **Le maintien à domicile** est également l'une des préoccupations majeures de la loi ASV. Elle prévoit l'augmentation des plafonds de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) et une diminution du reste à charge. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) est complétée par une évaluation multidimensionnelle des besoins du demandeur de l'Allocation Personnalisée Autonomie et de son/ses aidant(s). Un régime unique d'autorisation met de plus fin au régime double agrément-autorisation en vigueur depuis la loi Borloo de 2005, au profit de la seule autorisation par les Conseils départementaux.
- **L'offre d'hébergement en faveur des personnes âgées** fait également l'objet de nouvelles dispositions. Les logements-foyers sont rebaptisés « résidences autonomie ». Leur mission de prévention de la perte d'autonomie est ainsi réaffirmée. La loi entend par ailleurs sécuriser le développement de l'offre de résidences-services en rendant plus transparentes les charges pour les résidents. Les règles relatives aux tarifs d'hébergement en EHPAD sont également clarifiées pour les établissements non habilités à l'aide sociale.





Glossaire

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : allocation personnalisée d'autonomie

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : assistant social

CCAS : centre communal d'action social

CLIC : centres locaux d'information et de coordination

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

ESMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux

GMP : GIR moyen pondéré

HAD : hospitalisation à domicile

IDE : infirmier diplômé d'Etat

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDS : maison départementale de la solidarité

PCH : prestation de compensation du handicap

PTA : plateformes territoriales d'appui

SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

USLD : unité de soins longue durée

CD : Conseil départemental

