



2013
—
2017

3^E SCHÉMA DÉPARTEMENTAL

en faveur des
personnes âgées

ÉDITO



Les besoins des Val-de-Marnais âgés évoluent au rythme de l'allongement de la vie et à la façon dont chacune et chacun peut s'y adapter au quotidien. Le Département se doit d'ajuster en permanence ses politiques gérontologiques pour mieux prévenir les pertes d'autonomie, les accompagner, aider les personnes et leurs familles à y faire face.

Le troisième schéma départemental en faveur des personnes âgées, adopté en décembre 2012, s'inscrit dans les politiques de solidarité et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales que le Conseil général entend développer pour tous les Val-de-Marnais. Il propose ainsi des actions concrètes et diversifiées pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées : vivre chez soi le plus longtemps possible dans les meilleures conditions, rompre l'isolement et permettre à chacun de vivre en toute dignité, soutenir les aidants et accompagner les professionnels, entrer dans un établissement adapté à ses besoins.

Le Schéma annonce ainsi la mise en œuvre de 27 fiches-actions sur la période 2013-2017. Pour les mener à bien, le Conseil général se mobilise et entend contribuer à faire en sorte qu'au plan national les moyens publics à la hauteur des besoins soient consacrés aux solidarités contre toutes les formes de la dépendance.

Christian Favier
Sénateur
Président du Conseil général du Val-de-Marne

QUESTIONS DE MÉTHODE



3 QUESTIONS À BRIGITTE JEANVOINE, VICE-PRÉSIDENTE EN CHARGE DES SOLIDARITÉS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

►► QUELS SONT LES GRANDS PRINCIPES DU SCHÉMA EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES ?

À travers son schéma, le Conseil général réaffirme son rôle de chef de file des politiques gérontologiques sur son territoire. Il garantit la prise en compte de la personne dans sa globalité grâce à une collaboration partenariale renforcée et une articulation fine avec les autres schémas ou programmes directeurs du Département. Il s'ouvre ainsi très largement aux autres politiques publiques pour favoriser l'intégration des personnes âgées dans la Cité et encourager une vie sociale partagée avec les autres générations.

►► QUELS SONT LES ENJEUX ?

Les enjeux sont multiples car il s'agit notamment d'apporter des réponses à la diversité des parcours et des projets de vie (renforcement du soutien à domicile, adaptation des logements, mobilisation des partenaires, aides aux aidants) et aux besoins en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Les personnes âgées sont par ailleurs confrontées à des problématiques spécifiques de perte d'autonomie comme la maladie d'Alzheimer. Le schéma pose également la question du vieillissement des médecins libéraux et l'exigence de qualité. Enfin, il fait le constat d'un besoin de complémentarité des interventions au niveau local essentiellement avec, entre autres, les Centres locaux d'information et de coordination.

►► QUELLES SONT LES ORIENTATIONS DU SCHÉMA ?

Trois axes structurent la politique gérontologique du Conseil général. Le premier vise à favoriser le « bien vieillir » dans le Val-de-Marne en permettant à la personne âgée de demeurer et vivre au mieux dans son environnement. Le second reconnaît le rôle croissant des aidants naturels et leurs besoins de soutien et d'aide. Enfin, le troisième axe aborde la qualité du parcours de la personne au regard de la diversité des modes d'accompagnement et du nombre important d'acteurs qui interviennent dans le secteur gérontologique.

SOMMAIRE

►► Préambule

ÉDITO.....	3
QUESTIONS DE MÉTHODE.....	5
SOMMAIRE.....	6
CHIFFRES CLÉS.....	8
INTRODUCTION.....	9

►► Partie 1 : ÉVALUATION

I. CONTEXTE	14
A. CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	14
B. ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE.....	14
II. ÉVALUATION	17
A. LES QUESTIONS LIÉES AUX ENJEUX CENTRAUX.....	17
B. UNE DIVERSITÉ D'ACITONS MISES EN OEUVRE POUR RÉPONDRE À LA DIVERSITÉ DES PARCOURS ET DES PROJETS DE VIE.....	17
C. UN ÉQUIPEMENT EN EHPAD QUI NE PARVIENT PA À RÉPONDRE À L'ENSEMBLE DES DEMANDES.....	24
D. LES POPULATIONS PRÉSENTANT DES PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES.....	27
E. LA MÉDECINE DE VILLE.....	29
F. UNE EXIGENCE DE QUALITÉ CONTINUE.....	29
G. UNE COMPLÉMENTARITÉ DES INTERVENTIONS QUI S'ARTICULE ESSENTIELLEMENT AU NIVEAU LOCAL.....	31

►► Partie 2 : ORIENTATIONS

I. ORIENTATION N° 1 : BIEN VIEILLIR DANS LE VAL-DE-MARNE	34
OBJECTIF 1-1 : SOUTENIR LA PERSONNE ÂGÉE DANS SON ENVIRONNEMENT.....	34
OBJECTIF 1.2 : AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE.....	36
II. ORIENTATION N ° 2 : UN ACCOMPAGNEMENT INDISPENSABLE DES AIDANTS NATURELS	37
OBJECTIF 2.1 : DÉVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS.....	37
OBJECTIF 2.2 : DÉVELOPPER LES SOLUTIONS DE RÉPIT.....	38
III. ORIENTATION N° 3 : UN PARCOURS DE QUALITÉ	38
OBJECTIF 3.1 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS DE COORDINATION SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE.....	39
OBJECTIF 3.2 : FLUIDIFIER LES PARCOURS.....	40

►► Partie 3 : PROGRAMME D' ACTIONS

ORIENTATION N° 1 : BIEN VIEILLIR DANS LE VAL-DE-MARNE

OBJECTIF 1.1 : SOUTENIR LA PERSONNE ÂGÉE DANS SON ENVIRONNEMENT

ACTION 1 : L'adaptation de la ville au vieillissement de sa population.....	48
ACTION 2 : Un réseau d'échanges inter-collectivités.....	49
ACTION 3 : Une cellule prospective sur le mode d'habiter.....	50
ACTION 4 : La possibilité de demeurer dans son logement.....	51
ACTION 5 : Les structures intermédiaires entre le domicile et l'ehpad.....	52
ACTION 6 : Le développement de l'accueil familial.....	53
ACTION 7 : Lutter contre l'isolement.....	54
ACTION 8 : Les échanges inter-générationnels.....	55
ACTION 9 : De nouvelles solutions pour répondre à la problématique des transports.....	56
ACTION 10 : La prévention pour assurer le maintien de l'autonomie.....	57
ACTION 11 : La proximité de l'information.....	58
ACTION 12 : Un portail internet pour l'autonomie des personnes âgées.....	59

OBJECTIF 1.2 : AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX BESOINS

ACTION 13 : La parole des personnes âgées.....	62
ACTION 14 : L'amélioration de l'offre en établissements et services sur l'ensemble du territoire.....	63
ACTION 15 : La qualité dans les établissements et services médico-sociaux.....	64
ACTION 16 : La promotion de la formation des intervenants.....	65
ACTION 17 : L'accessibilité économique des établissements et des services à domicile.....	66
ACTION 18 : Le suivi des bénéficiaires employeurs.....	67

ORIENTATION N° 2 : UN ACCOMPAGNEMENT INDISPENSABLE DES AIDANTS NATURELS

OBJECTIF 2.1 : DÉVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS

ACTION 19 : L'identification des besoins des aidants familiaux.....	70
ACTION 20 : L'expression, l'écoute et la formation des aidants.....	71
ACTION 21 : La diversification des modalités d'accompagnement.....	72

OBJECTIF 2.2 : DÉVELOPPER LES SOLUTIONS DE RÉPIT

ACTION 22 : Les possibilités d'accueil des aidés.....	77
---	----

ORIENTATION N° 3 : UN PARCOURS DE QUALITÉ

OBJECTIF 3.1 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS DE COORDINATION SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

ACTION 23 : Le pilotage de la politique gérontologique dans le Val-de-Marne.....	80
ACTION 24 : La coordination par des acteurs locaux.....	81
ACTION 25 : La coordination ville/hôpital.....	82

OBJECTIF 3.2 : FLUIDIFIER LES PARCOURS

ACTION 26 : L'élaboration d'un processus commun d'évaluation.....	86
ACTION 27 : La modernisation du service public et l'innovation.....	87

►► Annexes

Glossaire.....	91
Processus d'élaboration du 3 ^{ème} schéma.....	92
Évaluation du 3 ^{ème} schéma.....	95
Tableau des compétences des principaux acteurs.....	96
Ouverture de places en établissements.....	100
Liste des établissements actuels et capacités.....	102
Cartographie.....	106

CHIFFRES CLÉS

ESTIMATION DE LA POPULATION ÂGÉE (source : INSEE Mars 2011)

2010	Part dans la population départementale *	2020	Évolution 2010 - 2020
60 ans et + 244 135	18,3 %	60 ans et + 289 955	+ 18,8 %
75 ans et + 92 013	6,9 %	75 ans et + 102 998	+ 11,9 %
85 ans et + 26 563	2,0 %	85 ans et + 38 296	+ 44,2 %

* Population totale du Val-de-Marne = 1 331 44 (Source INSEE 2012 - référence statistique : 01/01/09)

PRESTATIONS JUIN 2012 (source : Direction des Services aux Personnes âgées et aux Personnes handicapées)

►► Allocation personnalisée d'autonomie à domicile

11 188 bénéficiaires avec des droits ouverts

Montant moyen de l'allocation : **371 €**

Répartition des bénéficiaires par GIR

GIR1	4,1 %
GIR2	17,5 %
GIR3	21,8 %
GIR4	56,6 %

►► Allocation personnalisée d'autonomie en établissement

5 931 bénéficiaires avec des droits ouverts — Montant moyen du plan d'aide : **329 €**

Répartition des bénéficiaires par GIR

GIR1	11,4 %
GIR2	50,6 %
GIR3	14,5 %
GIR4	23,5 %

Répartition géographique

Val-de-Marne	51,5 %
Île-de-France	28,6 %
Province	19,9 %

►► Aide sociale en établissement (Hébergement des personnes âgées)

1766 bénéficiaires avec des droits ouverts

Répartition géographique

Val-de-Marne	62,5 %
Île-de-France	25,3 %
Province	12,2 %

►► Aide sociale à domicile (Aide ménagère pour les personnes âgées)

308 bénéficiaires avec des droits ouverts

ÉTABLISSEMENTS (source : Service Projets et Structures)

►► Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

74 établissements autorisés ¹

Hébergement permanent	6 259 places autorisées
Hébergement temporaire	180 places autorisées
Accueil de jour	303 places autorisées
Unités de soin de longue durée (USLD)	6 établissements - 983 places
Logements foyers	58 établissements ² - 3 147 logements

¹ Non comptés : 2 EHPAD de la Ville de Paris implantés dans le département

² Non comptés : 2 Logements foyers de la Ville de Paris implantés dans le département

INTRODUCTION

I. LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

La loi du 2 janvier 2002 et la loi du 13 août 2004 ont confié au Conseil général la compétence concernant l'élaboration et l'adoption du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

Établi pour 5 ans, le schéma départemental gérontologique doit répondre à cinq objectifs :

- Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale ;
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ;
- Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ses schémas.

En 2004, la loi relative aux libertés et responsabilités locales réaffirme la position de chef de file du Conseil général en matière de politique gérontologique : le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention.

Ainsi, le Département est responsable notamment de la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile ou résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Il attribue l'aide sociale. Enfin, particulièrement dans le Val-de-Marne qui a choisi de s'engager fortement dans ce secteur, le Conseil général organise la circulation de l'information et la coordination entre les acteurs du dispositif en s'appuyant sur les Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques et le Comité départemental des retraités et personnes âgées.

Toutefois, la loi du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) donne mission aux Agences Régionales de santé de réaliser un schéma régional d'organisation médico-sociale qui prévoit et suscite les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux. Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale. « Il est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les Conseils généraux ». (Article L1434-12 du Code de la santé publique)

Ce nouveau contexte législatif apporte des modifications sensibles aux modalités de pilotage du dispositif en faveur des personnes âgées. En effet, les Agences régionales de santé (ARS) sont chargées de réguler, seules ou conjointement avec les Départements, le secteur médico-social, portant ainsi à l'échelle régionale la gestion des établissements et services. Le nécessaire équilibre dans l'élaboration d'un plan qui concerne l'ensemble des territoires départementaux d'Île-de-France rend plus complexe la prise en compte des spécificités départementales et infra départementales Val-de-Marnaises.

Par ailleurs, la loi HPST instaure une nouvelle procédure d'appel à projets pour la création ou les extensions de structures, qui modifie profondément les pratiques des opérateurs et des financeurs induisant, de fait, une certaine concurrence entre les différents projets.

Bien que la législation précise que le Département assure la coordination des actions menées par les diffé-

rents intervenants dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (Article L113-2 du code de l'action sociale et des familles), les nécessaires arbitrages à l'échelle de la Région dessaisissent de fait le Département d'une partie des leviers qu'il pouvait actionner précédemment.

II. LES GRANDS PRINCIPES

Ce troisième schéma fait écho au rôle de pilote assuré par le Conseil général. Dans ce sens, trois dimensions sont particulièrement marquantes :

- Il donne une place centrale aux partenariats. Ainsi, tant dans son élaboration qui a reposé sur une association très large des acteurs au sein du comité de pilotage, que dans ses orientations et leurs déclinaisons en actions qui identifient clairement les responsables de leur mise en œuvre, le schéma se fonde sur une large participation aussi bien des acteurs locaux que des institutions décidant des politiques publiques.
- Il organise les liens avec les autres schémas ou programmes directeurs dont peuvent se doter les différentes institutions : le schéma régional d'organisation médico-sociale de l'Agence régionale de santé, le plan départemental d'accès au logement des personnes défavorisées, les plans locaux de l'habitat et les différents plans stratégiques élaborés par des partenaires régionaux, départementaux et locaux (DIRRECTE, DRIHL, Direction départementale de la cohésion sociale). L'enjeu pour l'ensemble des collectivités consiste à répondre à ces besoins spécifiques en élaborant des réponses ouvertes au reste de la population et du territoire.
- Il se concentre non seulement sur les compétences relevant uniquement de l'action sociale et médico-sociale départementale mais s'ouvre très largement aux autres politiques publiques du Conseil général ayant un impact sur la qualité de vie des personnes âgées (schéma d'action sociale, schéma départemental d'aménagement, plan départemental des transports...). Il ne s'agit plus seulement d'apporter des réponses ciblées aux problématiques spécifiques rencontrées par les personnes âgées, dépendantes ou non, mais de favoriser une vie sociale partagée avec les autres générations. Il s'agit d'intégrer l'allongement de la durée de la vie à l'ensemble des politiques mais également de construire ensemble des réponses adaptées. L'enjeu pour les collectivités consiste à répondre à ces besoins spécifiques en élaborant des réponses ouvertes au reste de la population et du territoire.

L'ensemble de ces réflexions s'inscrit dans un contexte particulier au sein duquel les financements sont fortement contraints, face à des besoins qui croissent de manière continue, dans l'attente d'une grande réforme sur la dépendance annoncée. Cependant, le schéma est un programme qui intègre des expérimentations ou des exigences en matière de qualité à développer sur les 5 ans de sa durée. C'est aussi un outil de pilotage de politique publique qui doit anticiper les nouvelles problématiques.

La précarité des personnes âgées constitue une problématique émergente face à laquelle les dispositifs sont encore peu armés. L'évolution du marché du travail (précarité de l'emploi, progression limitée des salaires), la transformation des structures familiales (ruptures et recompositions familiales, poids des personnes seules), de même que les interrogations pesant sur les régimes de retraite (baisse moyenne du niveau de retraite due à un contexte de crise sur plus de 30 ans) induiront dans les années à venir une baisse significative du niveau de vie des personnes âgées. Le schéma a souhaité anticiper cette évolution et a intégré également des problématiques encore peu abordées, tel que l'accompagnement des personnes immigrées vieillissantes. Il s'agit aussi de mettre en cohérence des réponses qui peuvent être apportées de manière dispersée en mobilisant l'ensemble des partenaires et acteurs, encore peu connus parfois par les professionnels de la gérontologie, et qui doivent pouvoir bénéficier d'un soutien ou d'une expertise particulière.

III. LES GRANDES ORIENTATIONS DU SCHÉMA

Trois axes viennent structurer le nouveau schéma gérontologique départemental :

- Le premier vise à favoriser le « bien-vieillir » dans le Val-de-Marne. Il s'agit avant tout de permettre à la personne âgée de demeurer et vivre au mieux dans son environnement : le logement, l'insertion sociale, la prévention sont notamment des problématiques centrales auxquelles le schéma s'attache à répondre.
- Le second concerne l'aide qui peut être apportée aux aidants naturels, ceux qui entourent quotidiennement la personne âgée dépendante et sans lesquels celle-ci ne pourrait pas avoir la possibilité de demeurer à son domicile. En raison de la charge tant physique que psychologique de l'accompagnement de la grande dépendance et de la prévalence des maladies neurodégénératives, de nombreux aidants (conjoint, enfants...) sont en souffrance ou risquent de le devenir et doivent pouvoir bénéficier d'un soutien constant et de périodes de répit.
- Le troisième axe du schéma concerne la qualité du parcours de la personne : cette notion de parcours est un enjeu fort car la diversité des modes d'accompagnement, le nombre important d'acteurs pouvant intervenir à domicile ou en établissement, rend toujours plus nécessaire la coordination et la structuration des coopérations. La synergie entre les acteurs et les dispositifs est la condition pour permettre l'accès au service adéquat, maintenir une fluidité entre les différentes modalités d'accompagnement et permettre ainsi une meilleure efficacité tout en respectant la dignité de la personne âgée.

Le présent document est composé de 3 parties :

1. L'ÉVALUATION

- Éléments de contexte :

Un certain nombre de données permettent de mieux comprendre les spécificités de la population âgée dans le Val-de-Marne et de mettre en perspective les enjeux auxquels les orientations et leurs déclinaisons en actions devront répondre.

- L'évaluation du deuxième schéma en faveur des personnes âgées :

Elle permet de mesurer l'intérêt des précédentes orientations et d'identifier les marges de progrès pour les années à venir.

2. LA PRÉSENTATION DES ORIENTATIONS ET DU PROGRAMME D' ACTIONS

3. UN PROGRAMME DE 27 FICHES-ACTIONS

Ce programme expose la politique gérontologique du Conseil général et de ses partenaires pour les 5 ans à venir.

▶▶ 2013 / 2017

3^{EME} SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

VAL-DE-MARNE



▶▶ Partie 1
ÉVALUATION

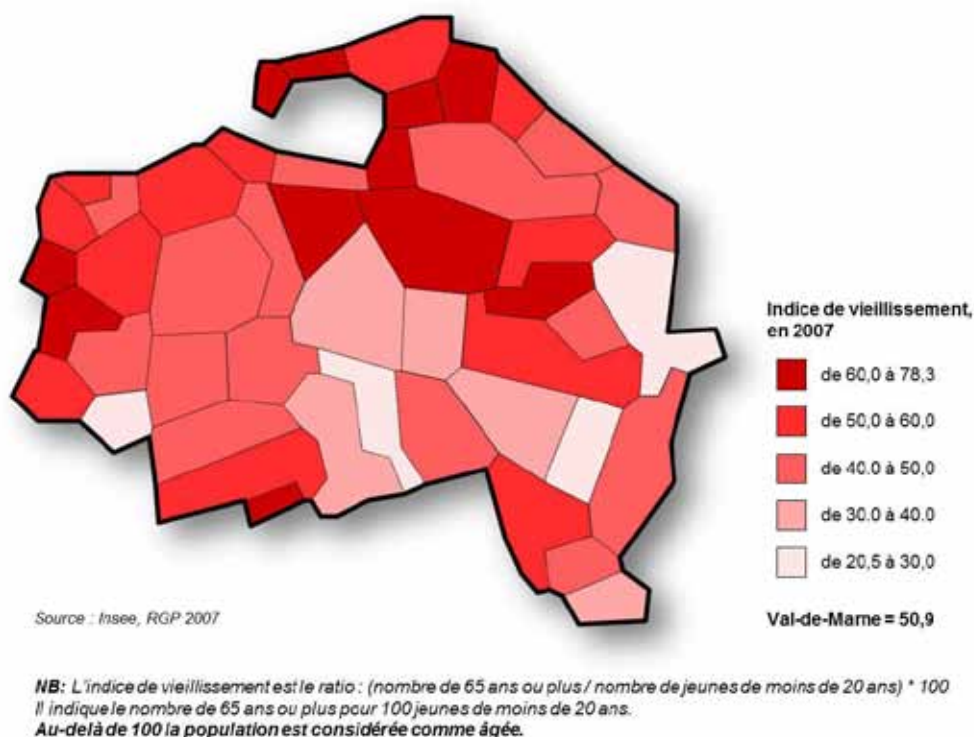
I. CONTEXTE

A. CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2009, le Département du Val-de-Marne comptait 232 448 personnes âgées de plus de 60 ans, 87 948 personnes âgées de plus de 75 ans et 23 662 personnes âgées de plus de 85 ans (source : INSEE 2008).

Après Paris et les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne est le département francilien qui présente l'indice de vieillissement le plus élevé³ (soit 50,6). Toutefois, on peut noter une très forte hétérogénéité au sein même du territoire Val-de-Marnais : si quelques Villes sont plus particulièrement concernées (Saint-Mandé, Vincennes, Le Perreux-sur-Marne, Nogent-sur-Marne, Joinville-le-Pont, Maisons-Alfort, Saint-Maur-des-Fossés, Ormesson-sur-Marne, Ablon-sur-Seine, L'Hay-les-Roses, Cachan), les Villes plus « jeunes » (en clair sur la carte ci-dessous) sont dispersées sur le département.

Carte 1 Répartition de l'indice de vieillissement dans le département



En revanche, des Villes qui n'étaient pas particulièrement concernées par le vieillissement, au sens démographique, comptent une part importante de personnes âgées de plus de 80 ans vivant seules à domicile. Ces personnes correspondent à un public fragile, qui a peu accès à l'information et a souvent besoin d'une aide récurrente et diversifiée. Le département se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale en ce qui concerne cet indicateur (42,7 %) derrière Paris et les Hauts-de-Seine.

À l'hétérogénéité des territoires s'ajoute la problématique de la diversité et de la complexité des situations personnelles. La régulation de la politique en faveur des personnes âgées ne se pose, dès lors, plus seulement en termes d'équilibre entre les territoires mais doit répondre à une exigence d'adéquation entre la qualité de l'offre et la spécificité des besoins.

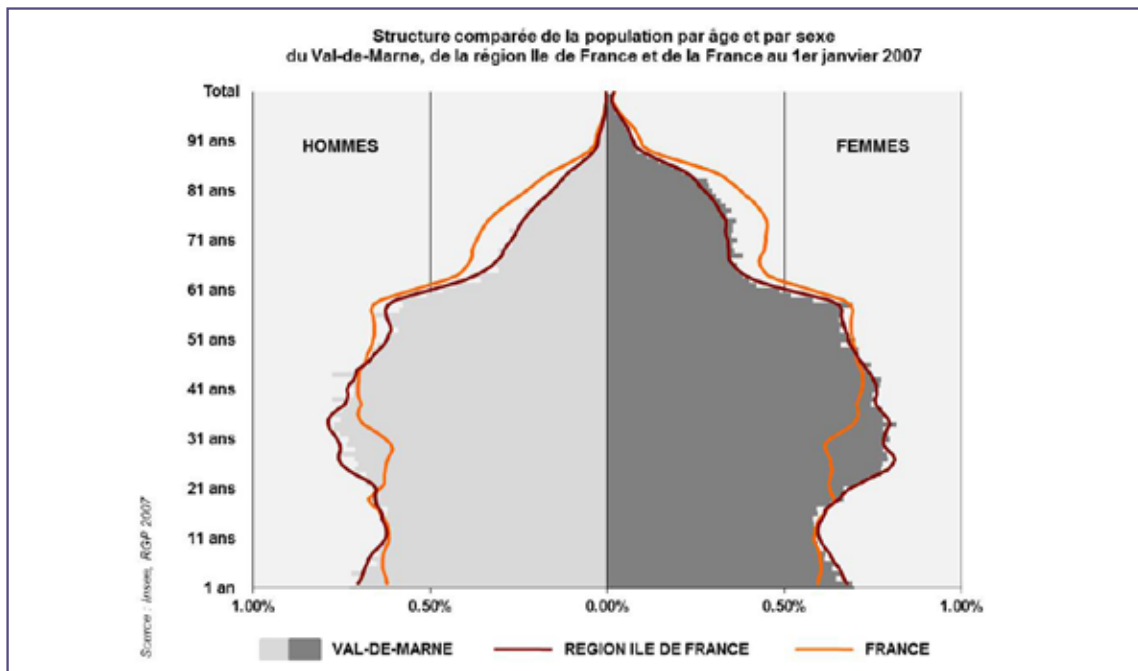
B. ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

1) LES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS AIDANTS DANS LE VAL-DE-MARNE

a) Éléments d'évolution sociodémographique

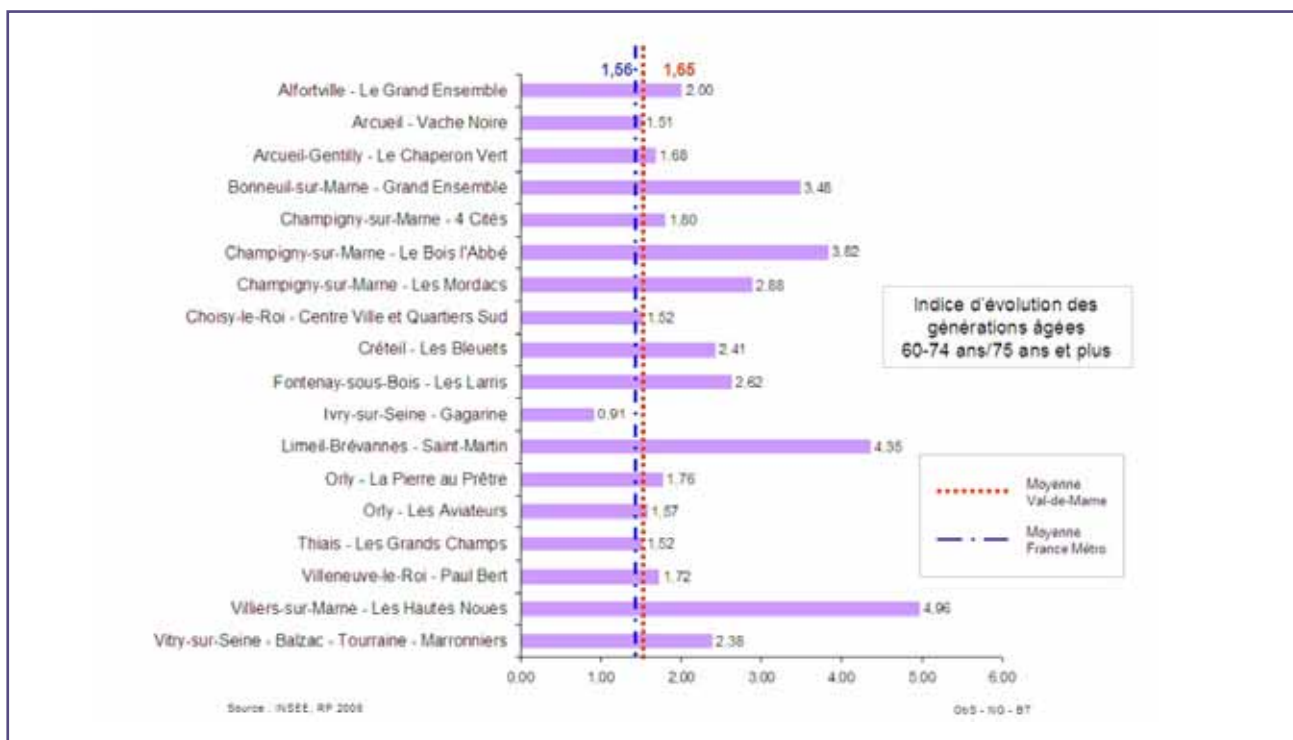
Suivant les mêmes tendances que le reste de la métropole, le département du Val-de-Marne est appelé à

connaître une croissance importante du nombre de ses personnes âgées. Le nombre d'entre elles qui auront plus de 85 ans est ainsi appelé à doubler entre 2006 et 2020.



Au-delà de 60 ans, les femmes sont majoritaires dans la population. Plus l'âge augmente, plus leur proportion est importante. Même si l'espérance de vie des hommes rattrape peu à peu celle des femmes, celles-ci représenteraient encore les 2/3 des Franciliens de 85 ans ou plus en 2020. Par ailleurs, la part des personnes considérées comme dépendantes vivant seules à domicile augmente régulièrement entre 75 et 89 ans puis diminue à partir de 90 ans (INSEE enquête HID 1998-1999).

Ce vieillissement sera plus particulièrement important dans certains quartiers d'habitat social, en raison, notamment, de la faible mobilité de leurs locataires.



Les revenus des retraités continueront à croître en valeur absolue mais connaîtront dans les prochaines années une diminution relative par rapport aux actifs. Derrière cette augmentation globale, les inégalités vont s'aggraver :

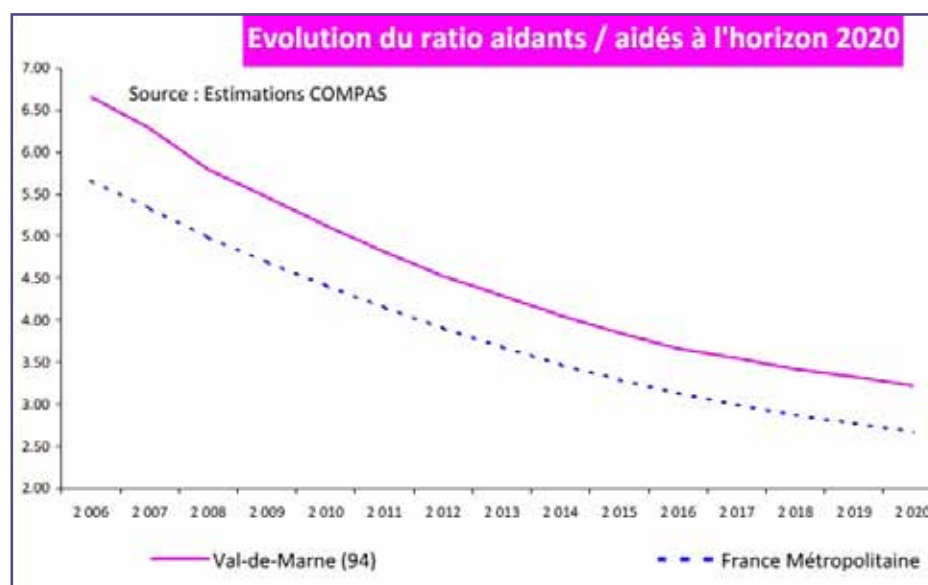
- Les solitaires, les ménages ayant toujours eu un seul salaire (notamment les ouvriers et employés ayant élevé des familles nombreuses), n'ont pas profité de la bi-activité des couples. Leurs revenus de retraités s'en ressentent fortement.
- Un autre facteur d'inégalité, en défaveur des ménages d'ouvriers ayant toujours vécu sur le salaire puis la pension de retraite de l'homme, est la différence d'espérance de vie entre ouvriers et cadres : la femme voit son revenu chuter lorsqu'elle devient veuve et doit vivre avec une pension de réversion, et ce moment arrive plus rapidement dans un ménage d'ouvriers. ⁴
- Cette situation risque de s'accroître pour les générations suivantes du fait de parcours de plus en plus complexes et moins assurés (période plus fréquentes de chômage pendant la vie professionnelle, chômage des plus de 55 ans).

Si la plupart des personnes âgées souhaitent rester à leur domicile, le confort de celui-ci ne doit pas être négligé. Aujourd'hui, avec la baisse du pouvoir d'achat des personnes âgées, la hausse des prix de l'énergie combinée au vieillissement du parc de logements, la précarité énergétique se développe. Or, les personnes âgées sont particulièrement exposées puisque la dernière étude en la matière montre que 55 % des personnes en situation de précarité énergétique ont plus de 60 ans et que cette population est plus spécifiquement touchée par des pathologies hivernales en raison des caractéristiques du logement (vieillesse du parc immobilier, taille inadaptée du logement).

b) Les aidants

L'évolution de la population des « aidants » laisse anticiper une baisse sensible du nombre d'entre eux sous le double effet d'une baisse de la natalité et de migrations des enfants des personnes qui devront être soutenues d'ici l'horizon 2020. Cette décroissance prévisible des aidants naturels implique par nécessité de réfléchir à la fois :

- Au soutien de ceux qui demeureront dans le département et qui devront, demain, gérer seuls leurs deux parents (quand ils peuvent être plusieurs frères et sœurs aujourd'hui)
- À des solutions de substitution, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui ne pourront bénéficier d'aucune aide venant d'un membre de leur famille.



4 Source : Marc Mousli, chercheur CNAM – Paris : Colloque « Où vivre vieux en 2030 » - 8 décembre 2010

2) ÉVOLUTION DU TERRITOIRE DU VAL-DE-MARNE

Le territoire du Val-de-Marne est appelé à connaître différentes évolutions socio-démographiques. En premier lieu, la population va continuer de croître pour atteindre 1,36 million de personnes en 2030 contre 1,3 million aujourd'hui (soit une augmentation de 5 %). Cette croissance pourrait être renforcée par le projet du Grand Paris qui vise notamment à développer les transports sur et vers le département afin d'en soutenir le développement économique, notamment sur le pôle Sud de Paris. Plusieurs axes d'évolution concernent directement le Val-de-Marne : le développement des atouts dans le domaine de la santé et de la biotechnologie entre autres au travers du projet Cancer Campus ; la création d'un pôle multimodal aux Ardoines devant abriter 30 000 emplois et 13 000 logements ainsi qu'une opération de développement urbain autour de l'aéroport d'Orly.

II. ÉVALUATION

A. LES QUESTIONS LIÉES AUX ENJEUX CENTRAUX

L'évaluation des actions de la politique gérontologique est nécessaire pour développer, réajuster et innover par rapport à l'évolution des besoins et des atouts du territoire. Un regard a également été porté sur les atouts du territoire en matière d'accompagnement des personnes âgées et sur les écueils en la matière.

3 questions ont sous-tendu et structuré la phase d'évaluation :

- Besoin des personnes âgées au domicile et en établissement
Dans quelles mesures les structures et les politiques publiques mises en place dans le Val-de-Marne répondent-elles à la diversité des besoins des personnes âgées et de leurs aidants ?
- Qualité de vie, projet de vie et articulations
Dans quelle mesure les actions menées par les intervenants, spécialistes en gérontologie ou non, permettent-elles d'assurer un accompagnement global et de qualité du parcours de vie de la personne âgée ?
- Articulation des politiques publiques
Dans quelle mesure les politiques publiques en faveur des personnes âgées s'articulent-elles au niveau départemental, au niveau territorial et local ?

B. UNE DIVERSITÉ D' ACTIONS MISES EN ŒUVRE POUR RÉPONDRE À LA DIVERSITÉ DES PARCOURS ET DES PROJETS DE VIE

1) UN DISPOSITIF DE SOUTIEN À DOMICILE RENFORCÉ

Demeurer à domicile est le souhait le plus fréquemment exprimé par les personnes âgées. La mise en place d'un dispositif fluide et adapté d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) constitue la première condition pour que ce maintien soit possible. Cette condition ne peut toutefois être isolée d'actions en faveur de l'adaptation du logement et d'un taux d'équipement suffisant en soins infirmiers à domicile. Durant ces 5 dernières années, de nombreuses initiatives ont été menées en ce sens.

Une enquête⁵ réalisée par le Conseil général auprès des bénéficiaires de l'APA a permis de constater que cette prestation est en mesure de satisfaire les attentes des personnes âgées à la fois en raison de l'organisation générale du dispositif mais aussi des prestations proposées par les services. Toutefois, les personnes les plus dépendantes voient la réponse à leurs besoins contrainte par le plafonnement du montant de la prestation.

2) UN DISPOSITIF DE SOUTIEN À DOMICILE DEVANT RÉPONDRE À LA TRÈS FORTE DIVERSITÉ DES BESOINS

⁵ Enquête téléphonique auprès de 300 bénéficiaires de l'APA dans le Val-de-Marne et de 80 aidants familiaux (majoritairement des enfants de personnes bénéficiaires de l'APA)

a) Un taux de pénétration de l'APA qui n'est pas corrélé au vieillissement de la Commune

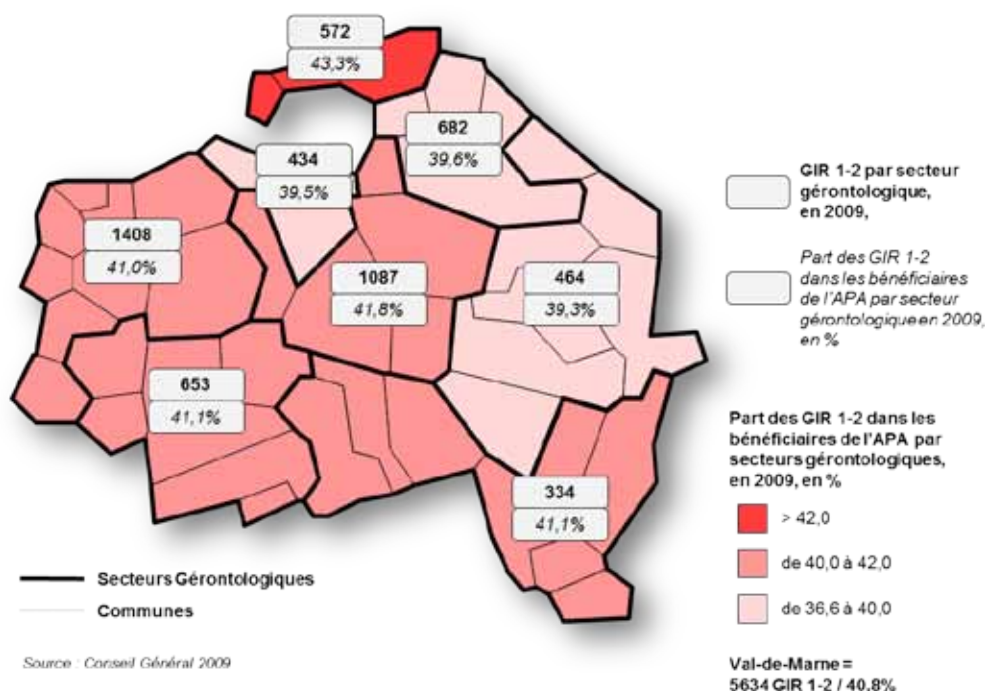
Le taux de pénétration de l'APA dans le département varie du simple au triple (par exemple entre Limeil-Brévannes, Santeny et Mandres-les-Roses d'un côté, Périgny-sur-Yerres ou Rungis de l'autre). Mais il n'existe pas de corrélation entre le taux de bénéficiaires APA et l'indice de vieillissement par Commune, pas plus qu'avec la forte représentation des plus de 80 ans vivant seuls. Les différences très importantes de taux de pénétration de l'APA ne semblent donc pas se justifier par le vieillissement de la population.

Toutefois, l'APA est une prestation financière modulée en fonction des revenus. Il a été observé, lors de l'évaluation du dispositif APA, que le niveau de revenus avait une incidence sur le non-recours à la prestation. On remarque ainsi qu'il existe une corrélation dans certaines Communes (Saint-Mandé, Nogent-sur-Marne, Bry-sur-Marne, Saint-Maur-des-Fossés) entre un faible taux de pénétration de l'APA et un revenu net imposable élevé. Ces constats peuvent amener à prévoir des actions ciblées sur les territoires où les personnes âgées sont dépendantes et disposent de ressources plus faibles que dans certaines communes.

D'une manière générale, on remarque que la part des personnes très dépendantes, c'est-à-dire évaluées en GIR 1 ou 2, et vivant à domicile est plus importante dans le Val-de-Marne que dans le reste de la France (63,5 % contre 60,1 %).

Certaines villes qui ont un taux de pénétration de l'APA élevé ont aussi une part de personnes très dépendantes à domicile importante (Vincennes, Villiers-sur-Marne, Santeny, Villecresnes, Limeil-Brévannes, Ville-neuve-Saint-Georges, Villeneuve-le-Roi, Rungis, Vitry-sur-Seine, Villejuif, Gentilly).

Carte 2 Part des bénéficiaires de l'APA classés en GIR 1 – 2 vivant à domicile

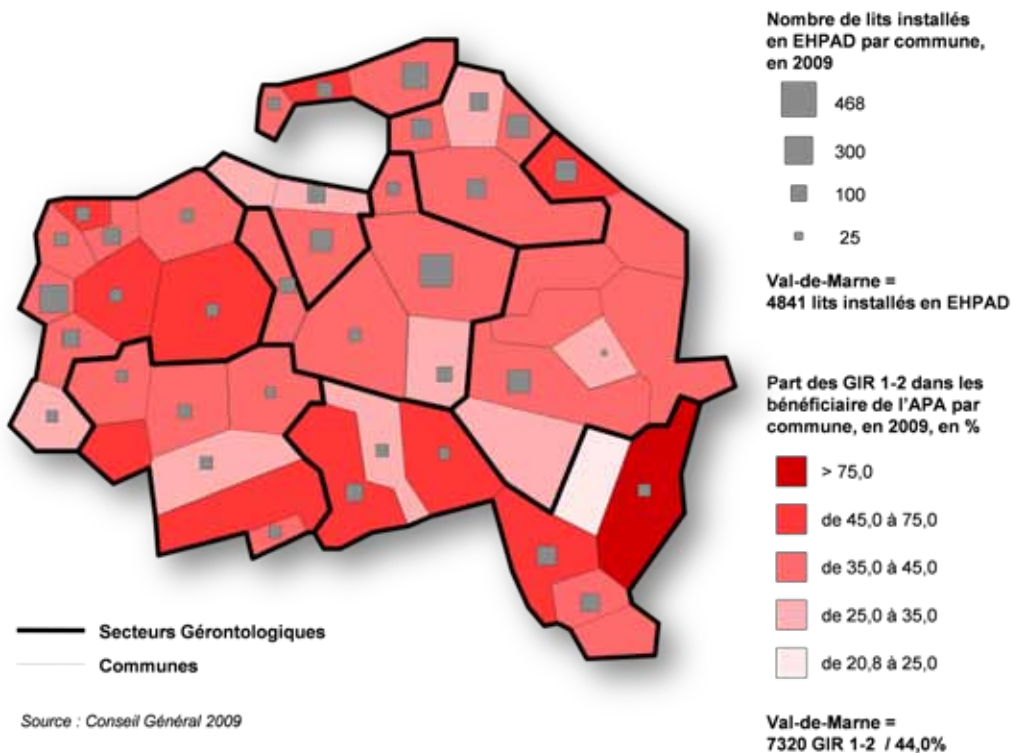


b) Une corrélation entre la présence de personnes très dépendantes à domicile et la faible capacité en places d'EHPAD

Un lien apparaît entre les capacités en EHPAD du territoire et la part des bénéficiaires de l'APA très dépendants (GIR 1-2) à domicile. Ainsi, parmi les 11 Communes qui ont une part de GIR 1-2 élevée à domicile (supérieure à 45 %), 8 présentent un taux d'équipement inférieur à la moyenne départementale (Vincennes, Limeil-Brévannes, Orly, Rungis, Villejuif, Vitry-sur-Seine et Gentilly).

Carte 3

Part des bénéficiaires de l'APA classées en GIR 1 – 2 vivant à domicile et la répartition des places en EHPAD

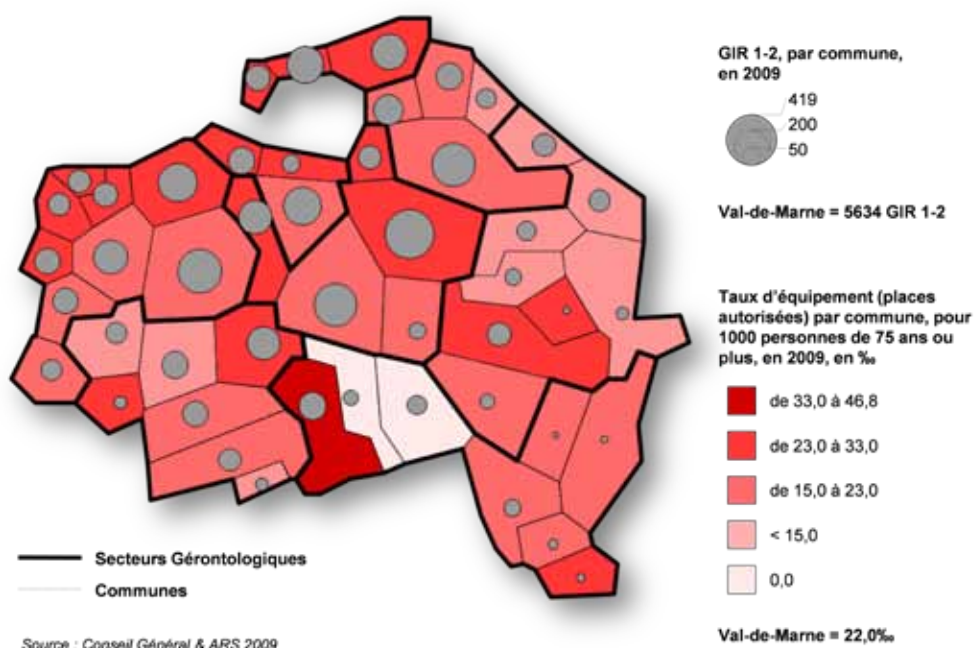


Les zones peu couvertes par les EHPAD ne le sont pas non plus par des USLD, alors que le département est plutôt bien doté avec un ratio de 12,4 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus contre une moyenne nationale de 8,4 (et une moyenne francilienne de 9) (source : Statiss 2010). Toutefois, il faut noter que certains lits d'USLD appartiennent à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris et accueillent plus spécifiquement leurs résidents.

c) Des places de services de soins infirmiers à domicile en augmentation

Carte 4

Part des bénéficiaires de l'APA classés en GIR 1 – 2 vivant à domicile et taux d'équipement en SSIAD



La problématique des soins infirmiers à domicile apparaît d'autant plus importante que la dépendance chez soi devient lourde. Sur la période du schéma, le taux d'équipement en SSIAD a sensiblement augmenté passant de 18,52 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus à 22,01 en 2010. Toutefois, on observe une forte hétérogénéité en matière d'équipement en places de SSIAD, puisque les capacités diffèrent fortement d'un secteur gérontologique à un autre, allant de 17, 5 pour 1000 (secteur 8) à 27 pour 1000 (secteur 1). Il faut noter, par ailleurs, une relation assez étroite entre les Communes qui sont le mieux dotées en places de SSIAD et celles qui ont le plus grand nombre de personnes vivant à domicile et classées en GIR 1-2. Cette adéquation entre la localisation de l'offre et les territoires où réside un nombre important de personnes très dépendantes ne signifie pas toutefois que l'ensemble des besoins soit couvert.

3) L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE FAVORISÉE PAR L'ADAPTATION DE SON LOGEMENT

a) Une politique très volontariste en faveur de l'adaptation du logement

L'existence d'une proportion importante de personnes âgées dépendantes à domicile implique une diversité des besoins en matière d'adaptation des logements, notamment afin de leur permettre de vivre dans la dignité. Néanmoins la politique en matière de logement adapté n'est pas du seul ressort du Conseil général (bien que son plan Habitat, adopté en avril 2010, contienne plusieurs actions en direction des personnes âgées) et dépend très largement des bailleurs et des Communes, ce qui rend d'autant plus difficile l'homogénéité des actions menées sur l'ensemble du territoire.

Une étude commandée par le Département⁶ a permis de dresser un portrait de l'état du logement dans le Val-de-Marne. Le Val-de-Marne est le deuxième département francilien en nombre de logements sociaux (27 % du parc de logements en 2006). Ce parc est ancien, 20 000 logements privés sont potentiellement « indignes » et souvent concentrés sur certaines parties du territoire. On note, par ailleurs, que les logements possèdent un nombre de pièces nettement inférieur à la moyenne en France métropolitaine.

La question de la précarité des personnes âgées est un élément primordial de la réflexion en relation avec l'enjeu du logement. Le Val-de-Marne se situe dans la moyenne des départements franciliens en ce qui concerne le niveau de vie médian des personnes vivant sous le seuil de pauvreté.

Tableau 1 Taux de pauvreté en Île-de-France

Département en %		Taux de pauvreté à 60 %	Taux de pauvreté à 50 %	Taux de pauvreté à 40 %	Intensité de la pauvreté en euros	Niveau de vie médian des per- sonnes sous le seuil de pauvreté
		en %	en %	en %		
	Paris	14.5	9.3	4.1	23.5	8 076
Petite couronne	Val-de-Marne	12.1	6.8	2.6	19.2	8 534
	Hauts-de-Seine	10.5	6.0	2.5	20.0	8 446
	Seine-Saint-Denis	21.6	12.6	5.0	20.3	8 419
Grande couronne	Val-d'Oise	12.2	6.5	2.4	18.2	8 632
	Essonne	9.0	4.7	1.7	17.7	8 692
	Yvelines	7.2	3.7	1.5	17.4	8 720
	Seine-et-Marne	9.2	4.7	1.9	17.5	8 714

Source : Direction de l'habitat

Ainsi, à la problématique de l'ancienneté du parc de logement, qui nécessite d'entreprendre rapidement des actions d'adaptation, se cumule celle des moyens financiers limités des résidents âgés.

⁶ L'adaptation de l'habitat et du cadre de vie aux besoins des personnes âgées, Helena Pierre, Conseil général du Val-de-Marne, 2010

Le dernier Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) du Val-de-Marne, qui a pour objectif d'aider les personnes seules et les familles confrontées à des difficultés économiques et sociales à accéder ou à se maintenir dans un logement décent, a identifié les personnes âgées éprouvant des difficultés économiques comme un des publics prioritaires.

En parallèle, le Département a souhaité s'engager, entre 2006 et 2009, à hauteur de 126 millions d'euros dans un programme de soutien au logement. Outre la construction de nouveaux logements sociaux ou leur rénovation, le Conseil général a contribué à l'amélioration des conditions d'habitat des personnes âgées en participant aux travaux facilitant leur accessibilité et en sensibilisant les personnels de proximité (gardiens d'immeuble) aux difficultés que peuvent rencontrer les personnes les plus vulnérables. Par ailleurs, il participe à la rénovation des foyers pour travailleurs migrants afin d'améliorer les conditions de vie des résidents.

On relève ainsi une forte diversité d'actions de la part du Conseil général en faveur du maintien des personnes dans leur logement. Toutefois, au vu du nombre de personnes âgées concernées, ces initiatives ont une portée limitée et restent encore à développer.

Ces actions s'articulent naturellement avec celles menées par les Communes et les bailleurs.

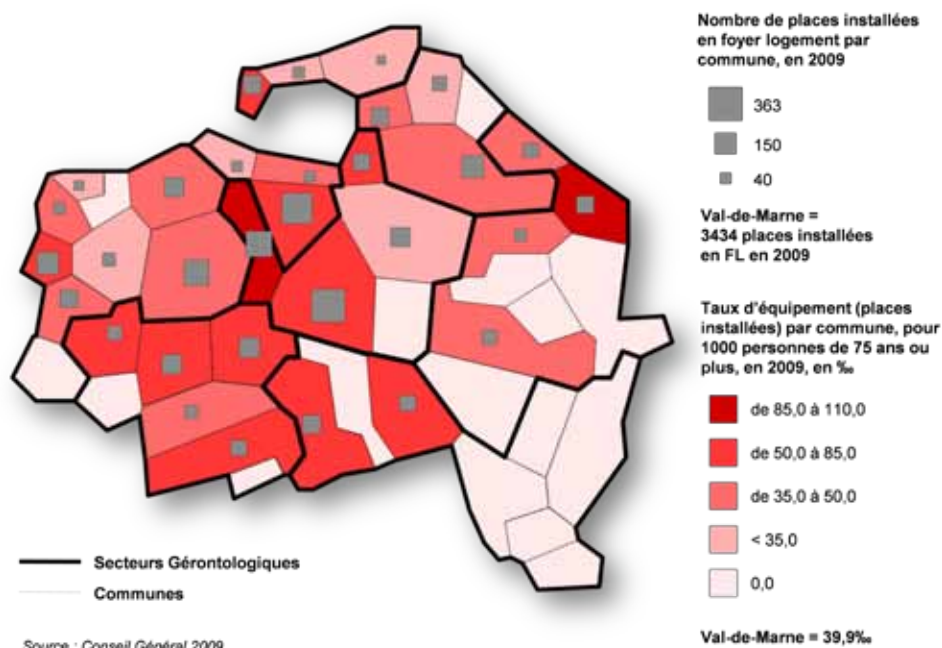
Au niveau local, si les constats sont souvent partagés (vieillesse des habitants, sous-occupation du parc social, situations d'insalubrité ou d'inconfort, inadaptation du logement), les pistes de réflexion sont encore peu nombreuses et renvoyées à des études spécifiques. Ainsi, il ressort de l'Étude habitat et cadre de vie menée par le Conseil général auprès des Villes et des EPCI du Val-de-Marne ayant mis en place un programme local de l'habitat, que la prise en compte du vieillissement reste très inégale.

En raison de leur partenariat avec le Conseil général et de leurs liens avec les Communes ou les EPCI, les bailleurs sociaux sont souvent incités à développer une politique active en faveur de l'adaptation des logements. Il faut cependant signaler la nécessité de renforcer les liens entre les différentes interventions et de prendre en compte le problème du financement pour les personnes âgées qui doivent procéder à des avances de fonds (le remboursement s'effectuant sur présentation de la facture dans le cadre de l'aménagement de leur logement).

Si la politique départementale suit une ligne stratégique claire, la question du logement et du vieillissement est encore inégalement abordée par les différents opérateurs, d'où un fort contraste des situations individuelles, qui appelle à davantage de cohérence sur l'ensemble du département.

b) Une réponse partielle à la problématique des logements foyers

Les logements foyers sont aujourd'hui fortement impactés par le vieillissement et la perte d'autonomie de leurs résidents. Le Val-de-Marne, contrairement à d'autres Départements, n'a pas fait le choix de les transformer en EHPAD, considérant qu'ils s'inscrivent de manière spécifique dans le parcours résidentiel de la personne âgée, en tant que lieu de transition entre le domicile et l'établissement. Le département apparaît ainsi comme l'un des mieux dotés de la région en logements foyers : (41 pour 1000 contre 27 pour 1000 en moyenne nationale), malgré une importante hétérogénéité entre les Communes.



Une étude spécifique sur les logements foyers ⁷ a été menée entre mai et août 2011, à travers la réalisation d'entretiens et de visites, et a été étendue aux structures à la dénomination différente mais dont la vocation pouvait être similaire (foyers-soleil, résidences service...). L'objectif a été d'une part d'opérer un recensement le plus exhaustif possible des structures d'habitat collectif intermédiaire, d'autre part d'examiner la pertinence de ces dispositifs et d'envisager leurs possibles évolutions. L'étude a ainsi mis en évidence l'existence, au 1^{er} août 2011, de 66 structures accueillant près de 3700 personnes âgées.

Ces structures présentent des avantages certains par rapport aux autres modalités d'habitat des personnes âgées. Elles permettent aux résidents de maintenir leur autonomie le plus longtemps possible tout en vivant dans un cadre sécurisé, garanti par une présence humaine plus ou moins constante ainsi que des dispositifs tels que le contrôle des accès et la téléassistance. Les activités proposées permettent également de réduire l'isolement pour les résidents qui le souhaitent.

Cependant, ces structures sont souvent mal identifiées par la population et par les professionnels et leur image est parfois négative, les logements foyers étant souvent assimilés dans l'esprit des personnes âgées aux foyers pour personnes sans ressources, ou confondus avec les EHPAD. En outre, la gestion de la perte d'autonomie des résidents est hétérogène. L'étude montre ainsi que les transferts en EHPAD sont peu nombreux pour les résidents de logements foyers. Par ailleurs, le montant des redevances dans une majorité de logements intermédiaires est plus accessible que dans les EHPAD. Il existe alors un risque que les logements foyers connaissent une augmentation du nombre de personnes dépendantes y séjournant, ceci avec un tarif hébergement moins élevé et un taux d'encadrement médicalisé peu adapté.

Malgré ces dernières limites, les structures intermédiaires semblent correspondre à un réel besoin et constituent une réponse intéressante à la perte d'autonomie et aux limites du soutien à domicile.

4) DES PARTENAIRES MOBILISÉS AUTOUR DE LA QUESTION DU VIEILLISSEMENT DANS UNE OPTIQUE DE RÉPONSE DE PROXIMITÉ

Trois axes d'intervention qui concourent à la qualité du soutien à domicile ont pu être évalués :

- La diversité des initiatives locales
- Les actions de prévention

⁷ Les structures d'habitat collectif non médicalisées pour personnes âgées autonomes dans le Val-de-Marne, Vincent Guer-rand, Conseil général du Val-de-Marne, août 2011

- Les actions visant à maintenir le lien social

a) Des initiatives locales très variées

Une enquête menée par le Conseil général auprès des Communes du département a permis de recenser plus de 500 actions en faveur des personnes âgées témoignant de l'engagement des acteurs locaux dans des réponses de proximité. Ces initiatives s'organisent autour de plusieurs thématiques :

- Faciliter la vie à domicile : grâce à des services à domicile, des services de soins infirmiers à domicile, un accompagnement aux courses et aux petits travaux, des visites de convivialité et de la restauration à domicile.
- Renforcer la sécurité : mise en place de la téléassistance dans le cadre d'un conventionnement entre les CCAS et le Conseil général, du Plan canicule, d'actions sur la sécurité des biens et des personnes en lien avec la police et les gardiens d'immeuble.
- Former les aides à domicile : sur la prévention des chutes, la bientraitance, l'alcoolisme, la vulnérabilité, la maladie d'Alzheimer et les maladies neuro-dégénératives, les gestes et postures.
- Promouvoir l'aménagement des logements, le plus souvent en partenariat avec le PACT 94.
- Maintenir le lien social dans la restauration collective, les transports, les loisirs (animations, ateliers, voyages, activités intergénérationnelles, activités physiques).

b) Des actions en faveur de la prévention en développement

Le travail de prévention, qui s'étend de la prévention des chutes à la prévention sanitaire, est essentiel à la réussite d'une politique de soutien à domicile puisqu'il permet de maintenir la personne en bonne santé. Dans le cadre de leurs plans nationaux respectifs, l'État et l'Assurance maladie ont pu mener différentes actions. Les Communes ont également relayé cette préoccupation : mise en place d'ateliers de prévention des chutes, d'ateliers mémoire, travail sur la nutrition, cycle de conférences sur le bien-vieillir, mise en place de consultations paramédicales.

Par ailleurs le Conseil général organise, depuis 2007, des entretiens entre des bénéficiaires de l'APA et des psychologues libéraux conventionnés ainsi qu'un soutien psychologique téléphonique assuré par l'opérateur de téléassistance. Ces entretiens ont pour but un suivi des problèmes de dépression, d'anxiété et de solitude de la personne concernée. Plus de 200 entretiens annuels sont ainsi réalisés.

c) Un travail important visant à rompre l'isolement des personnes

D'après une étude du Crédoc⁸, 34 % des bénéficiaires de l'APA à domicile dans le Val-de-Marne souhaitent davantage d'aide pour se déplacer à l'extérieur de leur logement. Une fois encore, c'est la société dans son ensemble, beaucoup plus que l'action directe du Conseil général, qui est ici interpellée. D'une manière générale, la dépendance constitue un frein à la mobilité, même dans le cas de déplacements limités, occasionnant une rupture progressive des liens sociaux établis pourtant depuis longtemps. S'installe alors un sentiment d'isolement qui rend la perte d'autonomie encore plus difficile.

L'enquête menée par le Conseil général⁹ dans le cadre du renouvellement du schéma a permis de recenser de nombreuses actions en faveur de la mobilité des personnes âgées. Dans la plupart des cas, le transport collectif s'organise autour d'un circuit effectué par un bus municipal effectuant des « navettes régulières », tous les jours ou quelques jours par semaine. Les initiatives en faveur du transport individuel sont également variées : un dispositif avec un accompagnement et sur rendez-vous est mis en place dans plusieurs Communes. Il faut toutefois noter que si ces actions permettent de rompre l'isolement des personnes concernées et favorisent l'accès aux soins, ces services sont encore peu utilisés et se heurtent aux contraintes budgétaires.

⁸ Évaluation de l'APA à domicile dans le département du Val-de-Marne, CREDOC septembre 2008

⁹ Étude sur la qualité de vie, Conseil général du Val-de-Marne, 2010

Par ailleurs, le Conseil général, dont le Plan de déplacement consacre certaines de ses actions aux personnes à mobilité réduite, finance une allocation-taxi à hauteur de 40 000 € en 2010.

Le Conseil général et ses partenaires locaux et institutionnels sont ainsi parvenus à mettre en place un grand nombre d'actions visant à proposer un panel de solutions à des profils divers. La politique de soutien à domicile impulsée conjointement par le Département, la CNAV et par les Communes apparaît à la fois volontariste, structurée et cohérente. Des questionnements demeurent quant à l'homogénéité des prestations qui peuvent être proposées sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, les actions en faveur de l'adaptation du logement et de la prévention ont besoin d'être encore soutenues et développées afin d'anticiper le vieillissement de la population et la croissance de la dépendance avec une augmentation structurelle de la part des personnes en GIR 1-2 vivant à domicile.

5) UNE INNOVATION SOUTENUE MAIS QUI A PU SE HEURTER À DES FREINS STRUCTURELS ET/OU FINANCIERS

L'innovation est souvent le moyen privilégié pour proposer des actions complémentaires aux prises en charge plus classiques. Le Conseil général a engagé une réflexion concernant un ensemble d'actions comme la mise en place des plateformes de service à domicile et de la garde de nuit itinérante. La mise en place d'actions innovantes peut cependant se heurter à l'absence de financements pérennes et clairement identifiés. La prise de position des principaux financeurs doit pourtant donner une visibilité de long terme aux opérateurs de terrain.

6) UNE POLITIQUE ACTIVE EN MATIÈRE D'AIDE AUX AIDANTS

93 % des personnes bénéficiaires de l'APA à domicile et atteintes de la maladie d'Alzheimer bénéficient du soutien d'un aidant. Les besoins de ces aidants non professionnels sont très nombreux mais surtout d'une grande diversité, en fonction des caractéristiques de leur situation individuelle et de la personne aidée (besoin de répit, de soutien psychologique...). D'une manière générale cependant, tous les aidants se trouvent dans une situation de fragilisation (fatigue, isolement, vieillissement, culpabilité, déni).

a) Les solutions de répit

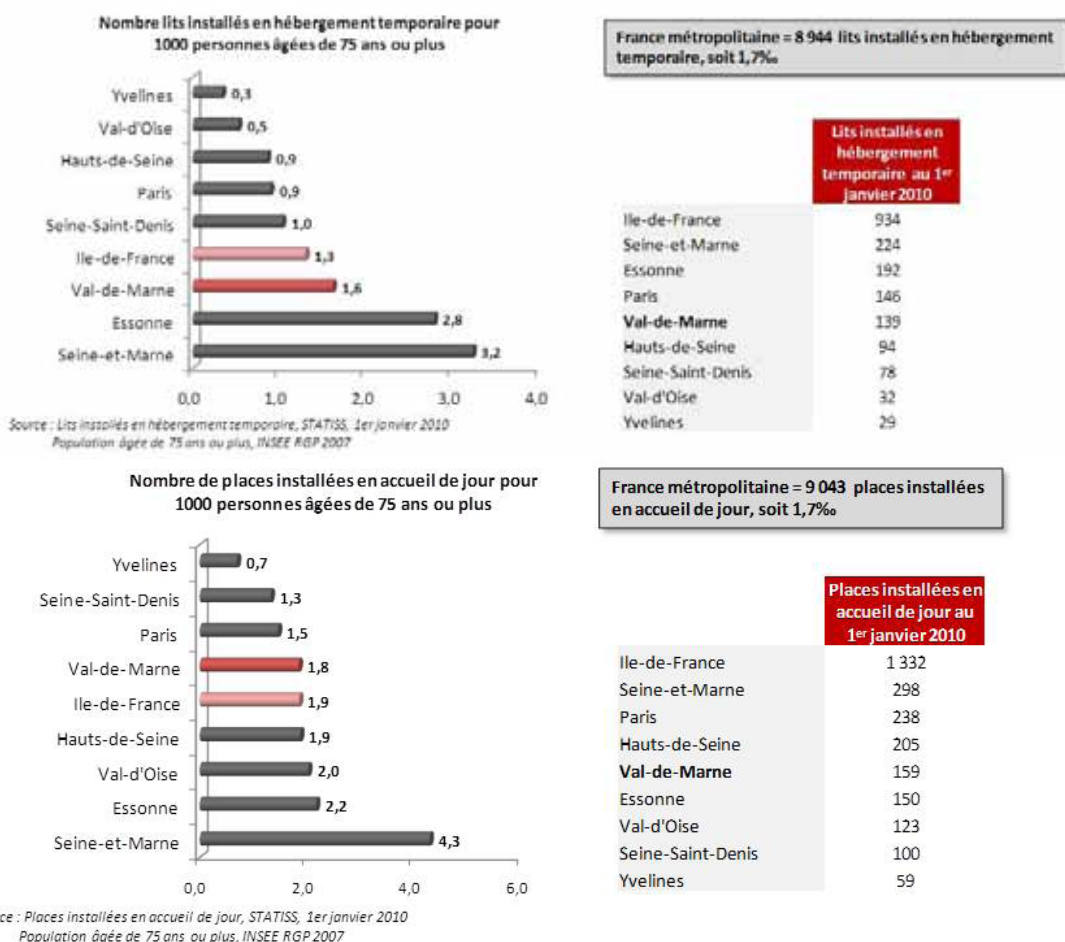
Il existe deux catégories d'accueil temporaire :

- L'hébergement temporaire : la personne âgée vit dans l'établissement le jour et la nuit pendant une durée fixe qui ne peut excéder trois mois dans l'année.
- L'accueil de jour : la personne rejoint son domicile chaque soir.

Ces deux modes d'accompagnement ont été très fortement soutenus par le Conseil général et l'Agence régionale de santé mais la comparaison avec les autres départements de la région montre que si le Val-de-Marne est mieux doté en ce qui concerne l'hébergement temporaire, il est en revanche moins bien équipé en places d'accueil de jour¹⁰.

Il demeure néanmoins des freins importants au recours à ces dispositifs par les personnes âgées, essentiellement du fait de difficultés de solvabilisation.

¹⁰ Les écarts sont toutefois très faibles.



b) Les groupes de paroles et autres initiatives locales en faveur des aidants

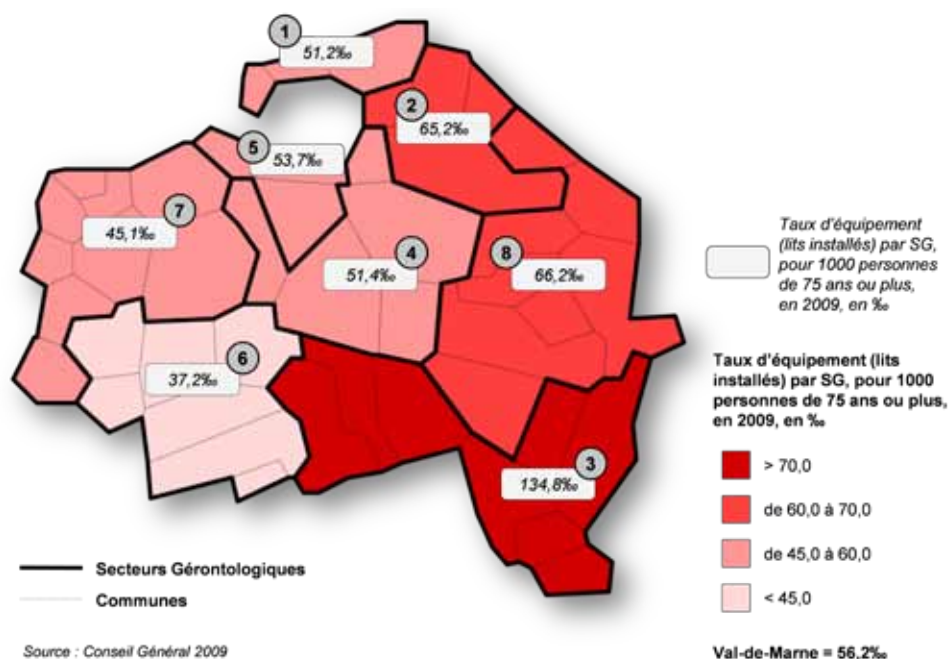
Plusieurs initiatives peuvent être soulignées : les Centres locaux d'information et de coordination ont été vecteurs d'une diversité d'actions ciblées sur la population des aidants, tandis que le Conseil général a participé au financement de l'Université des aidants depuis octobre 2010. Cette initiative propose un programme de 11 actions innovantes visant à expérimenter l'usage des nouvelles technologies par 100 aidants de personnes en perte d'autonomie dans le Val-de-Marne.

La politique d'aide aux aidants s'est concrétisée par de nombreuses actions ciblées. Le développement des structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour répond à l'exigence de proximité et aux attentes des aidants. Les initiatives de type « groupes de parole » se sont très largement multipliées en s'appuyant sur les acteurs locaux. La question du contrôle de l'homogénéité des prestations au sein des structures d'hébergement temporaire demeure toutefois un point de vigilance.

C. UN ÉQUIPEMENT EN EHPAD QUI NE PARVIENT PAS À RÉPONDRE À L'ENSEMBLE DES DEMANDES

1) UN TAUX D'ÉQUIPEMENT PLUS FAIBLE QUE DANS LES AUTRES DÉPARTEMENTS ET UNE RÉPARTITION INÉGALE SUR LE TERRITOIRE VAL-DE-MARNAIS

Durant le second schéma, le Département a autorisé 1 268 places supplémentaires et installé 680 d'entre elles. Toutefois, le Val-de-Marne est toujours moins doté en lits médicalisés que la majorité des départements franciliens (hormis Paris et la Seine-Saint-Denis). Cette situation est liée à la forte urbanisation du département qui induit un coût important du foncier. Par ailleurs, pour une amélioration de la qualité de l'accueil, un certain nombre de restructurations et de fermetures ont été réalisées ces dernières années.



Les taux d'équipement en EHPAD sont très hétérogènes au sein du département avec des ratios allant du simple au triple d'un secteur à l'autre. Cette situation peut amener des personnes à rechercher des solutions d'hébergement en dehors du département. Ainsi, près de la moitié des Val-de-Marnais bénéficiaires de l'APA sont hébergés à l'extérieur du département.

2) UNE PART IMPORTANTE DES RÉSIDENTS HORS VAL-DE-MARNE QUI AURAIENT SOUHAITÉ DEMEURER DANS LE DÉPARTEMENT

Le Conseil général a mené une étude spécifique auprès de 1/3 des « résidents hors département »¹¹ sur une période de référence allant du 1^{er} juin 2009 au 31 mai 2010. Au total, 382 questionnaires ont pu être exploités¹².

L'un des constats de l'enquête réside dans la part importante des personnes interrogées qui auraient souhaité bénéficier d'une place dans le Val-de-Marne (35 %). Selon les répondants, l'accessibilité financière des établissements Val-de-Marnais, et plus largement franciliens, est une des raisons motivant un changement de région. Outre le manque de place et un prix trop élevé contraignant les personnes âgées à quitter le Val-de-Marne, le choix de la localisation géographique de l'établissement s'explique souvent par la volonté de se rapprocher de la famille.

3) UNE ENTRÉE EN INSTITUTION POUR DES RAISONS DE SANTÉ OU DES BESOINS DE SÉCURITÉ

L'étude menée par le Conseil général¹³ sur « les déterminants qui amènent les personnes âgées à vivre en établissements dans le département du Val-de-Marne » indique que pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1, 2, 3), le principal motif de l'entrée en établissement réside dans la dégradation de l'état de santé. C'est donc principalement la problématique du soin qui constituerait le point de rupture entre la vie à domicile et l'entrée en établissement pour les personnes dépendantes. En revanche, pour les personnes les moins dépendantes, c'est le besoin de sécurité qui constitue un motif important, voire essentiel, de l'entrée en établissement. Les établissements ont donc une utilité différente en fonction du niveau de dépendance des personnes concernées.

¹¹ Ce choix a été effectué au regard du nombre important de personnes concernées et de la durée moyenne de séjour dans les EHPAD.

¹² Soit un taux de retour de 50 pour les questionnaires remis à leur destinataire.

¹³ Enquête du Conseil général sur les déterminants qui amènent les personnes âgées à vivre en établissements dans le département du Val-de-Marne. Cette enquête a été menée auprès des établissements du Val-de-Marne pour chaque nouvelle entrée pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009. 40 établissements sur les 56 ont répondu. 1 080 questionnaires ont été retournés.

D. LES POPULATIONS PRÉSENTANT DES PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

1) UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE

La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées constituent un des axes majeurs du développement des dispositifs gérontologiques ces dernières années. Les actions se multiplient en faveur d'une meilleure prise en charge de ces personnes, soutenues à la fois par le Département et par l'État, et s'appuient sur des plans nationaux (et des financements concomitants). Ces actions sont menées tant en direction de personnes vivant à domicile qu'en établissement. L'éventail des dispositifs est ainsi très large du diagnostic jusqu'à l'institutionnalisation.

a) Le diagnostic

Dans le Val-de-Marne, il existe 5 consultations mémoire labellisées, 1 consultation mémoire avancée, tandis que 3 hôpitaux de jour réalisent des évaluations.

b) Les réseaux de coordination autour de la personne vivant à domicile

La coordination gérontologique doit se faire sur les champs sociaux, sanitaires, médico-sociaux. La multiplicité des interventions contribue à la fragmentation si la coordination n'est pas prévue.

Les réseaux gérontologiques, qui relèvent du secteur sanitaire, visent à améliorer l'accompagnement médical, paramédical et social de la personne âgée de plus de 75 ans vivant ou souhaitant rester à domicile, la personne souffrant de maladie chronique invalidante, de la maladie d'Alzheimer ou se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire. Ils coordonnent les intervenants sanitaires et sociaux afin d'optimiser le soutien à domicile, l'accès à une structure de soins si nécessaire, et le retour à domicile après une hospitalisation. On observe notamment l'existence du réseau « Géronto 4 » sur les secteurs 3 et 4.

Sur le département, 2 systèmes MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) d'intégration des services et réseaux sont organisés.

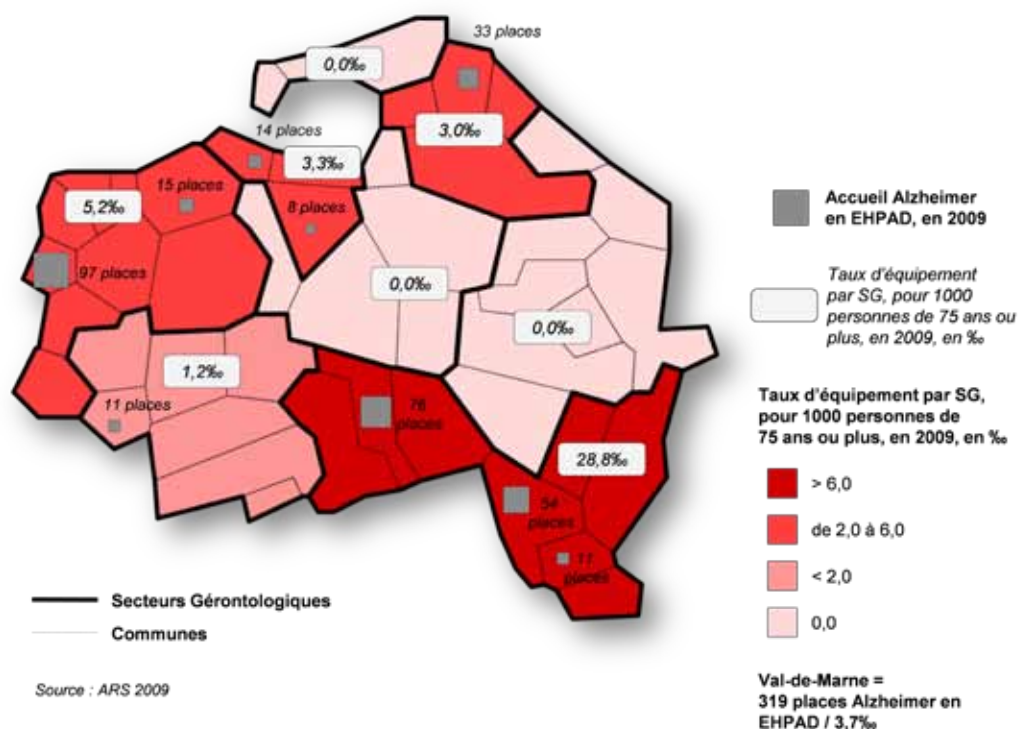
En outre, dans le cadre du plan Alzheimer, des SSIAD renforcés ont progressivement été mis en place. Ils sont constitués d'équipes qui ont vocation à assurer la prise en charge à domicile des malades d'Alzheimer dans le cadre d'une nouvelle prestation de soins d'accompagnement et de réhabilitation.

c) La prise en charge en établissement des maladies neurodégénératives

Trois types de solutions d'hébergement peuvent être proposés aux personnes présentant une maladie neurodégénérative. Le département disposait au 1^{er} janvier 2009 de 870 places d'hébergement, 96 places d'hébergement temporaire et 150 places d'accueil de jour installées pouvant accueillir des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer¹⁴.

En ce qui concerne l'hébergement permanent, il apparaît que celui-ci est encore peu développé sur l'ensemble du territoire. Il existe, en outre, de très fortes disparités selon les secteurs : le taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans variant de 0 à 28. Le centre du département – qui est pourtant fortement équipé en hébergements permanents classiques – et le nord sont particulièrement dépourvus. Si les places ne sont pas toujours « fléchées » Alzheimer, il est toutefois évident que des résidents présentent cette pathologie ou des pathologies similaires en hébergement classique, sans que la prise en charge ne se révèle toujours adaptée (ratio d'encadrement insuffisant et manque de formation des personnels). La déclinaison locale du plan Alzheimer a permis la mise en place des UHR (unité d'hébergement renforcé, destinée aux résidents des EHPAD atteints de formes sévères) et PASA (pôle d'activité et de soin adapté pour les résidents atteints de formes légères à modérées). Des formes d'hébergement temporaire spécialisées pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer existent également, mais sont inégalement réparties sur le département.

14 Données ARS



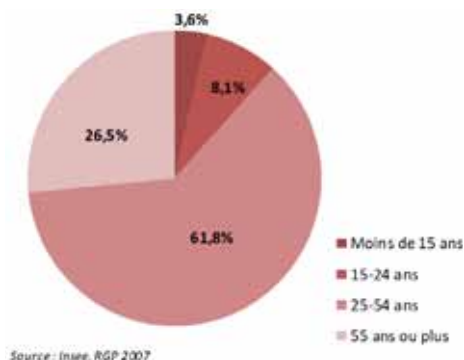
2) LES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

Ce public comprend les personnes aujourd'hui accompagnées par des structures du dispositif handicap (SAVS, SAMSAH, Foyers, MAS, FAM...), mais aussi des personnes qui ont toujours vécu avec leurs aidants (parents, fratrie...) et n'ont jamais fait l'objet d'une prise en charge sur le long terme. Or, le vieillissement des aidants induit d'anticiper les difficultés que ces foyers vont rencontrer. Comme le mentionne le schéma en faveur des personnes en situation de handicap (chiffres 2009), près de 3 400 bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés âgés de 50 à 59 ans devaient dépasser l'âge de 60 ans dans les 10 ans à venir. Des rapprochements ont déjà été initiés entre le secteur du handicap et celui de la gérontologie, notamment par la création de 2 unités spécifiques en EHPAD.

3) LES PERSONNES IMMIGRÉES VIEILLISSANTES

Il est très difficile de disposer de données sur cette population, la plupart des études n'ayant pas établi de distinction entre les personnes immigrées vieillissantes et les autres personnes âgées. On sait néanmoins qu'en 1999, la population immigrée représentait 15 % de la population du département (il s'agit pour 1/3 d'une immigration européenne, pour 28 % maghrébine, pour 16 % asiatique).

Graphique 2 Répartition par âge de la population immigrée dans le Val-de-Marne



¹⁵ Il s'agit ici des places faisant l'objet d'une autorisation et d'un financement spécifique par l'ARS. D'autres établissements disposent de places non recensées par l'Agence régionale de santé.

Le Val-de-Marne comptait 34 foyers de travailleurs migrants ou foyers de travailleurs migrants devenus des résidences sociales, soit 8 383 places¹⁶. Adoma (ex-Sonacotra) mentionnait qu'en 2010, 1/3 des résidents de ses foyers était âgés de 56 ans et plus (ce taux dépassant les 50 % dans certains foyers).

Les personnes immigrées vieillissantes ont plus de difficultés pour accéder aux droits sociaux (dont la pension retraite), aux services de soins et de soutien à domicile, ainsi qu'aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ils sont, par ailleurs, peu présents dans les institutions de personnes âgées : ils représentent 1 % de la population en EHPAD contre 4 % pour l'ensemble de la population francilienne (source : CRAM, 2003). Les principaux freins identifiés au passage d'un foyer à un EHPAD sont d'ordre psychologique et financier. La barrière de la langue est également parfois un obstacle à l'accès aux structures.

E. LA MÉDECINE DE VILLE

Disposant d'une forte densité de médecins (sensiblement égale à celle de l'Île-de-France dont la moyenne doit cependant être pondérée par les chiffres de Paris), le Val-de-Marne, comme l'ensemble des départements, mais avec une acuité moins forte que les territoires ruraux, est confronté à un vieillissement de sa population de médecins libéraux. 40 % d'entre eux ont aujourd'hui plus de 65 ans (source : Ordre des médecins). Dans les 10 prochaines années, il serait nécessaire que 416 nouveaux médecins s'installent dans le Val-de-Marne pour maintenir le même niveau de réponse. Le nombre des inscriptions à l'Ordre des médecins ces dernières années montre que les départs seront loin d'être compensés.

La question de la démographie médicale est d'autant plus prégnante que le soin auprès de patients âgés est une condition *sine qua non* d'un dispositif global de soutien à domicile. Or, cette possibilité de demeurer dans son logement est partiellement remise en question par le manque anticipé de médecins de ville. L'enquête réalisée par le Département auprès des personnes âgées sur le territoire a pu montrer que :

- La visite du médecin à domicile est jugée comme le service le plus indispensable pour préserver une bonne qualité de vie.
- Le médecin est l'interlocuteur vers lequel se retourne la personne âgée après s'être adressée à sa famille, si elle recherche un renseignement concernant une aide ou une prise en charge.

F. UNE EXIGENCE DE QUALITÉ CONTINUE

1) UN ACCOMPAGNEMENT DES SERVICES ET ÉTABLISSEMENTS VERS UNE DÉMARCHE QUALITÉ QUI S'EST APPUYÉE SUR DES OUTILS INNOVANTS ET QUI DEMEURE DANS UNE PHASE DE DÉVELOPPEMENT

a) La contractualisation a favorisé l'engagement des structures autour d'objectifs communs

Au travers du deuxième schéma, le Conseil général a souhaité soutenir la mise en place d'une « démarche qualité » au sein des services et des établissements accompagnant des personnes âgées. En ce qui concerne les services d'aide à domicile, on peut relever plusieurs initiatives :

- Pour les établissements, la dynamique s'est largement appuyée sur celle du conventionnement tripartite, associant, autour d'objectifs définis de manière commune, les structures, l'État et le Conseil général. Contrairement à la plupart des Départements, le Val-de-Marne ne s'est pas arrêté à la simple étape de la signature des conventions, mais a souhaité organiser un véritable suivi.
- Des Contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) ont été initiés par le Département. 18 services autorisés en sont signataires. Leur objectif consiste en particulier à garantir : la continuité du service, la professionnalisation

¹⁶ Données : Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées

des intervenants, l'amélioration continue de la qualité, le soutien financier du Département et la collaboration avec les CLIC.

- Un effort similaire a été porté parallèlement auprès des 31 CCAS du département : ils ont bénéficié d'un soutien *via* une autorisation progressive jusqu'en 2009. Le Département les a par ailleurs soutenus dans l'élaboration des outils-qualité contenus dans la loi 2002-2.

Ce double mouvement de contractualisation du Département avec les services d'aide à domicile concourt à une amélioration sensible de la qualité des interventions *via* des mécanismes d'incitation ou de financement. Toutefois, il demeure difficile de disposer d'une vision exhaustive sur le secteur de l'aide à domicile, notamment en raison du très fort développement des services ces 5 dernières années et de la petite taille d'un grand nombre d'entre eux. Par ailleurs, la part importante de l'emploi direct (50 %) laisse penser que de nombreux bénéficiaires de l'APA sont accompagnés par des personnes peu formées.

b) Un effort soutenu en faveur de la formation

La qualité des prestations à domicile comme en établissement passe également par la formation des intervenants qui interviennent chez la personne âgée. Plusieurs expériences en ce sens peuvent être mentionnées :

- Un travail d'accompagnement à la VAE (Validation des acquis de l'expérience) mené par le Département dans le cadre du Fonds de modernisation de l'aide à domicile, avec pour résultat un taux de personnel disposant du DEAVS (Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale) plus important dans le Val-de-Marne que dans la moyenne des départements.
- Une démarche de formation portée par le groupe « Plate-forme des métiers des services à la personne », co-animée par l'Éducation nationale et le Conseil général.
- La mise en place par le Conseil général d'actions de préformations en faveur des salariés les plus éloignés : une plate-forme mutualisée est expérimentée afin de mettre en commun des outils de gestion des ressources humaines, des formations thématiques, des accompagnements individuels, des accompagnements à la Validation des acquis de l'expérience.
- Des « formations qualité » pour le personnel des établissements qui sont proposées par le Département.

Concernant les établissements, des actions d'accompagnement collectives ou individuelles et des démarches de management de la qualité ont également été développées.

Un travail important a donc été engagé, tant à domicile qu'en établissement, en faveur d'une plus grande qualité des interventions. Que ce soit à partir d'outils spécifiques (les conventions tripartites, les CPOM), ou d'un soutien à la formation, la qualité des accompagnements a fait l'objet d'une politique volontariste de la part du Conseil général. Le niveau de qualification des personnels intervenant auprès des personnes âgées doit néanmoins rester une préoccupation constante.

2) UNE RÉPONSE PLUS FLUIDE À LA DEMANDE D'AIDE SOCIALE

La capacité d'un dispositif à distribuer rapidement l'aide sociale est un gage de qualité. Il s'agit en effet d'éviter les situations d'urgence et de permettre aux personnes âgées de recourir rapidement aux services dont elles peuvent avoir besoin.

Afin de rendre plus fluide le circuit d'attribution, le Conseil général a notamment souhaité mobiliser les Centres communaux d'action sociale. Un guide à leur usage a ainsi été élaboré visant notamment à expliquer les formulaires de demande et d'obligation alimentaire, ainsi que la façon de les remplir et les justificatifs à fournir.

L'évolution des délais de traitement entre la date de dépôt et la date de décision pour les dossiers d'Allo-

cation personnalisée d'autonomie et d'aide sociale est positive. Toutefois, cette évolution reste insuffisante et l'objectif de réduction des délais demeure un axe d'amélioration de la qualité du service rendu à poursuivre.

G. UNE COMPLÉMENTARITÉ DES INTERVENTIONS QUI S'ARTICULE ESSENTIELLEMENT AU NIVEAU LOCAL

La qualité des accompagnements repose largement sur la capacité des acteurs à se coordonner pour assurer la continuité des prises en charge.

1) UNE COORDINATION LOCALE EFFICACE ORGANISÉE AUTOUR DES CLIC

En 2006, deux nouveaux CLIC, dans les secteurs gérontologiques 1 et 6, ont été créés. À ce jour, deux secteurs restent à couvrir (sur les huit secteurs gérontologiques). Mais la création des MAIA et leur vocation à couvrir l'ensemble du territoire invitent à redéfinir la stratégie départementale, en lien avec l'ARS. L'ambition de développer l'intégration de tous les services nécessite de redéfinir le périmètre et le positionnement de la coordination gérontologique.

La question inhérente à la création de structures de coordination à l'échelle d'un département est celle de l'homogénéité des interventions afin que l'intervention d'un CLIC ne soit pas liée de manière contingente aux seules spécificités du territoire, mais relève bien d'une stratégie départementale.

Une évaluation des CLIC a mis en évidence la valeur ajoutée de ces structures. Les atouts sont les suivants : des relations partenariales dynamiques, la couverture du périmètre des missions considérées, une proximité importante avec les professionnels et le public sur le territoire. En ce qui concerne les points d'amélioration, plusieurs éléments ont été soulignés : un maillage non finalisé, une proximité avec les professionnels et le public à renforcer, un manque de relais avec les hôpitaux et une difficulté dans le recrutement et la fidélisation des équipes (qui nuit à la pérennisation des projets dans la durée). Il semble également important de favoriser des liens plus étroits entre les CLIC et les EDS (Espaces départementaux des solidarités) afin, notamment, de toucher plus facilement et de manière encore plus large le public cible.

2) UNE DÉMARCHE DE COORDINATION ENTRE LES INSTITUTIONS DÉPARTEMENTALES DONT LE BILAN EST TRÈS CONTRASTÉ

La complexification des dispositifs, les modes de régulation spécifiques à tel ou tel financeur (dont les marges de manœuvre sont par ailleurs fortement contraintes, quel qu'il soit), ainsi que les enchevêtrements de compétences, nécessitent la définition d'une stratégie partagée au niveau départemental qui est aujourd'hui encore manquante.

▶▶ 2013 / 2017

3^{EME} SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

VAL-DE-MARNE



▶▶ Partie 2
ORIENTATIONS

I. ORIENTATION N° 1 : BIEN VIEILLIR DANS LE VAL-DE-MARNE

La qualité de vie des personnes âgées a été une préoccupation constante des précédents schémas élaborés par le Département. L'évaluation du deuxième schéma a pu montrer la diversité des actions menées afin de permettre aux Val-de-marnais de demeurer dans leur logement : que ce soit en matière d'accessibilité du bâti ou de prévention au sein même de leur domicile. Toutefois, il a bien été noté également que ces initiatives ne répondaient pas encore à la diversité des besoins ni à leur ampleur en raison du vieillissement croissant de la population.

Dorénavant, le vieillissement doit être davantage considéré comme une richesse qu'une charge pour la collectivité. Il convient donc d'éviter deux écueils : réduire la partie la plus âgée de la population aux seules personnes dépendantes en la considérant uniquement en termes de coûts et regarder les retraités les plus jeunes comme une simple cible de consommation. En effet, la plupart des plus âgés se situent entre ces deux populations. Il ne s'agit plus, dès lors, de soutenir la personne âgée dépendante dans son environnement mais bien d'accompagner les personnes à chaque étape de leur vie et de s'appuyer aussi bien sur leur savoir que sur leur temps disponible qui constituent, l'un et l'autre, une richesse pour la société dans son ensemble.

Le « bien vieillir » implique une réflexion autour de la notion de « qualité » des prises en charge qui peuvent être proposées, notamment pour répondre à l'exigence du respect de la dignité de la personne âgée. Là aussi, si l'évaluation a pu mettre en évidence qu'un travail important a été engagé ces 5 dernières années en faveur du soutien des établissements et services dans la mise en œuvre d'une démarche qualité, les efforts doivent être poursuivis. Toutefois, comme ont pu le rappeler les participants aux groupes de travail, les contraintes financières d'une part et la récurrence de pathologies lourdes à gérer d'autre part, constituent des freins à l'amélioration de la qualité.

Enfin, il est important que le Conseil général, en lien avec les autres financeurs, soit en capacité d'offrir aux personnes âgées la possibilité de demeurer dans le département si elles le souhaitent.

Ainsi, cette première orientation vise à identifier l'ensemble des facteurs sur lesquels il est aujourd'hui indispensable d'agir pour permettre à chacun de bien vieillir dans son logement, sa ville, son département.

A. OBJECTIF 1-1 : SOUTENIR LA PERSONNE ÂGÉE DANS SON ENVIRONNEMENT

La volonté du Département de travailler avec les partenaires locaux et départementaux sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées implique de penser les adaptations de l'environnement de la personne au-delà de son simple logement. Loin de vouloir développer des ateliers spécifiques pour les personnes âgées, le schéma engage une réflexion plus ouverte sur la place des seniors dans les territoires et sur l'importance de penser les activités, les aménagements, les manifestations organisées par les Communes, les associations... Il sera notamment intéressant, tout au long de la durée de vie de ce schéma, de partager les bonnes pratiques qui peuvent émerger sur le territoire du département.

►► Action 1 : L'adaptation de la ville au vieillissement de sa population

►► Action 2 : Un réseau d'échanges inter-collectivités

Les personnes âgées souhaitent avant toute chose demeurer autant que faire se peut à leur domicile. L'enquête qui a été menée auprès de résidents en établissement ayant intégré un EHPAD en 2010 a montré que ces personnes avaient quitté leur logement quand leur santé ne leur permettait plus de demeurer seules ou lorsque leur habitat était devenu inadapté à leur dépendance.

Le premier champ d'intervention des acteurs du dispositif gérontologique est donc le domicile même de la personne âgée, d'autant que les participants au groupe de travail ont clairement mis en avant l'importance de

privilégier l'adaptation à la mutation. Dans la continuité de ce qui a été réalisé depuis 5 ans, le Conseil général et ses partenaires doivent mener un ensemble d'actions permettant d'adapter le logement, notamment dans l'optique d'éviter des chutes qui conduisent régulièrement à une hospitalisation. Si ces adaptations peuvent se limiter à l'aménagement des sanitaires, par exemple, ou à la suppression d'une marche, il peut être intéressant de s'appuyer sur le réseau de laboratoires et d'entreprises qui œuvrent aujourd'hui dans le secteur de l'adaptation du bâti afin de favoriser les innovations et de répondre à tout un panel de situations.

Le Pôle Allongement de la Vie Charles Foix fédère les acteurs du « bien vivre, plus longtemps », et compte parmi ses membres Sol'iage, grappe d'entreprises et de compétences rassemblant les acteurs franciliens du secteur des gérontechnologies et des solutions innovantes pour le bien vieillir. L'objectif consiste à initier des solutions qui se concrétisent à travers des produits et/ou services répondant aux besoins des personnes âgées et des « aidants ». Elles sont orientées vers le soutien à domicile et/ou vers l'optimisation du fonctionnement et du bien-être en institution. Il peut ainsi contribuer à l'émergence et à la diffusion de nouvelles solutions répondant aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants. En outre, le Pôle développe actuellement son axe sociétal, notamment pour apporter un regard nouveau sur le vieillissement mais aussi pour mieux appréhender les besoins des personnes âgées en matière de vie sociale, citoyenne et de pratique de la ville et du territoire.

Les Villes et leur CCAS constituent naturellement des partenaires privilégiés dans le cadre de l'ensemble des actions qui visent à soutenir les personnes âgées au sein de leur environnement.

En complémentarité avec l'ensemble des acteurs qui interviennent au domicile de la personne âgée, les Communes doivent pouvoir amplifier l'axe préventif, notamment dans le secteur de l'habitat et du logement. À ce titre, des actions de sensibilisation et des expérimentations peuvent être engagées. Si le logement ne peut pas être adapté ou si la personne ne se sent plus en sécurité chez elle, l'atout du dispositif départemental que constitue la présence de solutions intermédiaires doit être exploité afin de maintenir la personne dans un environnement où son niveau d'autonomie sera préservé, voire amélioré.

Quatre fiches actions ont été élaborées afin de répondre à ces problématiques :

▶▶ **Action 3 : Une cellule prospective sur le mode d'habiter**

▶▶ **Action 4 : La possibilité de demeurer dans son logement**

▶▶ **Action 5 : Les structures intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD**

▶▶ **Action 6 : Le développement de l'accueil familial**

La prévention au sein du logement et de la Cité passe également par un panel d'interventions qui touchent davantage aux secteurs de la mobilité, de la santé et du maintien des liens sociaux. Il s'agit de faire en sorte que le soutien de la personne pour qu'elle demeure au sein de son domicile ne soit pas en soi un facteur de risque : en la confinant dans son logement ce qui entraîne souvent une rupture de liens et parfois une tendance dépressive ; en limitant ses déplacements et diminuant ainsi progressivement son autonomie ; en restreignant les soins auxquels elle peut avoir besoin d'accéder. En outre, la création de relations sociales peut aussi se faire au travers d'actions intergénérationnelles permettant à la fois la mixité des publics jeunes et moins jeunes, ainsi que des modes originaux de valorisation de l'expérience des personnes âgées. Les communes, leur CCAS, mais aussi la DDCS qui a la responsabilité de la vie associative dans le département, peuvent intervenir en soutien des actions qui rassemblent plusieurs générations.

Quatre fiches-actions visent ainsi à améliorer la qualité de vie des personnes au sein de leur environnement :

▶▶ **Action 7 : Les actions contre l'isolement**

▶▶ **Action 8 : Les échanges intergénérationnels**

▶▶ **Action 9 : De nouvelles solutions pour répondre à la problématique des transports**

►► **Action 10 : Les actions de prévention pour assurer le maintien de l'autonomie**

Comme l'a montré la partie Évaluation, il existe de très nombreuses initiatives concourant aussi bien à l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées qu'au maintien de leur autonomie. Un nombre important d'entre elles est mené par les Communes et leurs CCAS. Toutefois, il est encore difficile, tant pour les personnes âgées que pour les professionnels, d'avoir accès à l'information qui leur permettrait de déclencher l'intervention des structures les plus à même de répondre à leurs besoins.

Afin de répondre à ces deux problématiques, deux actions sont prévues :

►► **Action 11 : La proximité de l'information**

►► **Action 12 : Un portail Internet pour l'autonomie des personnes âgées**

B. OBJECTIF 1.2 : AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE

Si les premières actions impliquent un pilotage multiple entre le Conseil général et une forte diversité de partenaires, le second objectif vise à améliorer la qualité des réponses apportées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux et mobilise principalement les deux financeurs majeurs, le Conseil général et l'Agence Régionale de Santé. L'articulation entre le schéma départemental et le schéma régional d'organisation médico-sociale est pour cela essentielle.

L'approche qualité des prestations ne peut se penser uniquement à travers la technicité des actes réalisés. Au-delà de la réponse médico-sociale et sanitaire apportée par des professionnels, il est nécessaire de pouvoir interroger régulièrement les personnes âgées sur la qualité des prestations qui leur sont offertes, aussi bien que sur leur appréciation générale de la qualité des dispositifs qui leur sont dédiés. Respecter la dignité de la personne doit être le fil conducteur de toute intervention.

►► **Action 13 : La parole des personnes âgées**

Beaucoup d'efforts ont été réalisés par le Département, l'État et les structures accompagnant les personnes âgées afin de garantir la qualité des prises en charge. Toutefois : d'une part le niveau de qualité est hétérogène et le nombre important d'établissements et services ne facilite ni le pilotage, ni le contrôle du dispositif ; d'autre part, si les services évoluent, les besoins des populations concernées se diversifient de plus en plus. La réponse à ces attentes implique davantage de souplesse dans les interventions des uns et des autres et un éventail d'offres plus important qui soit à même de satisfaire les spécificités de chacune des demandes. Une estimation des besoins en établissement sera établie en fonction des décisions arrêtées dans le schéma régional d'organisation médico-sociale qui devrait être adopté fin 2012.

►► **Action 14 : L'amélioration de l'offre en établissements et services sur le territoire**

Le travail qui doit être réalisé sur l'offre ne se limite pas à une dimension quantitative. L'axe « qualité des prestations » est tout aussi fondamental afin de poursuivre les efforts déjà réalisés par les structures, soutenues dans leur démarche par le Conseil général et l'ARS. Outre la formation des personnels, c'est aussi leur diversité au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) qu'il faut rechercher afin de répondre à des prises en charge de plus en plus lourdes et de plus en plus techniques. Les marges de manœuvre ne doivent pas borner le thème de la qualité au champ de la gestion. Elles sont à rechercher dans l'ingéniosité de chaque partie prenante aux modes d'accompagnement de la personne âgée.

Deux fiches actions traitent ces problématiques spécifiques :

►► **Action 15 : La qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

►► **Action 16 : La promotion de la formation des acteurs**

Par ailleurs, il est d'ores et déjà important d'intégrer, dans cette évolution de l'offre, la baisse des revenus d'une partie de la population âgée : elle questionne en effet la capacité du dispositif non seulement à offrir des places en nombre suffisant mais également financièrement accessibles.

►► Action 17 : L'accessibilité économique des établissements

Un nombre important de personnes âgées, notamment dans certains territoires du département, utilisent le mode de l'emploi direct dans le cadre de l'APA. Outre les difficultés de gestion qu'induit l'emploi d'une tierce personne, il est nécessaire de porter un regard particulier sur la qualité des prestations proposées et sur la formation des intervenants au domicile du bénéficiaire.

►► Action 18 : Le suivi des personnes âgées employeurs

II. ORIENTATION N° 2 : UN ACCOMPAGNEMENT INDISPENSABLE DES AIDANTS NATURELS

Les deux premiers schémas départementaux visaient à mettre les usagers au centre du dispositif en rappelant que la finalité des actions engagées ne devait pas faire oublier la nécessité d'adaptation et de souplesse devant la diversité des besoins. Les développements de ces 10 dernières années ont permis de nets progrès en matière de prise en charge des personnes âgées : sur la qualité des prestations, sur la coordination des acteurs, sur les innovations qui pouvaient être proposées.

Le Département et ses partenaires ont souhaité placer les aidants non professionnels, au même titre que les personnes âgées, au centre de leurs réflexions.

De même que la population âgée recouvre une grande diversité de situations (retraités, personnes âgées mais autonomes, personnes âgées dépendantes, personnes isolées, personnes présentant des troubles neurodégénératifs...), les aidants ne constituent pas une catégorie homogène : il peut s'agir le plus souvent du conjoint, mais aussi des enfants, des proches parents, des voisins...

A. OBJECTIF 2.1 : DÉVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS

En premier lieu, un des enjeux – qui est aussi une des difficultés majeures – réside dans l'identification et le recensement des aidants. Beaucoup d'entre eux exercent cette fonction sans en avoir conscience : qu'ils l'ignorent, qu'ils le nient, qu'ils se sentent coupables ou démunis, de nombreux conjoints ou enfants sont isolés devant la nature de la prise en charge et l'importance des sollicitations auxquelles ils doivent répondre. L'identification des aidants, dans le but de leur apporter une aide, doit concerner l'ensemble des acteurs du social et du médico-social. C'est le cas des services intervenant à domicile, des médecins, comme des Communes et de leurs Centres communaux d'action sociale. Peuvent également être concernés tous les professionnels de proximité et les professions libérales qui doivent, de fait, pouvoir mobiliser et transmettre l'information nécessaire aux aidants. Le nombre de personnes concernées, la diversité de leur profil et l'hétérogénéité de leurs besoins rendent toutefois la tâche complexe.

►► Action 19 : L'identification des besoins des aidants familiaux

La diversité des réponses doit être en adéquation avec la diversité des besoins. Toutefois, quelques principes généraux traversent la plupart des situations : c'est le cas du sentiment de culpabilité et de celui de désœuvrement lorsque la personne dépendante a été prise en charge. Par ailleurs, il semble important de travailler davantage à la promotion du droit aux loisirs et du droit au travail – beaucoup d'aidants étant dans l'obligation d'abandonner ou de réduire leur activité professionnelle et de renoncer partiellement ou complètement à leurs loisirs pour assurer leur rôle d'aidant.

Les lieux d'échange existent dans le département et répondent à un réel besoin pour les aidants. Leur contenu et les modalités de réussite pourraient être discutés afin d'essaimer les bonnes pratiques dans le département.

►► **Action 20 : L'expression, l'écoute et la formation des aidants**

►► **Action 21 : La diversification des modalités d'accompagnement**

B. OBJECTIF 2.2 : DÉVELOPPER LES SOLUTIONS DE RÉPIT

Des solutions de répit ont également été mises en œuvre sur le territoire : le diagnostic a montré que leur répartition dans le département peut être améliorée et que leur fonctionnement appelle éventuellement des aménagements. En effet, le cumul du coût journalier de l'accueil de jour ou de l'hébergement temporaire avec les dépenses liées au transport et les charges permanentes du domicile a souvent pour effet que les aidants ne peuvent pas bénéficier de ces structures de répit.

Au-delà, il s'agit également de favoriser les solutions innovantes qui permettront de répondre à la diversité des besoins, y compris au besoin de vacances que peuvent exprimer les aidants.

Les freins à l'accès aux accueils temporaires sont bien identifiés et des solutions existent permettant de les lever partiellement. Les modalités de leur généralisation pourraient être discutées afin de favoriser le droit au répit sur l'ensemble du département.

►► **Action 22 : Les possibilités d'accueil des aidés**

III. ORIENTATION N° 3 : UN PARCOURS DE QUALITÉ

La coordination est un axe majeur de réflexion au sein des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux. Les dispositifs sont en effet soumis à des évolutions constantes, liées soit aux besoins des bénéficiaires, soit à de nouvelles réglementations. Il en résulte une complexification croissante qui peut rendre floues les frontières entre les compétences des uns et des autres et donner aux acteurs le sentiment d'être isolés dans leurs interventions. Aussi est-il indispensable de faciliter les liens entre les différents intervenants afin que le parcours de la personne âgée ne se transforme précisément pas en un « parcours du combattant ».

C'est précisément le rôle dévolu aux systèmes MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) qui réunissent, autour de plusieurs instances, aussi bien les financeurs que les professionnels. Ils constituent un guichet unique et un lieu d'orientation de la prise en charge pour construire un parcours de prise en charge personnalisé avec l'aide du coordonnateur. La généralisation de ces dispositifs prévue durant la période du nouveau schéma constitue un axe majeur de développement.

Outre les instances existantes ou appelées à se développer, le schéma peut initier son propre mode de pilotage au travers d'un comité stratégique *ad hoc* dont le rôle et les missions consisteraient à la fois à s'assurer de la mise en œuvre progressive des actions contenues dans le schéma, mais également à identifier les écueils qui demeurent ou ceux qui émergent, afin de maintenir la cohérence des interventions de l'ensemble des principaux financeurs (le Conseil général, l'ARS, la CNAV et la DDCS).

A. OBJECTIF 3.1 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS DE COORDINATION SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

Dans ce domaine, le Conseil général peut s'appuyer sur les Centres locaux d'information et de coordination

gérontologique, qui représentent, sur les territoires, un atout important en matière de politique gérontologique. L'ensemble des acteurs reconnaît en effet leur valeur ajoutée en termes de création et de structuration des liens, ainsi que leur capacité à favoriser la construction d'outils. Si une hétérogénéité demeure encore entre les différents Centres locaux d'information et de coordination gérontologique, le Conseil général a souhaité mettre en place des outils et assurer un suivi permettant de piloter de manière cohérente ce dispositif. Un cahier des charges a ainsi été mis en place déterminant le rôle et les missions de ces structures. Elles doivent :

- Constituer une fonction ressource (accueil, information, orientation...) pour les publics et pour les professionnels au niveau départemental et au niveau de chaque secteur.
- Fédérer les actions et les projets institutionnels, celles du secteur associatif et du secteur marchand et non marchand en faveur de la prise en compte des personnes âgées.
- Favoriser l'articulation des interventions sanitaires et médico-sociales, mobiliser les compétences pluridisciplinaires disponibles sur les secteurs.
- Développer de nouvelles réponses en matière de prévention et de prise en compte des besoins en compensation.
- Contribuer à l'observation de ces publics âgés et au diagnostic local en matière de besoins en compensation et rechercher une mutualisation des réflexions sur la compensation pour les publics « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

L'articulation des interventions ne doit évidemment pas s'organiser uniquement au niveau local. Il est important qu'au niveau départemental les financeurs et pilotes puissent travailler la complémentarité de leurs modalités d'intervention. Le système MAIA constitue une modalité opératoire intéressante qui pourra alimenter les réflexions de l'ensemble des partenaires du dispositif.

Un tableau synthétisant la diversité des partenaires institutionnels intervenant dans le champ de la gérontologie est proposé en annexe du schéma. Il met en évidence la complexité du dispositif en raison des missions de chacun qui sont susceptibles de se croiser et des plans spécifiques que tel ou tel organisme peut adopter, qui ne sera pas systématiquement coordonné avec celui des autres.

La coordination peut être promue par des structures dédiées à cette mission, par des temps de rencontre entre les différentes structures ou par la complémentarité des interventions des uns et des autres. C'est le but recherché par le premier objectif. Il n'est donc pas un des pans du dispositif, du plus individualisé (comme l'adaptation du logement) au plus global (comme le soutien aux EHPAD), qui ne relève pas d'une compétence partagée entre deux ou plusieurs institutions.

Or, les enjeux identifiés et les défis à venir sont nombreux et d'une importance toute particulière. L'évaluation du dispositif a permis l'émergence de questionnements spécifiques. Soit certains besoins n'ont pas fait l'objet de réponse appropriée, soit il s'agit de réinterroger la cohérence à donner aux actions mises en œuvre ces 5 dernières années.

►► Action 23 : Le pilotage de la politique gérontologique dans le Val-de-Marne

C'est désormais le renforcement de la place des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique, l'homogénéité de leur positionnement au sein des territoires et les modalités de leur articulation avec le système MAIA qu'il faut viser.

►► Action 24 : La coordination par les acteurs locaux

Un des objectifs du schéma consiste à coordonner, notamment via les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique, les acteurs qui interviennent directement auprès de la personne âgée et ce à chaque extrémité de la chaîne de la prise en charge. Sont ainsi concernés aussi bien l'évaluation de chacune des situations, que l'accompagnement à la fin de vie. Lors de chacune de ces étapes, il est indispensable que la personne puisse se sentir entourée, accompagnée, sans que, pour autant, les professionnels ne se succèdent

sur son lieu de vie (qu'il s'agisse du domicile ou de l'établissement). Un des postulats de la bienveillance réside à la fois dans le respect de l'intimité de la personne et dans la nécessité que le dispositif : premièrement ne multiplie pas les intervenants, deuxièmement assure que le parcours de la personne ne connaisse aucune rupture d'information ou de prise en charge. Ce type de rupture intervient notamment à la sortie de l'hôpital sous l'effet combiné d'une durée moyenne de séjour qui s'est réduite et d'un manque récurrent de préparation de la sortie. Le retour au domicile devient alors très complexe, occasionnant régulièrement un retour aux urgences. Les liens doivent parallèlement être organisés entre la médecine de ville et les hôpitaux.

Les services sociaux pourraient travailler sur la sortie du patient âgé, activer les réseaux existants, mobiliser les acteurs qui le connaissent et informer le médecin traitant des examens effectués pendant le séjour. Ce type de pratique existe par ailleurs déjà sur certains territoires : il s'agirait donc de les étendre.

►► **Action 25 : La coordination ville/hôpital**

B. OBJECTIF 3.2 : FLUIDIFIER LES PARCOURS

Il s'agit, par ce second objectif, de rappeler et conforter l'existence de leviers qui peuvent être actionnés pour que, sans que des temps spécifiques à l'échange entre les acteurs soient organisés, la prise en charge de la personne soit fluide, sans rupture et sans que lui soient par ailleurs demandées à plusieurs reprises les informations qui la concernent et dont chaque intervenant peut avoir effectivement besoin.

En outre, l'évolution des technologies et les innovations au sein même des administrations publiques doit pouvoir faciliter les démarches, de quelque nature que ce soit, des personnes âgées et de leur famille.

Deux actions doivent étendre ou améliorer l'utilisation d'outils existants :

►► **Action 26 : L'élaboration d'un processus commun d'évaluation**

►► **Action 27 : La modernisation du service public et l'innovation**

▶▶ 2013 / 2017

3^{EME} SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

VAL-DE-MARNE



▶▶ Partie 3
**PROGRAMME
D' ACTIONS**

ORIENTATION N° 1 : BIEN VIEILLIR DANS LE VAL-DE-MARNE

OBJECTIF 1-1 : SOUTENIR LA PERSONNE ÂGÉE DANS SON ENVIRONNEMENT

- ▶▶ Action 1 : L'adaptation de la ville au vieillissement de sa population
- ▶▶ Action 2 : Un réseau d'échanges inter-collectivités
- ▶▶ Action 3 : Une cellule prospective sur le mode d'habiter
- ▶▶ Action 4 : La possibilité de demeurer dans son logement
- ▶▶ Action 5 : Les structures intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD
- ▶▶ Action 6 : Le développement de l'accueil familial
- ▶▶ Action 7 : Les actions contre l'isolement
- ▶▶ Action 8 : Les échanges intergénérationnels
- ▶▶ Action 9 : De nouvelles solutions pour répondre à la problématique des transports
- ▶▶ Action 10 : Les actions de prévention pour assurer le maintien de l'autonomie
- ▶▶ Action 11 : La proximité de l'information
- ▶▶ Action 12 : Un portail Internet pour l'autonomie des personnes âgées

OBJECTIF 1.2 : AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE

- ▶▶ Action 13 : La parole des personnes âgées
- ▶▶ Action 14 : L'amélioration de l'offre en établissements et services sur le territoire
- ▶▶ Action 15 : La qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ▶▶ Action 16 : La promotion de la formation des acteurs
- ▶▶ Action 17 : L'accessibilité économique des établissements
- ▶▶ Action 18 : Le suivi des personnes âgées employeurs

ORIENTATION N° 2 : UN ACCOMPAGNEMENT INDISPENSABLE DES AIDANTS NATURELS

OBJECTIF 2.1 : DÉVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS

- ▶▶ Action 19 : L'identification des besoins des aidants familiaux
- ▶▶ Action 20 : L'expression, l'écoute et la formation des aidants
- ▶▶ Action 21 : La diversification des modalités d'accompagnement

OBJECTIF 2.2 : DÉVELOPPER LES SOLUTIONS DE RÉPIT

- ▶▶ Action 22 : Les possibilités d'accueil des aidés

ORIENTATION N° 3 : UN PARCOURS DE QUALITÉ

OBJECTIF 3.1 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS DE COORDINATION SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

- ▶▶ Action 23 : Le pilotage de la politique g erontologique dans le Val-de-Marne
- ▶▶ Action 24 : La coordination par les acteurs locaux
- ▶▶ Action 25 : La coordination Ville/hôpital

OBJECTIF 3.2 FLUIDIFIER LES PARCOURS

- ▶▶ Action 26 : L'élaboration d'un processus commun d'évaluation
- ▶▶ Action 27 : La modernisation du service public et l'innovation

**ORIENTATION N° 1 :
BIEN VIEILLIR DANS LE VAL-DE-MARNE**

OBJECTIF 1-1 : SOUTENIR LA PERSONNE ÂGÉE DANS SON ENVIRONNEMENT

L'adaptation de la Ville au vieillissement de sa population

(En lien avec la fiche action N° 24 du schéma en faveur des personnes handicapées : La poursuite des actions favorisant la vie dans la cité par l'accès aux loisirs, aux sports et à la citoyenneté)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

L'espace urbain doit pouvoir être aménagé pour que la personne âgée soit en capacité de s'y mouvoir et maintenir, autant que possible, des liens sociaux afin de ne pas se retrouver fortement isolée. Au-delà de l'adaptation de l'espace, il est également important que les collectivités garantissent une place à la personne, autonome ou non, au sein de la Cité. En outre, des lieux d'activités et de loisirs, dédiés aux seniors ou ayant une visée intergénérationnelle, doivent également être pensés.

Cette question de l'adaptation implique de pouvoir associer les personnes âgées aux aménagements nécessaires. (cf. la fiche actions N° 13 « La parole des personnes âgées »)

L'adaptation de la ville au vieillissement de la population doit être traitée en abordant de manière spécifique l'articulation avec d'autres enjeux d'aménagement :

a - La notion de « ville des courtes distances » (marchés et services à proximité des lieux d'habitation).

b - La lutte contre les « îlots de chaleur urbains », sujet important pour permettre aux personnes âgées, très exposées à ce risque, de vivre dans la Cité.

Ces réflexions pourraient être développées notamment à l'occasion de la révision du Schéma directeur de la Région Île-de-France (SDRIF).

OBJECTIF VISÉ

- Aménager les espaces publics de manière à répondre aux besoins de la population vieillissante

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Développer la prise en compte et l'articulation avec les programmes locaux de l'habitat
- Recenser *via* les Communes et/ou les bailleurs, les espaces publics extérieurs de proximité où pourraient être organisés des ateliers collectifs
- Profiter des opportunités que représentent les contrats de développement territoriaux pour aménager

l'espace urbain en tenant compte des besoins des personnes âgées

- Formaliser une collaboration avec l'Institut d'urbanisme de Paris autour d'actions qui permettront des réflexions communes sur la problématique des personnes en perte d'autonomie dans l'espace urbain val-de-mar-nais
- Développer une expertise d'usage associant les personnes âgées au repérage des difficultés et des solutions possibles pour éviter l'exclusion des personnes en perte d'autonomie dans les projets d'aménagement
- Élaborer un document de communication qui identifierait les bonnes et les mauvaises pratiques en matière d'aménagement (et préciserait les risques d'exclusion des personnes âgées)

Celui-ci développera une information aux bailleurs sociaux et privés sur l'existence d'une Maîtrise d'oeuvre urbaine et sociale (MOUS) spéciale dédiée à l'adaptation des logements à la perte d'autonomie, ainsi que les conditions de dégrèvement de Taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) pour les travaux d'adaptation du logement.

PILOTE DE L'ACTION

- Conseil général

AUTRES ACTEURS

- Villes
- Délégation départementale de l'UNCCAS
- Association des Maires du Val-de-Marne
- Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

La mise en œuvre de cette action dépend très largement du partenariat avec les Communes

Un réseau d'échanges inter-collectivités

(Action commune aux fiches action N° 10 et N° 15 du schéma en faveur des personnes handicapées)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

On recense de nombreux dispositifs développés en particulier par les Villes à destination des personnes âgées qui souvent ne sont pas identifiés et connus des autres acteurs potentiels et qu'il convient de diffuser dans le département. Le partage des bonnes pratiques, comme la capacité à s'appuyer sur les expériences menées par d'autres Communes pour éviter de rencontrer les mêmes écueils, doivent favoriser le déploiement de solutions innovantes sur l'ensemble du territoire.

OBJECTIFS VISÉS

- Recenser les bonnes pratiques existantes
- Prévenir la dépendance

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Constituer un réseau départemental inter-collectivités d'échange et de partenariat
- Réaliser, au sein des Communes, un état des lieux des pratiques et initiatives en matière d'accessibilité et de mobilité, aménagement, sports, loisirs, culture...
- Poursuivre les actions favorisant la vie dans la cité par l'accès aux loisirs, aux sports et à la citoyenneté (Modalité commune à la fiche action N° 24 du schéma en faveur des personnes handicapées)
- Permettre le partage de bonnes pratiques en matière de mobilité et d'accessibilité à la Cité et à la vie sociale
- Identifier les actions mises en œuvre qui pourraient avoir une déclinaison spécifique en faveur des personnes âgées en ce qui concerne leur participation à la vie sociale (sport, loisirs, culture...)

PILOTE DE L'ACTION

- Conseil général

AUTRES ACTEURS

- Villes
- Délégation départementale de l'UNCCAS
- Association des Maires du Val-de-Marne
- Conseil de l'ordre
- Direction départementale de la cohésion sociale
- CNSA
- Caisse nationale d'assurance vieillesse

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Le recensement des bonnes pratiques implique une remontée de l'information constante des Communes vers le Département

Une cellule prospective sur le mode d'habiter

(Action commune à la fiche action N° 21 du schéma en faveur des personnes handicapées)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Les modes d'habitat doivent pouvoir évoluer avec les besoins des personnes âgées dans toute leur diversité. Le département du Val-de-Marne abrite un ensemble d'acteurs qui sont en capacité d'innover dans le sens d'une plus grande adaptabilité du logement. L'intégration des nouvelles technologies, dont la domotique notamment, constitue une opportunité de faciliter la vie d'une personne âgée au sein de son logement.

Si les bonnes pratiques en la matière peuvent mettre du temps à se généraliser, il est important de fédérer les acteurs autour de la problématique d'un habitat adaptable afin que le soutien à domicile se fasse dans les meilleures conditions possibles.

OBJECTIF VISÉ

- Imaginer l'évolution de l'habitat pour développer dès à présent les projets qui permettront à la personne âgée de demeurer à son domicile

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Anticiper les adaptations nécessaires des formes de logement et de leur accessibilité en fonction des perspectives d'évolution des besoins et attentes des usagers, ainsi que de l'évolution du contexte économique, social, politique etc.
- Proposer une évaluation continue des besoins en matière de logement
- Rapprocher les concepteurs et les innovateurs des personnes qui prescrivent l'aide technique
- Mettre en place des rencontres professionnelles sur cette thématique (à titre d'exemple : conférence sur le logement en lien avec l'AORIF et le PRIF)
- Travailler avec les entreprises, les laboratoires et les centres de recherches sur les innovations à développer pour adapter le logement à l'apparition et au développement de la dépendance (par exemple, développer l'échange de données ; favoriser les expérimentations dans le Val-de-Marne, en particulier avec le Pôle Allongement de la vie Charles Foix).

- Soutenir, dans ce cadre, les PME et PMI dans les réflexions qu'elles peuvent mener en terme d'adaptation de leurs produits et services aux besoins de la population âgée
- Promouvoir l'aménagement du logement (adaptation et prévention des accidents domestiques...) avec les bailleurs et les écoles d'architecture et de design en lien avec la bourse Charles Foix « Vivre bien, plus longtemps ». La cellule pourrait intégrer les réflexions déjà en cours au PRIF : un projet de site internet sur l'adaptation du logement, ainsi qu'une maquette sur l'habitat adapté
- Mener des campagnes auprès des bailleurs publics et privés pour valoriser l'habitat modulable et durable, la mixité, afin d'offrir une diversité de solutions
- Identifier avec les bailleurs sociaux l'opportunité de mettre en place une bourse des logements adaptés
- Étudier la possibilité de mettre en place une compensation du surcoût du loyer ou un maintien de l'ancien loyer en cas de mutation de la personne vers un logement plus coûteux (cf. art 61/CCH : L.442-3-1 de la loi MOLLE)

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement

AUTRES ACTEURS

- Caisses de retraite
- Bailleurs
- PACT 94

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Disposer au préalable d'une méthodologie déterminant de manière consensuelle les critères d'accessibilité des immeubles

La possibilité de demeurer dans son logement

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

La plupart des personnes âgées vivent à leur domicile. La plupart souhaitent y rester. Le dispositif de soutien à domicile a pu démontrer son efficacité. Les actions qui ont pu être mises en œuvre (subvention pour l'adaptation du logement, intervention des ergothérapeutes, sensibilisation des offices d'HLM...) permettent aux bénéficiaires de demeurer plus longtemps dans leur logement dans des conditions dignes. Toutefois, le besoin est très loin d'être couvert. Ainsi, plus de 2/3 des personnes âgées sont logées dans du parc immobilier non accessible et ressentent la solution du relogement comme un déracinement et un traumatisme.

OBJECTIF VISÉ

- Permettre à la personne âgée de demeurer à son domicile

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Élaborer un outil de repérage des difficultés liées à l'inadaptation du logement qui serait diffusé auprès des services de proximité (services sociaux, EMS, SAAD, SSIAD, agents municipaux, gardiens...)
- Développer la visite d'ergothérapeutes en lien, par exemple, avec un organisme extérieur
- Identifier les facteurs déclenchants de leur visite, avec deux niveaux d'intervention : aménagements mineurs ou transformations lourdes
- Contribuer à adapter le logement à la situation des personnes âgées en perte d'autonomie en recensant les aides existantes et en mobilisant les différentes instances sur l'information et le conseil
- Favoriser le développement des gérontechnologies et de la domotique pour assister la personne âgée et les aidants dans certaines de leurs tâches
- Instaurer des possibilités de faire une avance des frais engagés dans le cadre de l'adaptation du logement, ceci par un établissement bancaire
- Mettre en place un dispositif réunissant les différents financeurs de l'adaptation du logement pour réunir les

conditions du pré-financement des travaux d'adaptation du logement (Modalité commune à la Fiche action N° 17 du schéma en faveur des personnes handicapées)

- Rechercher, avec les financeurs, l'amélioration des délais pour obtenir la prise en charge de l'adaptation du logement
- Sensibiliser les professionnels du bâtiment aux spécificités de l'adaptation du logement et mettre à leur disposition un catalogue des ressources disponibles (Modalité commune à la fiche actions N° 18 du schéma en faveur des personnes handicapées)
- Proposer des séances de formation/sensibilisation sur l'adaptation du logement (sous l'angle de la prévention des accidents domestiques notamment)
- Mener des campagnes auprès des bailleurs publics et privés pour valoriser les logements adaptés
- Reconduire et étendre l'opération de sensibilisation des personnels de proximité dans les immeubles à la perte d'autonomie (Modalité commune avec la fiche actions N° 16 du schéma en faveur des personnes handicapées)
- Développer les mesures spécifiques en direction des malades Alzheimer vivant à domicile

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Caisses de retraite
- Bailleurs
- PACT 94
- Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
- Caisse nationale d'assurance vieillesse

Les structures intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Lorsque le soutien à domicile a atteint ses limites (en raison d'un fort sentiment d'isolement, d'un habitat insuffisamment sécurisé pouvant occasionner des chutes ou encore d'un manque d'accessibilité du bâti empêchant, de fait, la personne âgée de sortir de chez elle) et que l'entrée en EHPAD n'est cependant ni souhaitable ni nécessaire, le dispositif doit pouvoir proposer un ensemble de solutions à même de répondre aux attentes des personnes âgées. La souplesse sera la règle (au-delà des catégories institutionnelles classiques) et l'innovation favorisée.

OBJECTIFS VISÉS

- Accompagner l'évolution des logements foyers pour répondre à l'évolution des besoins
- Développer et diversifier les dispositifs d'hébergement intermédiaire

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Diversifier les services proposés aux résidents, mais également aux personnes âgées extérieures, et organiser les synergies entre domicile et établissement
- Développer une offre de services de prévention et de promotion du bien vieillir adaptée aux logements-foyers
- Soutenir l'évolution du bâti des structures intermédiaires (logements foyers, foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales...) existantes en participant au financement des opérations d'aménagement ou de reconstruction
- Diversifier les solutions variées et innovantes d'hébergement collectif ou en habitat diffus au sein des programmes immobiliers
- Favoriser le développement de logements adaptés au sein d'immeubles classiques avec services intégrés et autres modèles de structures intermédiaires en partenariat avec les Communes et les structures susceptibles d'apporter ce type de prestation d'aide humaine. (Modalité commune PA/PH – FA PH 19)
- Pour les personnes immigrées vieillissantes :

a. Accompagner la transformation des Foyers de travailleurs migrants pour mieux prendre en compte le vieillissement des résidents

b. Favoriser l'accueil en logements foyers comme alternative entre le foyer pour travailleurs et l'EHPAD

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Association des Maires du Val-de-Marne
- Direction départementale de la cohésion sociale
- Caisse nationale d'assurance vieillesse
- Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
- Délégation départementale de l'UNCCAS

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

L'ensemble de ces initiatives nécessite une modélisation organisationnelle et financière qui doit interroger leur pérennité

Le développement de l'accueil familial

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

L'accueil familial peut devenir une solution adéquate dans le cas de certaines personnes qui ne peuvent demeurer au sein de leur domicile et ne souhaitent pas non plus intégrer des collectifs de type logements foyers ou EHPAD. Ce type d'offre intermédiaire est souvent mal connu des personnes âgées et des professionnels.

En outre, il pourrait permettre de répondre à des situations d'urgence lors, par exemple, de l'hospitalisation du conjoint ou afin de préparer le retour à domicile après une sortie d'hôpital.

OBJECTIF VISÉ

- Développer et diversifier les dispositifs d'hébergement intermédiaire

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Faire se rencontrer le besoin et le dispositif : informer les professionnels et les familles sur le dispositif
- Communiquer sur le dispositif, sur le plan technique ainsi que sur son intérêt :
 - a - Pour des personnes encore relativement autonomes qui ne souhaitent pas rejoindre un mode d'habitat collectif
 - b - Pour répondre à des situations d'urgence (perte du domicile, décès de l'aidant...)
 - c - Pour les personnes immigrées vieillissantes qui pourraient être accueillies notamment par des familles partageant la même langue et la même culture
 - d- Pour les personnes handicapées vieillissantes

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Association des Maires du Val-de-Marne
- Direction départementale de la cohésion sociale

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

L'ensemble de ces initiatives nécessite une modélisation organisationnelle et financière qui doit interroger leur pérennité

Les actions contre l'isolement

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Avec plus de 2 personnes âgées sur 3 vivant seules, la problématique de l'isolement est primordiale et représente un facteur de risque marquant la limite du soutien à domicile. L'enquête menée auprès des personnes âgées du département a révélé que 52,9 % des répondants déclarent vivre seuls et dans un appartement. Outre des difficultés d'accès à la prévention et aux services permettant une prise en charge, les personnes âgées isolées présentent une exposition plus importante aux troubles dépressifs et comportements suicidaires. Le repérage des personnes présentant ce type de difficultés constitue une première étape. Mais il est important par la suite de développer un ensemble d'interventions diverses et impliquant suffisamment de professionnels afin de proposer des services qui répondent à la majorité des besoins.

OBJECTIFS VISÉS

- Repérer les personnes isolées
- Répondre à la diversité des besoins
- Renouer le lien social autour de la personne âgée en mobilisant son environnement

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Développer des actions en faveur du repérage de l'isolement des personnes en s'appuyant notamment sur :
 - a - Les SAD (ménage/portage des repas/petits travaux...) et les SSIAD
 - b - Le fichier des personnes vulnérables mis en place par les Villes et le Plan canicule
 - c - Les bailleurs sociaux
 - d - Les commerces de proximité (pharmacies/boulangeries)
- Soutenir les actions visant à repérer et accompagner les personnes âgées isolées dans le cadre d'appels à projets
- Faire connaître les différentes formes de soutien psychologique existantes
- Développer les possibilités de restauration collective, notamment au sein des foyers logements
- Sensibiliser les clubs de loisir sur le repérage et l'accueil des personnes âgées isolées.

- Développer les appels et visites de courtoisie à partir des associations locales et des CCAS. Soutenir les initiatives visant à proposer des biens culturels et des activités sportives à domicile, notamment en s'appuyant sur le bénévolat
- Soutenir le développement des services permettant aux personnes âgées de sortir de leur domicile (par exemple, d'accompagnement lorsqu'elles doivent réaliser une démarche administrative)
- Développer des sensibilisations à l'échelle des quartiers sur et auprès des personnes âgées pour valoriser leur place dans la société mais aussi faire que la personne âgée s'ouvre à la société
- Promouvoir le développement de la téléassistance et des gérontechnologies avec, notamment, le Pôle Allongement de la vie Charles Foix et la Grappe d'entreprises Sol'iage, et l'accompagner par une campagne de communication
- Améliorer la prise en charge des souffrances psychiques associées à l'expérience migratoire (approfondissement des besoins *via* un repérage des publics accueillis ; développement d'outils de communication à destination des publics migrants)
- Développer la « médiation animale »

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Direction départementale de la cohésion sociale
- Villes

AUTRES ACTEURS

- Caisses de retraite
- Associations
- CLIC
- Délégation départementale de l'UNCCAS
- Association des Maires du Val-de-Marne
- Acteurs du PRIF

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Si s'appuyer sur les bénévoles pour soutenir les personnes au sein de leur domicile est une incontournable nécessité, il est toutefois très important de les former pour éviter aussi bien les actes de maltraitance involontaire que les risques d'accident.

Les échanges intergénérationnels

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Les actions intergénérationnelles visent à la fois à favoriser le maintien des liens sociaux des personnes âgées (elles renforcent l'action précédente) mais elles permettent également de leur proposer un éventail plus important d'interventions associatives que ce qui peut leur être traditionnellement proposé. En outre, l'intergénérationnalité facilite la transmission du savoir et de l'expérience. Elle peut trouver sa déclinaison dans de nombreuses initiatives, valorisant en cela la personne âgée qui saura faire part de son vécu et pourra elle-même soutenir un(e) jeune qu'elle accompagnera dans son parcours.

Pour être efficaces, les initiatives doivent être portées par les personnes elles-mêmes. La puissance publique aura un rôle de catalyseur et de facilitateur.

Par ailleurs, la croissance de la population âgée représente aussi une source importante de temps disponible pour intervenir auprès des autres générations.

OBJECTIFS VISÉS

- Contribuer au maintien des liens sociaux
- Valoriser le vécu des personnes âgées

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Développer l'entraide entre les différentes générations et les lieux de rencontre et d'échanges culturels

a - Des plus jeunes vers les personnes âgées : activités de courses, jardinage, petits bricolages, visites au domicile, accompagnement hors du logement...

b - Des personnes âgées vers les plus jeunes : aide aux devoirs, mémoire, tutorat professionnel, partage d'expérience et d'expertise, BB sitting...

- Inciter les associations à développer les actions intergénérationnelles

- Identifier les possibilités de faire des espaces communs de vie dans la Cité, des lieux d'activités physiques (pieds d'immeuble, jardins publics, salles communes des résidences pour personnes âgées), en tenant compte

des différences de rythme de vie entre les différentes classes d'âge

- Encourager et impulser une dynamique de cohabitation intergénérationnelle dans les appels à projets menés en commun ARS/Conseil général
- Encourager les initiatives favorisant les cohabitations intergénérationnelles proposant des collocations éventuellement en contrepartie de services
- Sensibiliser les acteurs locaux et particulièrement les responsables de la politique de la Ville sur les enjeux de l'intergénération et les actions qui pourraient être mises en œuvre

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Direction départementale de la cohésion sociale

AUTRES ACTEURS

- Villes
- Centres communaux d'action sociale
- Caisse nationale d'assurance vieillesse

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

De la même manière que dans le cadre de l'action précédente, les jeunes qui accompagneraient ou soutiendraient les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier de formation. Par ailleurs, l'ensemble des initiatives intergénérationnelles doivent faire l'objet d'un suivi régulier des actions menées sans pour autant brider l'originalité de ce qui pourra être mis en œuvre.

De nouvelles solutions pour répondre à la problématique des transports

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Le risque d'isolement de la personne âgée invite à s'interroger sur les moyens qui peuvent être déployés pour faciliter sa mobilité.

Si les transports en commun accessibles continuent de se développer sur le département, ils ne sont pas toujours une solution pour des personnes dont la mobilité est très réduite.

La réponse est complexe car elle doit tenir compte de la diversité des besoins (tant en terme de matériel spécifique que d'accompagnement) et nécessite la mobilisation de moyens financiers importants.

OBJECTIFS VISÉS

- Améliorer l'offre de transports accessibles et adaptés aux personnes en perte d'autonomie (Objectif commun avec la fiche action N° 14 du schéma en faveur des personnes handicapées)
- Rompre l'isolement des personnes âgées

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Favoriser le transport des personnes âgées pour les petits déplacements
- Veiller à la complémentarité entre les transports adaptés et les transports réguliers qui doivent être le plus accessibles possible, en lien avec les différents opérateurs (Stif, Communes...) afin d'assurer au mieux l'intermodalité
- Étudier toute possibilité favorisant la mutualisation des modes de transport et le transport à la demande
- Étudier la possibilité d'utiliser le chèque emploi service universel (CESU) pour les déplacements en taxis
- Favoriser la mobilité des personnes âgées en améliorant l'accessibilité financière des transports, notamment grâce aux Cartes Améthyste et Rubis
- Financer le démarrage ou le développement des services de transport pour les GIR 5 et 6 dans le cadre d'un dispositif d'appel à projets et engager une réflexion pour

favoriser l'intervention de ces services en faveur de résidents de logements foyers

- Impulser, auprès de la CPAM, une dynamique de conventionnement pour les véhicules sanitaires légers dans les communes non couvertes actuellement
- Veiller également à l'accessibilité des abords des établissements pour personnes à mobilité réduite
- Faciliter l'accès des services et des soignants au domicile des personnes âgées, en recherchant notamment des solutions au problème de stationnement

PILOTE DE L'ACTION

- Conseil général

AUTRES ACTEURS

- CPAM/CRAMIF/CAM
- STIF
- Conseil régional
- RATP
- Association des Maires du Val-de-Marne
- Caisse nationale d'assurance vieillesse

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

La mise en œuvre de cette action dépend très largement du partenariat avec les Communes

EN LIEN AVEC LES ACTIONS DU PDVM :

- 10 « Mettre en accessibilité les lignes de bus et certaines stations de métro »
- 21 « Améliorer l'information des personnes à besoins spécifiques et coordonner l'offre disponible en matière de mobilité »
- 22 « Développer l'accompagnement des personnes à besoins spécifiques dans les transports »
- 23 « Favoriser l'utilisation des taxis pour les déplacements des personnes à besoins spécifiques »
- 31 « Créer un guide des aides à la mobilité et aux transports sur le département »
- 78 « Élaborer et mettre en œuvre un schéma départemental d'accessibilité »

Les actions de prévention pour assurer le maintien de l'autonomie

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Des actions de prévention sont déjà menées sur le territoire Val-de-Marnais (notamment promues par le SROMS) qui doivent être poursuivies. Outre les actions actuelles de prévention des chutes, des accidents domestiques, de la malnutrition, de nombreux travaux de recherche ont été publiés mettant en évidence le bienfait des activités de type ateliers mobilité sur la préservation de l'autonomie de la personne.

D'autres champs de la prévention nécessitent d'être exploités : il en est ainsi du risque de rupture des liens sociaux qui confineront la personne dans un isolement presque permanent. De la même manière, la souffrance morale liée à la perte des proches, mais aussi à celle des liens, peut provoquer chez la personne âgée des envies de suicide qu'il faut pouvoir anticiper et prévenir.

OBJECTIF VISÉ

- Développer des actions de prévention pour les personnes âgées en vue de maintenir leur autonomie le plus longtemps possible

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Mettre en place une campagne de communication permettant de modifier le regard sur l'avancée en âge
- Développer les actions de sensibilisation des acteurs de santé et sociaux intervenant à domicile aux problématiques du vieillissement et à la prévention de la perte d'autonomie
- Poursuivre les actions de prévention menées dans le cadre du plan national « bien vieillir » et mobiliser les acteurs sur les orientations et actions retenues dans le schéma régional de prévention concernant les seniors
- Développer des campagnes d'information et des ateliers de prévention consacrés aux thèmes liés « au bien vieillir » :
 - a - Prévention des chutes
 - b - Prévention des accidents domestiques
 - c - Prévention du suicide chez les personnes âgées
 - d - Sommeil
 - e - Nutrition...

- Assurer une communication sur la prévention de la dépendance grâce à l'activité physique, en direction des professionnels de la gérontologie, de la gériatrie et auprès des particuliers

- Soutenir des associations œuvrant dans le maintien de l'autonomie physique et permettre leur rapprochement avec les acteurs du réseau gérontologique. Insérer des actions spécifiques en direction des personnes âgées au sein des orientations définies par le Comité national du sport (2012 : développement du sport chez les femmes)

- Généraliser la mise en place des ateliers mobilité collectifs et/ou au domicile en partenariat avec les Communes et mener des actions d'information sur leur existence

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Caisses de retraite
- Associations
- Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
- Délégation départementale de l'UNCCAS
- Association des Maires du Val-de-Marne
- Direction départementale de la cohésion sociale
- Acteurs du PRIF

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Nécessité de mettre en place de nombreux ateliers pour toucher un public important

La proximité de l'information

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

L'accès à l'information conditionne l'accès aux droits, aux dispositifs existants et aux activités pour les personnes âgées, favorisant ainsi leur bonne intégration dans la vie de la Cité. Elle se doit dès lors d'être claire, lisible et facilement accessible au moyen de vecteurs de diffusion adaptés aux personnes qu'elles ciblent.

OBJECTIFS VISÉS

- Améliorer le dispositif d'information et sa proximité pour les personnes âgées
- Rompre l'isolement des personnes âgées

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Rechercher une plus grande cohérence entre les actions de communication menées par les Communes et le Département
- Favoriser l'interconnaissance des actions et dispositifs mis en œuvre par les autres intervenants (CLIC, Communes, Cnav...) afin de mieux faire connaître les aides qu'ils peuvent apporter
- Pour une meilleure information des particuliers et des professionnels : diffuser des affiches et/ou des plaquettes dans les cabinets médicaux, les pharmacies, chez les kinésithérapeutes...
- Renforcer la communication autour d'un numéro unique, permettant à la fois de trouver des réponses à la diversité des questions mais également d'alerter les professionnels lorsqu'une situation semble se dégrader
- Favoriser le démarrage et le développement d'actions visant à favoriser l'accès aux droits, pour les populations fragilisées (ex. : mission de médiation sanitaire et sociale) dans le cadre d'appels à projets
- Pour les personnes immigrées vieillissantes

a - Inciter les partenaires à développer des postes de médiation ou des permanences-relais au sein des foyers ou en milieu diffus (en collaboration avec les Communes)

b - Développer les liens entre les foyers, les services d'aide à domicile et les SSIAD afin de faciliter l'intervention de ceux-ci au sein du logement de la personne

c - Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé pour les personnes immigrées vieillissantes (inclusion dans les contrats locaux de santé et les ateliers Santé Ville)

d - Inciter les institutions délivrant une prestation à adapter leur communication aux personnes ne maîtrisant pas la langue française et aux personnes vivant en foyer de travailleur migrant ou résidence sociale afin de favoriser l'accès aux droits

- Mettre en place une nouvelle convention entre le Conseil général et l'Ordre des médecins en lien avec l'ARS
- Assurer l'information, auprès des médecins traitants via le site de l'Ordre des médecins, et mettre en place une interface entre le site de l'Ordre des médecins et le site Autonomie 94
- Recenser les médecins qui acceptent de se déplacer au domicile des personnes âgées. Expérimenter avec quelques-uns de ces médecins un travail de sensibilisation et de partage d'informations (GIR et plans d'aide)
- Favoriser l'intégration des Conseils de l'ordre (médecins, pharmaciens notamment) dans les dispositifs personnes âgées en les associant aux différents niveaux de coordination (locaux et départementaux)
- Étendre à la partie ouest et sud du département la participation des médecins aux différentes instances de coordination locales (plateforme ville/hôpital, plateforme de répit, nouvelle MAIA...)

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Délégation départementale de l'UNCCAS
- Association des Maires du Val-de-Marne
- Caisses de retraite
- Villes
- Caisse nationale d'assurance vieillesse

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

La mobilisation des professionnels libéraux doit pouvoir s'appuyer sur celle de leurs ordres respectifs

Un Portail Internet pour l'autonomie des personnes âgées

(Action commune à la fiche action N° 9 du schéma en faveur des personnes handicapées)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

L'accès à l'information conditionne l'accès aux droits, aux dispositifs existants et aux activités pour les personnes âgées, favorisant ainsi leur bonne intégration dans la vie de la Cité. Elle se doit dès lors d'être claire, lisible, et facilement accessible au moyen de vecteurs de diffusion adaptés aux personnes qu'elle cible.

OBJECTIFS VISÉS

- Améliorer le dispositif d'information et sa proximité pour les personnes âgées
- Permettre aux personnes âgées d'identifier les actions mises en place à proximité de leur domicile.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Mettre en place un site internet à destination des personnes en perte d'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées) et de leur entourage (site « Autonomie 94 »)
- Contribuer à faire de ce site un portail d'accès à l'information sur les différents sujets intéressants les personnes âgées en perte d'autonomie permettant des liens vers les sites existants ou en projet (ARS, CLIC...)
- Recenser et identifier les ressources à partir des besoins des personnes
- Prendre en compte une approche territoriale
- Permettre aux professionnels d'accéder à un niveau d'information plus complet
- Mettre en place plus spécifiquement un annuaire médico-social

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Délégation départementale de l'UNCCAS
- Association des Maires du Val-de-Marne
- Caisses de retraite
- Villes

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

La mobilisation des professionnels libéraux doit pouvoir s'appuyer sur celle de leurs ordres respectifs

**ORIENTATION N° 1 :
BIEN VIEILLIR DANS LE VAL-DE-MARNE**

**OBJECTIF 1-2 : AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES
DE LA PERSONNE ÂGÉE**

La parole des personnes âgées

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Les politiques sociales, pourtant ciblées sur des usagers, peinent souvent à recueillir la parole des personnes qui sont les premières destinataires des actions mises en œuvre.

Le Département dispose d'un CODERPA actif en mesure de recueillir cette parole. Par ailleurs, les Communes – qui ont participé dans le cadre du diagnostic à une enquête auprès des personnes âgées de leur territoire – pourraient également porter, avec le Conseil général, des enquêtes visant à identifier les besoins satisfaits et non satisfaits des publics accompagnés.

Enfin, les démarches qualité engagées par les établissements et services, notamment en lien avec les Conseils de la vie sociale (CVS), constituent également un espace permettant de mieux cerner la demande et le niveau de satisfaction des usagers.

OBJECTIF VISÉ

- Suivre l'évolution des besoins des personnes âgées

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Généraliser les pratiques de consultation de la population âgée sur les axes de développement local qui la concernent directement en étant attentif à la représentativité de la parole recueillie
- Permettre au Comité départemental des retraités et personnes âgées d'être un espace de concertation et de construction de propositions
- Réaliser des enquêtes de façon régulière auprès des personnes âgées, en partenariat notamment avec les Communes
- Proposer aux gestionnaires d'envisager le questionnement des élus communaux dans le cadre de l'évaluation externe des structures (hormis les CCAS)

PILOTE DE L'ACTION

- Conseil général

AUTRES ACTEURS

- Villes
- Gestionnaires des structures

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Cette action n'a de sens, au niveau du schéma, que si elle concerne l'ensemble du territoire et non seulement une partie de celui-ci. La mobilisation du CODERPA et de l'ensemble des Communes est donc essentielle

L'amélioration de l'offre en établissements et services sur l'ensemble du territoire

(En lien avec les actions du SROMS et les fiches actions du schéma en faveur des personnes handicapées N° 9 : Développer les services de soins infirmiers à domicile, N° 11 : Favoriser la diversification des offres, N° 19 : Conforter l'offre de service)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Certains taux d'équipement, dont celui en lits EHPAD et USLD, sont plus faibles dans le département du Val-de-Marne que les moyennes régionales et nationales. Le maillage en structures à destination des personnes âgées dans le Val-de-Marne nécessite d'être renforcé afin d'offrir une meilleure réponse aux besoins croissants de la population âgée.

Les projets pourraient intégrer l'innovation, axe fort d'évolution afin de toujours prendre en compte la diversité des besoins.

OBJECTIFS VISÉS

- Adapter l'offre de places en structures d'accompagnement à l'évolution des besoins sur le territoire val-de-marnais
- Assurer une plus grande homogénéité des réponses sur le territoire

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Dans le cadre de projet régional de santé (PRS) et du Schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) :

a - Développer des places en EHPAD (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour), et mettre en œuvre le plan Alzheimer au niveau territorial (PASA, UHR...)

b - Développer des places de SSIAD en veillant à adapter l'accompagnement aux problématiques spécifiques (Équipes spécialisées Alzheimer) et à favoriser l'articulation entre les différents dispositifs notamment avec l'hospitalisation à domicile

- Inciter les EHPAD à s'ouvrir sur leur environnement et favoriser leur concours à l'accompagnement à domicile, diversifier les prestations à domicile rattachées à un EHPAD (garde itinérante de nuit, service à domicile, portage de repas...)

- Développer les gardes itinérantes de nuit et assurer la couverture du département :

a - Coupler l'appel à la garde itinérante de nuit avec l'appel possible à une infirmière

b - Mener une réflexion globale pour mettre en place un système adapté :

. des interventions quotidiennes (coucher ou lever) en résolvant le problème des clés

. des interventions d'urgence la nuit pour éviter une hospitalisation

. mutualiser garde itinérante de nuit, service de soins infirmiers à domicile et garde des clés

- Formaliser les réponses qui peuvent être apportées par les SAVS et les SAMSAH

- Favoriser les projets innovants au sein des appels à projets

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Centres communaux d'action sociale

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Veiller à ce que les EHPAD demeurent des lieux de vie et non des solutions de substitution aux hôpitaux

La qualité dans les établissements et services médico-sociaux

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

L'adaptation des dispositifs à destination des personnes âgées sur le plan quantitatif doit être doublée par une amélioration qualitative des prestations délivrées. Dans la continuité de ce qui a déjà été initié par le Département, une dynamique doit être impulsée auprès des services et des établissements afin de favoriser une prise en charge de qualité et respectueuse de la dignité de la personne. Les Conseils de la vie sociale peuvent par ailleurs être davantage associés à ces évolutions.

OBJECTIFS VISÉS

- Poursuivre la démarche qualité par les services et établissements
- Améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Améliorer la qualité dans les EHPAD :
 - a - Améliorer la médicalisation
 - b - Développer la présence des infirmières de nuit
 - c - Expérimenter les transports sanitaires
 - d - Mutualiser les moyens
- Réaliser un référentiel coût/qualité pour les établissements
- Favoriser et accompagner l'appropriation par les établissements et services des recommandations de bonnes pratiques (ANESM, HAS, ANAP...)
- Élaborer une liste de recommandations sur les bonnes pratiques à adopter en EHPAD visant à soutenir l'aide suite à l'institutionnalisation de la personne aidée
- Inciter à mettre en place des protocoles précis lorsqu'il y a délégation de tâches
- Inciter les SSIAD à fournir des plannings pour informer la personne âgée de l'heure des interventions
- Améliorer la structuration des liens entre les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les médecins libéraux

- Former les services à domicile à une méthodologie harmonisée de l'évaluation interne, en préalable à la détermination des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

- Accompagner les établissements et les services dans leur démarche d'évaluation externe

- Mettre en place un Comité départemental de suivi de l'évaluation dans les établissements et services médico-sociaux (ARS/Conseil général)

- Favoriser la prise en compte des concepts du Développement durable, et en particulier de la qualité environnementale, dans tous les projets de rénovation et de construction d'établissements d'accueil pour personnes âgées

- Mettre en place des critères liés à la prise en compte du Développement durable (réductions des consommations d'énergies, de Gaz à Effet de Serre, confort été/hiver des résidents) dans l'instruction des dossiers de subventions pour les projets de rénovation/construction des établissements d'accueil.

- Organiser et financer des formations pour le soutien aux soins non médicamenteux pour les personnels qui accompagnent des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives (Alzheimer et apparentées)

PILOTES DE L'ACTION

- Agence régionale de santé
- Conseil général

POINTS DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Les établissements ont déjà beaucoup œuvré en matière d'amélioration de la qualité. La poursuite du travail peut difficilement se faire à coût constant

Les établissements doivent demeurer des lieux de vie et ne pas servir de solution de substitution aux hôpitaux

La promotion de la formation des intervenants

(Action commune à la fiche action N° 12 du schéma en faveur des personnes handicapées)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Des quotas de formation sont fixés chaque année dans les budgets prévisionnels sans que soient pour autant ciblés les besoins en formation attachés aux attentes des personnes âgées. Par ailleurs, les plans de formation sont en priorité orientés vers les problématiques les plus prégnantes et les publics les plus lourds à prendre en charge. Pourtant, un équilibre entre les divers niveaux de prise en charge est nécessaire. La restriction des marges de manœuvre financières est l'expression d'une contrainte qu'il est difficile pour chacun de contourner.

La question globale du manque de personnels, en particulier de personnel infirmier, dépasse le champ du schéma départemental, cependant la Région devrait prochainement lancer une étude afin de préciser les besoins de formation du secteur médico-social.

OBJECTIFS VISÉS

- Favoriser le « prendre soin »
- Promouvoir la formation initiale et continue et valoriser les métiers intervenant auprès des personnes âgées dépendantes

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Promouvoir la formation initiale :
 - a - Inciter à la mise en place d'un tutorat pour les jeunes professionnels ou d'une alternance intégrative pour les étudiants
 - b - Former des professionnels en nombre suffisant pour pourvoir les postes prévus au tableau d'effectifs des établissements et services médico-sociaux
- Favoriser les actions de pré-qualification comme les actions linguistiques (ex : LOLA) et la valorisation des acquis de l'expérience (VAE)
- Encourager les personnels à passer le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS)
- Développer la formation continue des personnels à domicile et en établissement, en particulier dans le cadre de la convention pour la modernisation et la professionnalisation des services à domicile avec la CNSA :

- a - Sur les questions relatives à la prévention de la maltraitance et à la bientraitance à domicile et en institution, sur la perte d'autonomie et le handicap
- b - Au travail en partenariat avec les différents acteurs intervenant auprès de la personne âgée
- c - Apporter une formation spécifique et/ou complémentaire aux professionnels possédant une qualification de base généraliste (personnes âgées et personnes handicapées)
- d - Former les professionnels à un travail en partenariat

- Développer les formations relatives à la prévention des risques professionnels en faveur des structures d'aide à domicile, particulièrement sur les risques liés au bâti du bénéficiaire
- Encourager les établissements et services à développer le soutien et l'écoute à l'attention de leurs équipes
- Développer les formations communes aide à domicile/aidants familiaux
- Mettre en place une campagne d'information sur le rôle des intervenants à domicile afin que leur métier soit davantage reconnu et valorisé
- Proposer aux intervenants à domicile et aux services de portage de repas d'organiser des formations sur la cuisine traditionnelle des différentes cultures

PILOTE DE L'ACTION

- Conseil général

AUTRES ACTEURS

- Conseil régional
- Agence régionale de santé
- Délégation départementale de l'UNCCAS
- Direction régionale de l'économie, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
- Caisse nationale d'assurance vieillesse

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

L'analyse des pratiques doit être considérée à la fois comme un renforcement de la professionnalisation et un gage de qualité

L'accessibilité économique des établissements et des services à domicile

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

L'accessibilité économique des établissements et services est un des grands enjeux du schéma gérontologique, compte tenu du contexte actuel de précarisation de la population âgée. Différents leviers peuvent être actionnés permettant une réduction du reste à charge.

OBJECTIF VISÉ

- Accès aux établissements et services des personnes âgées financièrement fragiles

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Mettre en place une politique tarifaire plus favorable aux résidents en développant une politique de subventionnement à l'investissement à construire avec le Conseil régional, la CNSA et la CRAMIF, en vue de limiter le niveau des tarifs d'hébergement
- Améliorer le mode de financement des places d'accueils temporaires (hébergement temporaire et accueil de jour)
- Proposer une politique coordonnée de l'aide à l'investissement en lien avec la CNSA et le Conseil régional
- Travailler sur les stratégies foncières du Département et des Communes, notamment dans les secteurs concernés par la Politique de la Ville et dans le cadre des Contrats de Développement Territoriaux
- Étudier la possibilité de demander aux Communes la mise à disposition de terrains pour créer des établissements, voire d'instaurer un système d'objectifs par Commune en matière d'équipements, dans une logique similaire à celle de la loi SRU
- Favoriser la mutualisation des établissements et services notamment sur les fonctions support, les achats, le matériel et la logistique

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Bailleurs
- Région Île-de-France

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Nécessité de mobiliser très fortement les établissements dans un cadre financier déjà très contraint pour l'ARS et le Conseil général

Le suivi des bénéficiaires employeurs

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

La part de l'emploi direct est relativement importante dans le Val-de-Marne. Cependant, quelles que soient les motivations ayant amené un bénéficiaire de l'APA à recourir à ce mode de service plutôt que le mandataire ou le prestataire, le fait d'employer une personne est lourd en terme de gestion et de compréhension des contraintes que cela impose. Certaines personnes âgées peuvent alors se retrouver dans des situations très difficiles juridiquement, puis financièrement. Il est donc nécessaire d'apporter une information utile à ces employeurs afin qu'ils ne se retrouvent pas démunis, notamment en cas de conflit.

OBJECTIF VISÉ

- Informer les employeurs sur leurs droits et devoirs et les soutenir dans leurs démarches

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Assurer un suivi particulier par l'équipe médico-sociale de l'APA des personnes âgées qui bénéficient d'une aide à domicile en emploi direct pour les GIR 1 et 2
- Transmettre une brochure aux bénéficiaires qui optent pour le mode de l'emploi direct.
- Mettre en place des réunions d'information à destination des personnes âgées et des aidants « employeurs »
- Développer des actions d'appui en faveur de l'information et de la formation des employeurs dans le cadre de l'emploi direct
- Poursuivre le développement du partenariat avec les fédérations de particuliers employeurs

PILOTE DE L'ACTION

- Conseil général

AUTRES ACTEURS

- Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
- Direction régionale de l'économie, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

L'information fournie doit être extrêmement simple et pédagogique

**ORIENTATION N° 2 :
UN ACCOMPAGNEMENT INDISPENSABLE
DES AIDANTS NATURELS**

OBJECTIF 2-1 : DÉVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS

L'identification des besoins des aidants familiaux

(En lien avec la fiche action 6 du schéma PH : Les aidants familiaux comme partenaires)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Les aidants familiaux constituent une catégorie hétérogène de personnes auxquelles il est néanmoins important d'apporter un soutien. Souvent dans le déni, ou dans la culpabilisation, elles sont isolées, en souffrance, et peu disposées à demander une aide sous quelque forme que ce soit. Pourtant les risques de dégradation de la situation sont aussi élevés pour elles que pour la personne âgée aidée. Dès lors, il est indispensable de mettre en place un dispositif permettant de repérer les aidants dans le but, *a minima*, de leur apporter l'information dont ils pourraient avoir besoin. L'ensemble des professionnels du médico-social et du social doivent se sentir concernés par ce mécanisme de détection/prévention.

OBJECTIF VISÉ

- Les actions de recensement et de « dépistage » des aidants doivent permettre de sensibiliser et d'orienter ces derniers vers les services compétents

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Faire en sorte que les aidants se reconnaissent comme tels, afin qu'ils puissent bénéficier de l'aide prévue à leur égard
- Faire des aidants et des associations qui les représentent de véritables partenaires dans l'élaboration des réponses et leur diffusion sur le territoire
- Identifier, dans les plans d'aide, l'effort de l'aidant et ses limites
- Créer avec les référents médico-sociaux une procédure commune permettant d'identifier les aidants en difficulté ou en situation d'épuisement et de les orienter vers les structures adéquates
- Participer à l'expérimentation de l'outil Pass'aidant visant à optimiser la détection des difficultés et personnaliser l'orientation
- Former les professionnels concernés aux actions de sensibilisation des aidants
- Mettre en place un groupe de travail qui recenserait

la diversité des besoins des aidants et qui identifierait les indicateurs d'alerte et les méthodes d'accompagnement de l'aidant vers une reconnaissance de ses difficultés. Il s'agira :

- a - D'adopter une approche par tâches qui évalue celles que l'aidant vient compenser, celles qui lui sont pesantes et celles qu'il estime valorisantes.
- b - De réaliser un repérage des besoins à partir d'une grille d'évaluation scientifique évaluant l'état d'épuisement de la personne aidante : l'échelle de ZARIT pourrait être ici partagée
- c - De mener une évaluation des compétences et plaisirs de l'aidant pour lui permettre de réaffirmer son identité et de retisser un lien social avec ses proches

- Favoriser les initiatives en faveur des mécanismes de solidarité soit au sein du noyau familial, soit au sein de l'environnement des personnes en manque d'autonomie

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Caisses de retraite
- Mutuelles

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Il n'y a pas de profil type des aidants. Aussi, les structures devront être très attentives à identifier les difficultés réelles et ressenties

L'expression, l'écoute et la formation des aidants

(En lien avec la fiche action N° 6 du schéma en faveur des personnes handicapées : Les aidants familiaux comme partenaires)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Le précédent schéma a fortement développé le soutien aux aidants, notamment au travers de la mise en place de groupes de parole.

Ces accompagnements doivent être déployés sur tout le territoire en étant attentif à la diversité des besoins auxquels ils doivent répondre puisqu'il peut s'agir aussi bien de partager ses expériences en tant qu'aidant que de vouloir bénéficier d'un accompagnement psychologique particulier.

Par ailleurs, les dispositifs innovants déjà existants doivent être soutenus de manière continue et se développer afin de bénéficier au plus grand nombre (c'est peut-être ce point qui doit être mis en avant par rapport au déploiement territorial).

OBJECTIF VISÉ

- Permettre à chaque aidant non professionnel de trouver une solution de soutien adaptée

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Améliorer l'information des aidants sur les services et dispositifs permettant d'améliorer la qualité de vie à domicile et de prévenir ainsi leur épuisement

- Privilégier les groupes d'échanges, d'information et de formation (en particulier en direction des aidants de malades Alzheimer) :

- a - Information sur la (les) maladie(s)
- b - Acceptation de la maladie, de la perte d'autonomie
- c - Savoir-faire, gestes et postures
- d - Psychomotricité
- e - Nutrition
- f - Gestion des conflits relationnels
- g - Administration (démarches fiches de paie, impôts...)

- Mettre à disposition des lieux d'information, d'écoute et de rencontres entre aidants familiaux pour partager leurs expériences et savoir-faire

- Développer les groupes de paroles en milieu diffus, en EHPAD et en hébergement temporaire

- Développer les groupes de paroles entre aidants professionnels et non professionnels

- Conforter et coordonner les différents dispositifs de soutien psychologique existants et étendre ceux-ci aux aidants familiaux qui le souhaitent

- Inciter les établissements à développer des actions d'accompagnement et à prendre en compte la question du sentiment de désœuvrement de l'aidant après institutionnalisation de la personne aidée

- Élaborer une liste de recommandations sur les bonnes pratiques à adopter en EHPAD visant à soutenir l'aidant suite à l'institutionnalisation de la personne aidée

- Inscrire les actions en faveur de la santé des aidants dans les contrats locaux de santé et les contrats « bien vieillir »

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Caisses de retraite
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Villes
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
- Associations
- Caisse nationale d'assurance vieillesse

POINTS DE VIGILANCE/CONTRAINTES

Respecter le choix de l'aidant et l'amener à saisir ces offres comme une opportunité et un soutien

La diversification des modalités d'accompagnement

(En lien avec la fiche action N° 6 du schéma en faveur des personnes handicapées :
Les aidants familiaux comme partenaires)

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Beaucoup d'aidants non professionnels consacrent l'essentiel de leur quotidien à soutenir la personne aidée. Ceci a dès lors deux conséquences :

- D'une part, ils rompent souvent leurs liens sociaux, voire familiaux, restant ainsi isolés avec la personne dépendante
- D'autre part, lorsque cette dernière entre en EHPAD ou décède, les aidants se retrouvent extrêmement démunis, n'ayant plus d'activités, plus de contact et entrant dans une grande souffrance qui s'ajoute à celle de la culpabilisation (dans le cas de l'entrée en institution ou du décès).

OBJECTIF VISÉ

- Permettre à chaque aidant non professionnel de trouver une solution de soutien adaptée

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Faire mieux connaître la recommandation de la Haute Autorité de Santé proposant une consultation annuelle au proche aidant d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée
- Utiliser les TIC afin de rendre accessible au plus grand nombre les modules de formation, la mise en réseau de l'aidé et des aidants éloignés et les aidants entre eux
- Soutenir les initiatives permettant de réunir des aidants partageant les mêmes intérêts
- Sensibiliser les clubs de retraités et structures de loisirs sur l'importance d'aider les aidants à maintenir le lien social
- Encourager les projets développés par des associations de bénévoles

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Caisses de retraite

AUTRES ACTEURS

- Villes
- Direction départementale de la cohésion sociale
- Associations

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Respecter le choix de l'aidant et l'amener à saisir ces offres comme une opportunité et un soutien

**ORIENTATION N° 2 :
UN ACCOMPAGNEMENT INDISPENSABLE
DES AIDANTS NATURELS**

OBJECTIF 2-2 : DÉVELOPPER LES SOLUTIONS DE RÉPIT

Les possibilités d'accueil des aidés

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Afin de soutenir les aidants et de leur donner la possibilité de « prendre du temps » pour eux, des solutions de répit ont été mises en place dans le département, notamment par la création de places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire.

Ce type d'accueil permet de soulager les familles, tout en offrant à la personne une prise en charge qui se doit de mettre l'accent sur la qualité en restant accessible économiquement.

L'accueil familial des personnes âgées, encore peu développé, constitue pourtant une solution de répit intéressante, et peut répondre à des besoins d'hébergement en urgence. Ces accompagnements doivent être encore développés dans le département, en se concentrant notamment sur les territoires moins bien dotés.

OBJECTIFS VISÉS

- Développer les solutions d'accueil temporaire des personnes âgées afin d'offrir un répit aux aidants
- Optimiser l'offre de structures de répit pour accompagner le soutien à domicile

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Assurer plus grande homogénéité des taux d'équipement entre les différents secteurs gérontologiques
- Dans le cadre du PRS et du SROMS en cours de définition :
 - a - Poursuivre l'ouverture de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dans le respect des textes réglementaires
 - b - Optimiser l'offre de structure de répit en repensant et en donnant toute sa place à l'hébergement temporaire
- Identifier les facteurs de réussite des structures d'accueil temporaire et préciser le projet d'établissement autour de ces modalités d'accueil
- Poursuivre la mise en œuvre du plan Alzheimer en développant des structures de répit

- Améliorer l'accessibilité économique des accueils temporaires (hébergement temporaire et accueil de jour)

- Développer le dispositif d'accueil familial à titre temporaire :

- a - Comme solution de répit
- b - Comme solution d'accueil d'urgence

- Développer la prise en charge des aidés au travers des plates-formes de répit

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Agence régionale de santé

AUTRES ACTEURS

- Les établissements

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTES

Veiller à l'homogénéité des taux d'équipement en accueil de jour, accueil familial et hébergement temporaire dans le département

**ORIENTATION N° 3 :
LE PARCOURS DE QUALITÉ**

**OBJECTIF 3-1 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS DE COORDINATION
SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE**

Le pilotage de la politique gérontologique dans le Val-de-Marne

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Le schéma départemental doit intégrer son propre mode de pilotage afin que les différentes actions qu'il prévoit de déployer puissent être suivies tant dans leur mise en œuvre que dans les difficultés rencontrées. En effet, la multiplicité des intervenants induit une définition précise du rôle et des responsabilités de chacun, tant au niveau local, qu'au niveau départemental. Le CODERPA, en tant qu'instance de représentation des personnes âgées et des professionnels, pourrait être associé aux réflexions qui se feront jour après l'adoption du schéma.

OBJECTIFS VISÉS

- Organiser le pilotage des actions prévues dans le schéma
- Organiser la concertation

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Organiser la coordination gérontologique départementale autour de deux instances :

a - Pilotage stratégique réunissant les principaux décideurs-financeurs

b - Instance de coordination et de suivi associant en particulier les personnes âgées du Comité départemental des retraités et personnes âgées

- Piloter et coordonner la mise en œuvre du schéma en faveur des personnes âgées

- Mettre en place une instance partenariale de pilotage et de suivi du schéma par les institutions et instances compétentes, en particulier le Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA), présidée par le Président du Conseil général :

a - Participer au suivi du schéma

b - Partager les données et les études réalisées par chacun des membres

- Animer et mettre en cohérence les échanges avec les partenaires départementaux :

a - Impulser la mise en œuvre de la politique départementale

b - Veiller à son articulation

c - Favoriser son homogénéité dans le département

- Communiquer autour de la politique départementale en faveur des personnes âgées

PILOTE DE L'ACTION

- Conseil général

AUTRES ACTEURS

- Institutions du Comité de pilotage

POINT DE VIGILANCE/CONTRAINTE

La mobilité des personnes participant au Comité de pilotage ne doit pas nuire au suivi global du déploiement du schéma par les institutions qu'elles représentent

La coordination par des acteurs locaux

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Le dispositif gérontologique dans le Val-de-Marne est très développé, avec de nombreuses initiatives sur l'ensemble du territoire menées soit par les opérateurs (établissements et services), soit par les collectivités (Conseil général, Communes, EPCI), soit encore par les institutions (Caisses de retraite, ARS, État). Il est important que l'ensemble de ces initiatives, l'ensemble de ces actions, soient coordonnées sur le terrain afin de s'assurer de leur cohérence et de faciliter leur complémentarité.

La multiplication des structures susceptibles de coordonner les acteurs complexifie davantage l'organisation globale et les repères pour la personne âgée.

La généralisation du système MAIA et des équipes de suivi des cas complexes, prévue d'ici fin 2014, nécessitera de revoir les missions des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique.

OBJECTIFS VISÉS

- Harmoniser les réponses proposées
- Mettre en lien les acteurs
- Disposer d'un lieu de capitalisation de l'information

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Assurer la cohérence entre les observatoires des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique et des MAIA
- Améliorer la coordination entre l'équipe Médico-sociale APA et les Espaces départementaux des solidarités notamment concernant les situations complexes, en prenant en compte la généralisation des MAIA
- Étendre le périmètre géographique des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique existants
- Rédiger un nouveau cahier des charges des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique conformément à l'évolution de la législation et des MAIA
- Renforcer et formaliser les liens de l'équipe médico-

sociale de l'APA avec les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique

- Renforcer les liens avec les Espaces départementaux de solidarité et participer, dans le cadre de la mise en œuvre du schéma d'action sociale, à l'élaboration des pactes locaux d'insertion
- Favoriser la connaissance et l'acculturation réciproques entre acteurs de l'action sociale de proximité et acteurs de développement territorial
- Développer une identité visuelle et des outils de communication communs aux Centres locaux d'information et de coordination
- Mettre en place une procédure d'articulation entre les analyses des besoins sociaux des Centres communaux d'action sociale et les volets personnes âgées et personnes handicapées du schéma départemental

PILOTE DE L'ACTION

- Conseil général

AUTRES ACTEURS

- Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
- Plateforme gériatrique
- MAIA
- Réseau gérontologique

La coordination Ville/hôpital

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Les secteurs sanitaire et médico-social demeurent cloisonnés malgré les actions qui ont déjà pu être développées. La problématique la plus cruciale concerne les sorties d'hospitalisation, qui, mal préparées, peuvent rendre le retour à domicile très difficile et entraîner de nouvelles entrées en urgence.

Un des maillons à construire ou à pérenniser réside dans le lien que peuvent avoir les hôpitaux avec les services d'aide à domicile, les SSIAD, les EHPAD et les médecins. Néanmoins, certaines solutions ont déjà pu être mises en place sur une partie du territoire et pourraient faire l'objet d'une diffusion à l'ensemble du département.

OBJECTIFS VISÉS

- Formaliser des modalités de communication et de coordination entre hôpitaux et Villes
- Améliorer la prise en charge des personnes âgées

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Favoriser la continuité et la fluidité des parcours de vie et de soins des personnes âgées en s'appuyant sur les filières gériatriques
- Procéder à l'évaluation des filières gériatriques et favoriser leur labellisation
- Favoriser l'articulation des prises en charge médico-sociales et sanitaires
- Améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes âgées en coordonnant l'action des professionnels intervenant lors des entrées et les sorties des personnes âgées. Anticiper le retour en établissement ou à domicile au moyen, par exemple, d'une infirmière coordonnatrice plus particulièrement chargée des sorties, voire d'un binôme infirmière/assistante sociale
- S'appuyer sur la généralisation du système MAIA qui vise à l'intégration des services concourant à la politique gériatrique et à la coordination des services autour de la personne, avec des outils et des procédures communes, un Comité technique local (table tactique) et un Comité stratégique départemental (table stratégique)

- Améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie, tant en établissement qu'à domicile, grâce à une meilleure articulation des différents dispositifs de soins

PILOTE DE L'ACTION

- Agence régionale de santé

AUTRE ACTEUR

- Centres locaux d'information et de coordination gérontologique

**ORIENTATION N° 3 :
LE PARCOURS DE QUALITÉ**

OBJECTIF 3-2 : FLUIDIFIER LES PARCOURS

L'élaboration d'un processus commun d'évaluation

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Plusieurs acteurs/institutions réalisent, avec des outils qui leur sont propres, des évaluations auprès des personnes âgées. Or, certains items sont redondants, ce qui oblige des professionnels à réaliser un travail déjà effectué d'une part, et les personnes âgées à donner plusieurs fois la même information d'autre part. L'information manque alors de fluidité quand elle pourrait pourtant être partagée, rendant le déclenchement des aides plus rapide. Un des obstacles majeurs à ce partage de données réside dans le caractère strictement confidentiel de certaines d'entre elles, notamment au regard du secret médical.

OBJECTIFS VISÉS

- Permettre une mise en place plus rapide des interventions
- Faciliter l'acceptation des évaluations par l'ensemble des professionnels

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Créer les conditions favorables pour utiliser les nouveaux outils d'évaluation
- Organiser la reconnaissance des évaluations à la date de demande du dossier APA, le recueil des informations et leurs modalités de partage, dans le cadre de la reconnaissance mutuelle de l'évaluation avec la CNAV

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Caisses de retraite

POINTS DE VIGILANCE/CONTRAINTE

Former les professionnels à l'outil commun qui serait arrêté

La modernisation du service public et l'innovation

DIAGNOSTIC PARTAGÉ DES ACTEURS (CONTEXTE)

Le schéma doit concerner l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur de la gérontologie, il est également important que les collectivités visent à adapter les services qu'elles rendent aux personnes âgées (en dehors de toute question de dépendance). Or, les démarches administratives sont souvent complexes et la téléprocédure est encore peu développée.

OBJECTIF VISÉ

- S'assurer que les personnes âgées peuvent accéder à l'ensemble des services proposés par le Conseil général, les Communes et les structures

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Améliorer l'accès à nos propres services (accueil...)
- Favoriser la dématérialisation notamment :
 - a - Par le développement de la téléprocédure
 - b - Par le développement de la télégestion pour fluidifier la facturation
- Mettre en cohérence les différents dispositifs d'aide et de subvention aux structures et aux associations avec les orientations stratégiques du schéma
- Mieux connaître les attentes et les usages des Val-de-Marnais et de leurs familles en favorisant particulièrement leur expression

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil général
- Villes

AUTRES ACTEURS

- Centres communaux d'action sociale

▶▶ 2013 / 2017

3^{EME} SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

VAL-DE-MARNE



▶▶ Annexes

GLOSSAIRE

- AGGIR** Grille Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources - permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne
- AM94** Association des Maires du Val-de-Marne
- ANAP** Agence nationale d'appui à la performance
- ANESM** Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- APA** Allocation personnalisée d'autonomie
- APL** Allocation personnalisée au logement
- AORIF** L'Union sociale pour l'habitat d'Île-de-France est l'association professionnelle au service des organismes de logement social franciliens
- ARS** Agence régionale de santé
- CCAS** Centre communal d'action sociale
- CLIC** Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
- CNAV** Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNSA** Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CODERPA** Comité départemental des retraités et personnes âgées
- CPOM** Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRAM(IF)** Caisse régionale d'assurance maladie (Île-de-France)
- CRÉDOC** Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
- CVS** Conseil de la vie sociale
- DASo** Direction de l'action sociale
- DDCS** Direction départementale de la cohésion sociale
- DEAVS** Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
- DIRRECTE** Direction régionale de l'économie, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
- DRIHL** Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
- DSPAPH** Direction des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées
- EDS** Espace départemental des solidarités
- EHPAD** Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EPCI** Établissement public de coopération intercommunale
- ESSMS** Établissements et services sociaux et médico-sociaux
- FAM** Foyer d'accueil médicalisé
- GIR** Groupe iso-ressources (GIR 1 = Dépendance très importante à GIR 6 = Dépendance très peu importante)
- HAD** Hospitalisation à domicile
- HAS** Haute autorité de santé
- HPST** (loi) Hôpital, Patients, Santé, Territoire
- INSEE** Institut national de la statistique et des études économiques
- MAIA** Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- MAS** Maison d'accueil spécialisée
- MOUS** Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale
- PASA** Pôle d'activité et de soin adapté (Alzheimer de formes légères à modérées)
- PCH** Prestation de compensation du handicap
- PDALPD** Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées
- PLH** Programme local de l'habitat
- PRIF** Prévention Retraite Île-de-France (associe les organismes des trois principaux régimes de retraite intervenant en Île-de-France)
- PRS** Projet régional de santé
- RGP** Recensement général de la population
- SAD** Service à domicile
- SAMSAH** Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- SAVS** Service d'accompagnement à la vie sociale (personnes handicapées)
- SROMS** Schéma régional d'organisation médico-sociale
- SSIAD** Service de soins infirmiers à domicile
- STATISS** Statistiques et indicateurs de la santé et du social
- STIF** Syndicat des transports d'Île de France
- UHR** Unité d'hébergement renforcé (Alzheimer de forme sévère)
- UNCCAS** Union nationale des Centres communaux d'action sociale
- USLD** Unités de soins de longue durée
- VAE** Validation des acquis de l'expérience
- TFPB** Taxe foncière sur les propriétés bâties

PROCESSUS D'ÉLABORATION DU 3^E SCHÉMA

Pour l'élaboration de son troisième schéma, le Conseil général a associé l'ensemble des partenaires participant à la mise en œuvre des politiques gérontologiques sur le territoire et les Directions des services départementaux concernées.

Celle-ci s'est effectuée en trois phases, chacune alternant des temps de réflexions collectives et des choix méthodologiques et politiques:

- Phase 1 : Évaluation des politiques publiques mises en place durant le 2^{ème} Schéma
- Phase 2 : Réalisation d'un diagnostic partagé
- Phase 3 : Formulation de préconisations et élaboration du document

Un Comité de pilotage a été constitué avec les principaux acteurs (représentants des personnes âgées, Conseil général, Agence régionale de Santé, Préfecture du Val-de-Marne, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, Conseil de l'Ordre des Médecins, Représentants des Villes, des Centres communaux d'action sociale).

Un Comité des financeurs s'est réuni lors de l'élaboration pour rechercher l'articulation des différentes interventions.

Le Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) a été consulté à chaque phase de l'élaboration.

A. ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DÉVELOPPÉES DURANT LE 2^{EME} SCHÉMA

Le travail d'évaluation a permis de mesurer la mise en œuvre des actions prévues au précédent schéma et de mettre en évidence la capacité du dispositif à répondre à l'évolution des besoins des personnes âgées et de leurs aidants. L'évaluation a mis en lumière les atouts et les faiblesses, la manière dont les interventions de tous les acteurs se complètent, ou non, pour garantir la cohérence des accompagnements et des politiques publiques.

Pour cela, l'ensemble de données quantitatives et qualitatives recueillies par le Conseil général a été mobilisé. Différentes études ont été menées sur les thèmes suivants :

- Les besoins des personnes âgées et des aidants
- L'adaptation de l'habitat et du cadre de vie à l'évolution démographique
- La qualité de vie des personnes âgées dans la cité (réalisée avec les Communes du Val-de-Marne)
- Le choix de l'établissement pour les populations résidant hors du Val-de-Marne
- Les déterminants qui amènent les personnes âgées à vivre en établissement dans le département du Val-de-Marne
- Les structures d'habitat collectif non médicalisées pour personnes âgées autonomes dans le Val-de-Marne

B. RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Quatre groupes de travail ont réuni les partenaires en fonction de thématiques dégagées durant l'évaluation :

- Soutenir la personne âgée dans son environnement
- Les nouveaux défis de la qualité de l'accompagnement à domicile et en établissement
- Les articulations à développer entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social pour l'accompagnement des personnes âgées
- Le soutien à apporter aux aidants non-professionnels

Un cinquième groupe de réflexion s'est réuni sur le thème des personnes immigrées vieillissantes.

Plus de 200 personnes, représentants des personnes âgées, professionnels, fonctionnaires de l'État ou des collectivités territoriales, gestionnaires d'établissements et de services, ont ainsi participé aux différentes réunions.

Une réunion spécifique a également été organisée avec Communes sur les actions développées en faveur des personnes âgées au niveau des Villes.

C. FORMULATION DE PRÉCONISATIONS ET ÉLABORATION DU DOCUMENT

Près de 150 propositions et préconisations d'actions ont été formulées lors des différentes étapes du travail. Un certain nombre ont été retenues.

Les fiches actions rédigées ont été ensuite amendées et complétées par les institutions dont elles relèvent.

Les réunions du Comité de Pilotage, de l'équipe projet, du comité des financeurs, du CODERPA, ainsi que les rencontres avec la Vice-présidente du Conseil général, chargée de la solidarité en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées ont permis de définir les orientations, d'ajuster la démarche, de mettre en cohérence les propositions et de valider les différentes étapes.

ÉVALUATION DU 3^E SCHÉMA

LES PRINCIPES DE L'ÉVALUATION DU TROISIÈME SCHÉMA EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

L'élaboration du schéma départemental a comporté une forte dimension partenariale et consultative, condition de la mobilisation des acteurs du territoire et de la mise en cohérence de leurs interventions.

L'évaluation contribue à la mise en œuvre du projet territorial et constitue un enjeu important de la poursuite et du soutien de la mobilisation. Elle doit être une interrogation partagée sur une expérience collective de mise en œuvre.

Le processus d'évaluation sera développé « en continu » durant la période du schéma. Pour ce faire, un suivi régulier de la mise en œuvre des préconisations permettra de les développer, les réajuster et d'innover compte tenu de l'évolution des besoins et des atouts du territoire.

Ce processus sera l'occasion de mobiliser les institutions, les acteurs et les habitants.

LES OUTILS

Un tableau de suivi des actions du schéma sera complété et présenté chaque année au comité de suivi du schéma.

Des indicateurs de réalisation et d'impact seront déterminés et suivis par les porteurs de certaines actions stratégiques durant la période de mise en œuvre.

LES INSTANCES

Les instances d'évaluation seront constituées à trois niveaux complémentaires :

- Une instance de pilotage stratégique réunissant les principaux décideurs-financeurs
- Un comité de coordination et de suivi du schéma gérontologique associant en particulier les personnes âgées du Comité départemental des retraités et personnes âgées
- Le Comité départemental des retraités et personnes âgées qui sera un lieu de communication/commentaires sur la mise en œuvre du schéma

L'ÉVALUATION EN FIN DE SCHÉMA

En fin de schéma, l'évaluation sera réalisée en deux temps.

- Premier temps d'évaluation : le constat des réalisations et le niveau de leur mise en œuvre
- Deuxième temps d'évaluation : à partir de questions transversales en lien avec les orientations stratégiques du schéma

COMPÉTENCES DES PRINCIPAUX ACTEURS

CROISEMENT DES PRINCIPALES POLITIQUES PUBLIQUES GÉRONTOLOGIQUES - COMPÉTENCES

Institution	Populations concernées	Mission cible	Missions volontaristes	Enjeux	Plans stratégiques
Conseil général	Personnes âgées de 60 ans et plus	<p>Champ social/méxico-social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adoption du schéma d'action sociale et médico-sociale (Plusieurs politiques publiques départementales concernées) - Compensation de la perte d'autonomie – APA (évaluation/compensation), aide sociale - Développement de l'offre de service : autorisation, tarification, qualité et contrôle (établissements, services à domicile). - Coordination gériatologique (CLIC) - Information et orientation - Concertation avec les représentants des personnes âgées (CODERPA...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du logement - Accessibilité - transports - Prévention des chutes - Téléassistance - Professionnalisation et qualification des personnels - Investissement des établissements (FL et EHPAD) 	<p>Tendances lourdes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vieillesse de la population - Augmentation des situations de perte d'autonomie - Diminution du nombre des aidants <p>Enjeux internes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contraintes financière - Cohérence de la politique publique départementale <p>Enjeux externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétences conjointes avec l'ARS/SROSMS - Partenariats multiples (NNSA, CNAV, Villes, CCAS...) <p>Schéma régional, priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réseau avec les CCAS - Territorialisation de l'action (équilibre des territoires) 	<p>Schéma départemental en faveur des personnes âgées</p>

Institution	Populations concernées	Mission cible	Missions volontaristes	Enjeux	Plans stratégiques
Agence Régionale de Santé	L'ensemble de la population	Champ sanitaire : USLD, réseaux de santé, HAD, Services de gériatrie Champ médico-social : Développement des places médicalisées en EHPAD, autorisation, tarification et contrôle, SSIAD Financement du Plan Alzheimer Articulation Sanitaire/médico-social : MAIA	Expérimentation, convention avec les départements	Tendances lourdes : - Vieillesse de la population - Augmentation des situations de perte d'autonomie	SROMS PRS PRIAC

Institution	Populations concernées	Mission cible	Missions volontaristes	Enjeux	Plans stratégiques
État : Direction départementale de la cohésion sociale	L'ensemble de la population	- Veille sociale - Politique de la ville - Intégration des populations immigrées - Aide à domicile non-médicalisée (au titre de la CNSA) - Développement de la vie associative		92 % des personnes âgées de 75 ans et plus en Île-de-France vivent à leur domicile. L'habitat et le logement sont des questions centrales. Voir également les plans nationaux	

Institution	Populations concernées	Mission cible	Missions volontaristes	Enjeux	Plans stratégiques
État : DRHHL	L'ensemble de la population	- Politique du logement			

Institution	Populations concernées	Mission cible	Missions volontaristes	Enjeux	Plans stratégiques
Caisse nationale d'assurance vieillesse	Retraités du régime général à titre principal et parmi eux, les retraités autonomes fragilisés.	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des carrières des salariés - Préparation et versement de la retraite - Soutenir les retraités fragilisés : maintien de l'autonomie, accompagnement personnalisé pour les personnes qui ne sont pas en situation de perte d'autonomie mais rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne et se trouvent socialement fragilisées, accompagnement particulier pour des publics fragilisés (chômage, veuvage) - Statistiques et prospective, - Recherches sur le vieillissement 	Développement des partenariats visant à améliorer/développer l'accompagnement des retraités dans une perspective de prévention.	<p>Tendances et enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> Allongement de la vie requérant une politique de prévention et d'accompagnement des retraités caractérisée par : <ul style="list-style-type: none"> - la création d'une offre de services « prévention » - le renforcement du traitement des situations et des publics spécifiques - la mise en œuvre de mesures de maintien de l'égalité de traitement - le suivi des structures d'aide à domicile - le développement des lieux de vie collectifs à dimension humaine 	Convention d'objectifs et de gestion 2009-2013 entre l'Etat et la CNAV

Institution	Populations concernées	Mission cible	Missions volontaristes	Enjeux	Plans stratégiques
Villes et Centres communaux d'action sociale	Population âgée de 60 ans et plus de chaque territoire Communal	<ul style="list-style-type: none"> - Politique d'action sociale en faveur des personnes âgées - Constitution de dossiers d'aide sociale (CCAS) - Prévention - Lien social - Accessibilité des bâtiments et de la voirie communale (loi de février 2005) - Aménagement du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de : <ul style="list-style-type: none"> • Logement foyer • EHPAD (Champigny) • Services à domicile • SSIAD - Aide aux aidants - Actions de prévention - Animation, culture, loisirs, sports - Développement social - Prévention santé - Coordination gérontologique - Concertation 	<ul style="list-style-type: none"> - Vieillesse de la population - Augmentation des situations de perte d'autonomie - Accessibilité financière des personnes âgées 	

(Cf. Tableau validé au Comité de pilotage du 18 octobre 2010)

OUVERTURE

DE PLACES EN ÉTABLISSEMENTS

Conformément aux diverses préconisations inscrites dans le troisième schéma, les appels à projets qui seront lancés durant les cinq années à venir prendront notamment en compte les axes suivants :

Adaptation de l'offre de places pour les personnes âgées Val-de-Marnaises afin de répondre à la demande, en veillant à équilibrer sa répartition dans l'ensemble du territoire.

Cette offre pourra être déclinée en :

- Places d'hébergement permanent
- Places d'accueil temporaire (accueil de jour et/ou hébergement temporaire)
- Avec des services adossés – exemple : Service d'aide ou de soins à domicile

Les secteurs dont le taux d'équipement est le plus faible seront priorités.

Évolution des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comme lieux de vie proposant des services de qualité.

Selon, notamment, les recommandations de la Haute Autorité de Santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance, de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et du Département.

En particulier :

- Promouvoir l'autonomie et l'exercice de choix de la personne dans tous les aspects de la vie quotidienne (aménagement, habillement, repas, exercice de la citoyenneté) dans le cadre du projet d'établissement
- Favoriser le maintien des liens familiaux et amicaux
- Développer le lien social et intergénérationnel
- Développer une approche globale du projet dans sa dimension collective (création de synergies entre l'EHPAD et ses partenaires publics, associatifs et professionnels sur le lieu d'implantation de l'établissement)

Chaque établissement veillera à définir sa démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

Les principes de management et d'amélioration continue seront retenus pour contribuer concrètement à la prévention et au traitement de la maltraitance par le biais de l'écoute des résidents et de la prise en compte du point de vue de tous les professionnels intervenant dans la structure.

La qualification du personnel devra être adaptée (formation initiale et continue), tant pour la direction, l'encadrement, les personnels auprès des personnes âgées et les personnels d'administration ou techniques.

Un accent particulier sera mis sur les actions de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la santé au travail.

Adaptation de l'offre pour les personnes âgées à des besoins croissants mais évolutifs dans leur nature

Une attention particulière doit être portée sur l'accompagnement spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée ainsi que sur les modalités d'accueil temporaire.

Les établissements devront également être en mesure d'apporter une offre de services vers les personnes à domicile prenant appui sur les savoir-faire existants dans l'établissement en partenariat avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Toute forme innovante d'accompagnement contribuant à l'amélioration de la prise en charge et à l'autonomie des personnes accueillies devra être recherchée.

Inscription dans un tissu urbain accessible et un partenariat local.

Les établissements devront s'inscrire dans un maillage territorial des partenaires du secteur gérontologique concerné (médecine libérale, établissements de santé, consultation mémoire, SSIAD, services d'aide et d'accompagnement à domicile, autres établissements et services médico sociaux, CLIC...).

Prise en compte du nécessaire soutien aux aidants.

Une offre de répit pour les aidants devra être recherchée.

Respect d'un certain nombre de critères architecturaux et environnementaux.

- Des espaces verts accessibles aux résidents seront privilégiés et la hauteur des bâtiments sera prise en compte.
- Le choix sera porté sur les chambres individuelles avec sanitaire dont la surface devra avoisiner les 20 m² (précisé dans chaque appel à projet).
- Les locaux devront présenter des aménagements architecturaux spécifiques permettant d'accueillir, sur tout ou partie de ses capacités, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et un espace dédié à l'accueil des familles.
- Le projet architectural devra prendre en compte la problématique de Développement durable choix des matériaux, gestion de l'énergie et de l'eau, confort et santé (acoustique, isolation, hygrothermie...), et concilier la dimension économique (efficacité économique), la dimension sociale (santé, logement, emploi) et la dimension environnementale (préservant les ressources naturelles et veillant à une gestion responsable de l'environnement).

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS ACTUELS ET CAPACITÉS

EHPAD	Situation au 01/09/2012 (source Conseil général Service Projets et structures)	H. Permanent Autorisé	H. Permanent Installé	H. Temporaire Autorisé	H. Temporaire Installé	Accueil de jour Autorisé	Accueil de jour Installé
	TOTAL VAL-DE-MARNE	6 259	5 165	180	143	303	222
ABLON-SUR-SEINE	Henri Laire	63	63			5	-
ALFORTVILLE	Le Grand Âge	141	141				
	Raymonde et Olivier Valibouse	36	-				
ARCUEIL	La Maison du Grand Cèdre	81	81	4	4	6	-
BOISSY-SAINT-LÉGER	Harmonie (Ville de Paris)	(162)					
BONNEUIL-SUR-MARNE	Résidence des Bords de Marne	110	110				
	SOS Habitat-Soins	80	-	4	-	6	-
BRY-SUR-MARNE	Fondation Favier	280	228	6	6	10	10
	Les Pères Blancs	48	48				
CACHAN	Cousin de Méricourt (Ville de Paris)	(366)					
	Maison de la Bièvre	63	63				
	Saint-Joseph	161	161	4	4	10	-
CHAMPIGNY-SUR-MARNE	Les Opalines	82	82			6	6
	MAPAD Joseph Guittard	72	72	5	5		
CHARENTON-LE-PONT	EHPAD de Charenton	68	-	2	-	6	-
CHEVILLY-LARUE	Saint Jean Eudes	71	58	3	-	6	-
CHOISY-LE-ROI	COALLIA	76	-	4	-	10	-
	Georges Léger	54	54	5	1	6	6
CRÉTEIL	Casalis	80	-	4	-	10	-
	Résidence Claude Kelman	75	75				
FONTENAY-SOUS-BOIS	Accueil Saint-François	51	51			6	6
	Hector Malot	295	295			10	10
	La Dame Blanche	125	125				
FRESNES	Soleil d'Automne	60	60	4	4	6	6
GENTILLY	Le Sacré Cœur	95	95				
IVRY-SUR-SEINE	Charles Foix (APHP)	30	30				
	l'Orangerie	133	-	7	-	10	-
	Tiers Temps Ivry	40	40	9	9	15	15
JOINVILLE-LE-PONT	ORPEA-Vallée de la Marne	80	-	9	-		
LA QUEUE-EN-BRIE	Les Murets (voir USLD)	-					
LE KREMLIN-BICÊTRE	Tiers Temps Bicêtre	134	134				
LE PERREUX-SUR-MARNE	Gourlet Bontemps	83	83				
	La Cascade	80	80	5	5	6	6
	Les Lierres	79	79	9	9	6	6
L'HAY-LES-ROSES	Jean XXIII	90	90				
	Résidence Pierre Tabanou	67	33	11	11	6	6
LIMEIL-BRÉVANNES	Émile Roux (APHP)	59	59				

	Les EHPAD publics du Val-de-Marne	120	-			12	-
MAISONS-ALFORT	Résidence Médicis	84	84	15	15		
	Résidence Simone Veil	56	56			7	7
	Tiers Temps – Maisons-Alfort	64	64				
MANDRES-LES-ROSES	Normandy Cottage	76	76	5	5	6	6
	Résidence Verdi	77	77				
NOGENT-SUR-MARNE	Fondation Lepoutre	36	36			10	10
	Maison Nationale des Artistes	75	75				
	Maison de retraite Africa	80	60	2	2	7	7
NOISEAU	Fondation Favier	16	16				
ORLY	La Maison du Saule Cendré	80	80	2	2		
ORMESSON-SUR-MARNE	Les EHPAD publics du Val-de-Marne	84	-				
RUNGIS	EHPAD de Rungis	76	76	4	4	10	10
SAINT-MANDÉ	Les EHPAD publics du Val-de-Marne	66	-				
	Résidence Sénior "Lanmodez"	70	70	2	2	6	6
SAINT-MAUR-DES-FOS-SÉS	L'Abbaye - Les Bords de Marne	198	198	11	11	25	25
	Le Jardin de Neptune	78	78				
	Les Fleurs Bleues	37	37	3	3	6	6
	Résidence de l'Orme	72	72	8	8	10	10
	Résidence Sévigné	101	101	2	2		
	Villa Saint-Hilaire	39	39				
SAINT-MAURICE	Le Val d'Osne	87	87	3	3		
	Les Jardins des Acacias	53	53				
SANTENY	Le Parc de Santeny	70	70				
SUCY-EN-BRIE	La Cité Verte	110	110			7	7
	Les Cèdres	76	76	6	6	6	6
	Résidence Les Tilleuls	48	48				
THIAIS	Résidence Médicis	80	80	5	5		
VALENTON	Les Pastoureaux	84	84	4	4	11	11
VILLECRESNES	La Maison du Jardin des Roses	82	82	2	2	6	6
	Saint-Pierre	86	86	4	4	6	6
VILLEJUIF	ARPAD (Paul Brousse)	152	-				
	Paul Brousse (APHP)	78	78				
VILLENEUVE-SAINT-GEORGES	Les Vignes	46	46				
	Résidence Beauregard	86	86	2	2	6	6
VILLIERS-SUR-MARNE	Le Vieux Colombier	220	220				
VINCENNES	Le Verger de Vincennes	102	102	5	5	6	6
VITRY-SUR-SEINE	Les Lilas	72	72			10	10

USLD	Situation au 01/09/2012 (source Conseil général - Service projets et structures)	Hébergement	Hébergement
		Autorisé	Installé
TOTAL VAL-DE-MARNE		983	983
IVRY-SUR-SEINE	Charles Foix (APHP)	370	370
LE KREMLIN-BICÊTRE	Le Kremlin-Bicêtre (APHP)	104	104
LIMEIL-BRÉVANNES	Émile Roux (APHP)	311	311
VILLEJUIF	Paul Brousse (APHP)	109	109
LA QUEUE-EN-BRIE	Les Murets (CHS)	43	43
VILLENEUVE-SAINT-GEORGES	Les Vignes (CHIV)	46	46

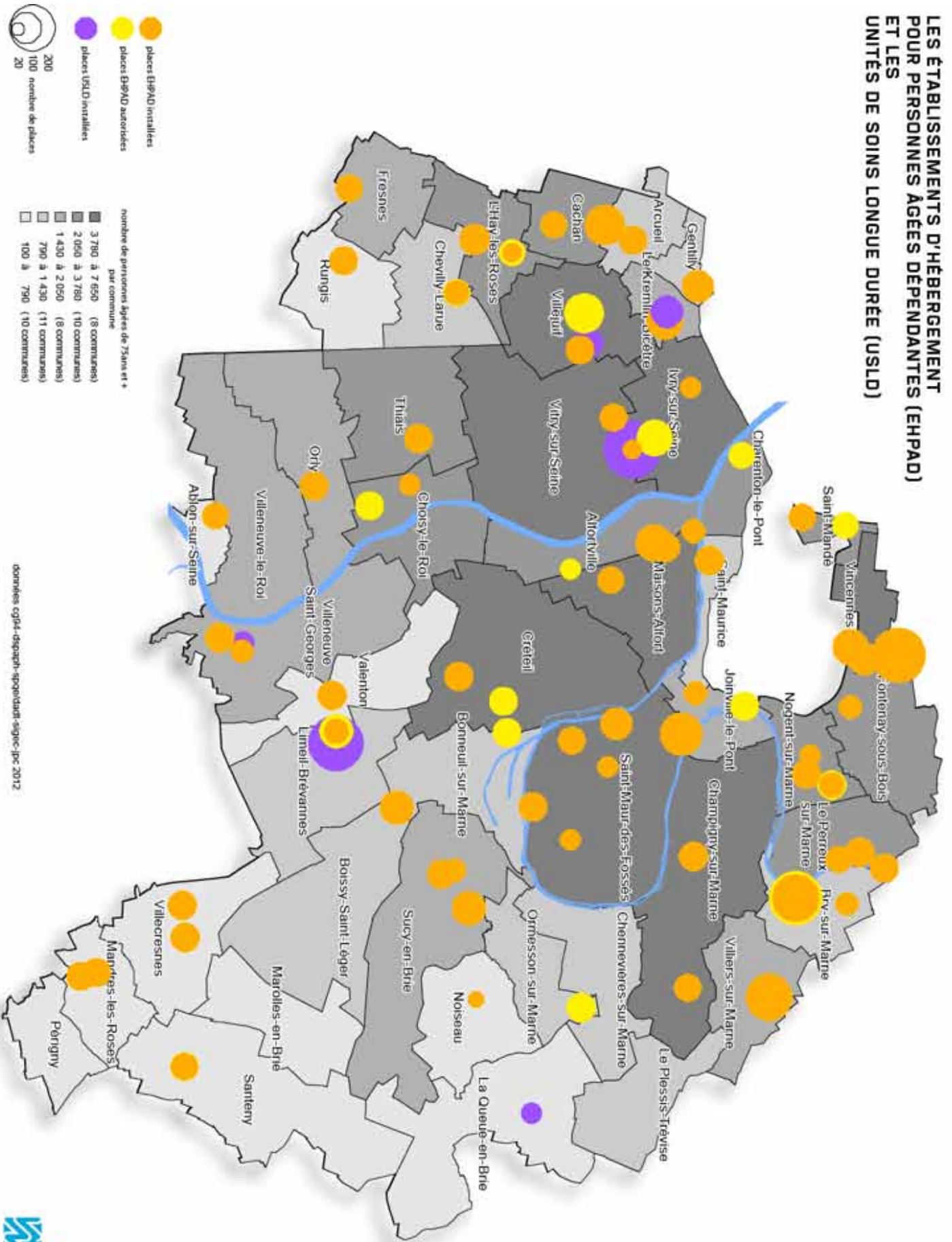
ACCUEIL DE JOUR	Situation au 01/09/2012 (source Conseil général - Service projets et structures)	Accueil	Accueil
		de jour Autorisé	de Jour Installé
TOTAL VAL-DE-MARNE		25	25
VILLEJUIF	Casa Delta 7*	25	25

*Accueil de jour spécialisé : Prise en charge médicale ,psychologique et sociale des personnes désorientées et des familles

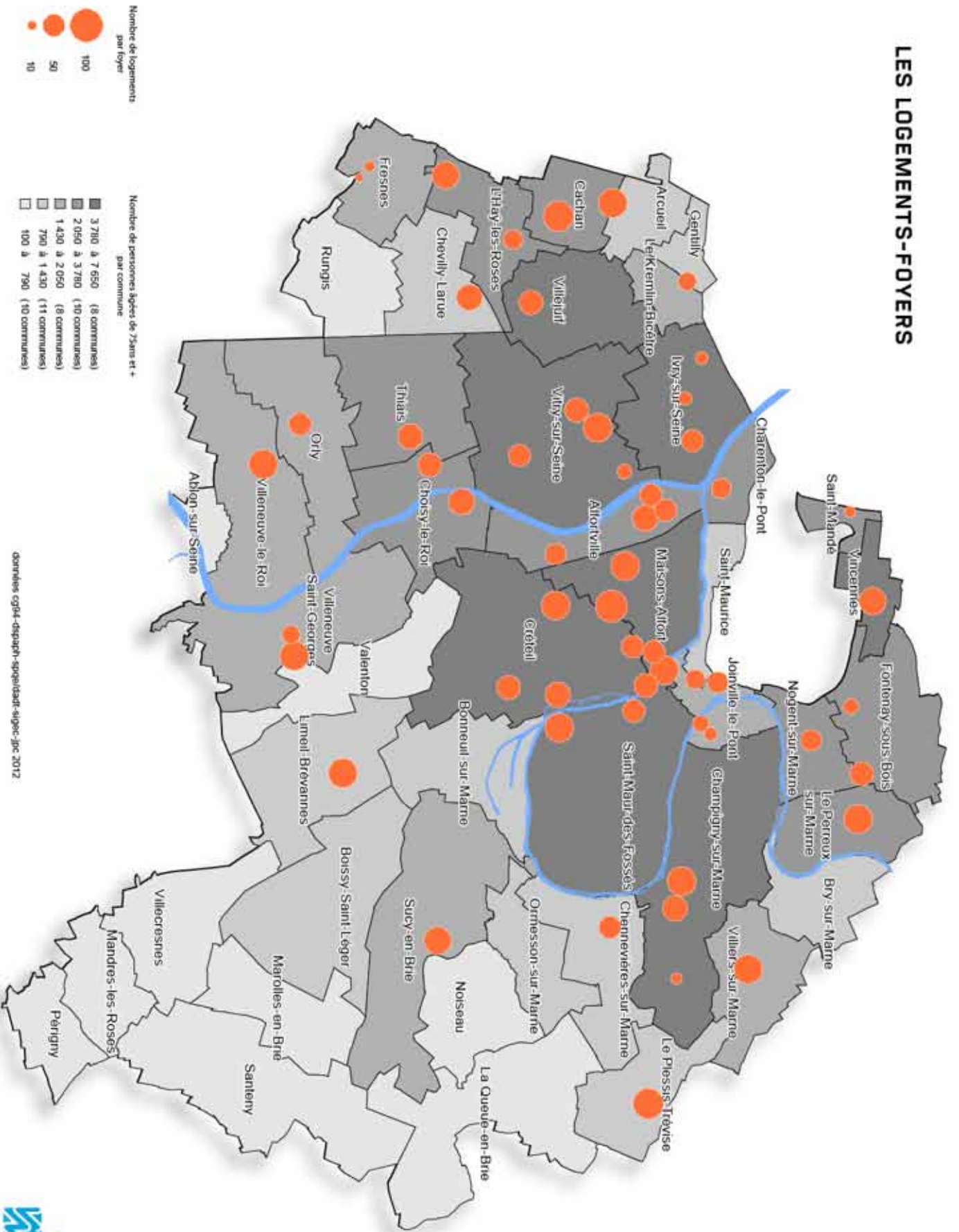
LOGEMENTS FOYERS	Situation au 01/08/2011 (source Conseil général - Enquête Habitat inter-médiaire)	Nombre de	Nombre de
		logements	résidents au 31 juillet 2 011
TOTAL VAL-DE-MARNE		3147	3000
ALFORTVILLE	Résidence de l'Europe	45	45
	Résidence de l'Union	50	50
	Résidence Pierre Curie	51	51
	Résidence Voltaire	69	69
CACHAN	Résidence de l'Aqueduc	82	82
	Résidence du Moulin	84	90
CHAMPIGNY-SUR-MARNE	Foyer Soleil – Hameaux du Plateau	65	77
	Résidence G. Monmousseau	14	14
	Résidence Louis Talamoni	78	78
CHARENTON-LE-PONT	Résidence Jeanne d'Albret	40	40
CHENNEVIÈRES-SUR-MARNE	Résidence R. Landry	49	49
CHEVILLY-LARUE	Le Chêne rouge (les Sorbiers)	68	68
CHOISY-LE-ROI	Résidence Benoît Frachon	56	56
	Résidence Pierre Brossolette	68	68
CRÉTEIL	Le Cèdre bleu	56	60
	Foyer Soleil des Bordières	49	43
	Résidence Joseph Franceschi	63	61
	Résidence Le Halage	55	38
	Résidence Marivaux	77	73

FONTENAY-SOUS-BOIS	Résidence Gaston Charles	27	25
FRESNES	Logement Foyer – La Poterne	9	14
	Logement Foyer – Maurice Ténine	13	16
GENTILLY	Résidence de la Bièvre	35	38
IVRY-SUR-SEINE	Résidence Ambroise Croizat	20	18
	Résidence Chevaleret	48	48
	Résidence Danielle Casanova	22	21
JOINVILLE-LE-PONT	Résidence Dagoty	30	30
	Résidence Jean Jaurès	45	45
	Résidence Wilson	22	22
LE PERREUX-SUR-MARNE	Foyer Résidence Villa Renée	75	76
LE PLESSIS-TRÉVISE	Résidence du Prince de Conty	84	70
L'HAY-LES-ROSES	La Vallée aux Renards	74	74
	Résidence Tabanou	40	40
LIMEIL-BRÉVANNES	Résidence Arletty	82	95
MAISONS-ALFORT	Résidence les Planètes	51	51
	Résidence Les Arcades	80	80
	Résidence Louis Fliche	79	79
	Résidence Maryse Bastié	96	102
NOGENT-SUR-MARNE	Résidence Le Cèdre	44	32
	Résidence des Villemain	57	37
ORLY	Foyer Georges Meliès (G. Moquet)	53	53
SAINT-MANDÉ	Lenoir-Jousserand	15	15
	Lenoir-Jousserand2 (CCAS Paris)	(100)	-
SAINT-MAUR-DES-FOS- SÉS	Foyer-Résidence de la Pie	78	78
	Foyer-Résidence Joaquim du Bellay	54	54
SAINT-MAURICE	Résidence de Presles	38	38
SUCY-EN-BRIE	Résidence Les Terrasses de Sucy	73	73
THIAIS	Résidence de L'Espérance	64	65
	Résidence des Beaudemons (CCAS Paris)	(54)	-
VILLEJUIF	Résidence les Lozait	59	59
VILLENEUVE-LE-ROI	Résidence Jean Rostand	80	80
VILLENEUVE-SAINT- GEORGES	Foyer logement l'Accueil 1	36	14
	Foyer logement l'Accueil 2	80	69
VILLIERS-SUR-MARNE	Résidence des Courts Sillons	75	75
VINCENNES	Résidence du Centre Social	74	24
VITRY-SUR-SEINE	Henri Barbusse	59	44
	Justin Delbos	25	24
	Lucien Français	49	36
	Paul et Noémie Froment	83	74

LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)
ET LES
UNITÉS DE SOINS LONGUE DURÉE (USLD)



LES LOGEMENTS-FOYERS



► CONTACT

**Direction des services
aux personnes âgées et
aux personnes handicapées**
Service prospective qualité, évaluation

Immeuble Solidarités
7-9, voie Félix-Éboué
94054 Créteil cedex

Service accueil et information
Tél. : 01 43 99 75 75