

3.1.2.3 L'offre pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Le tableau ci-dessous, fait un point sur les places dédiées à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, étant précisé qu'il s'agit de dispositifs dont la montée en charge est encadrée par le Plan Alzheimer 2008/2012. On constate de fortes disparités territoriales, notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne.

Accueil personnes âgées Alzheimer en EHPAD, centre de jour, résidence d'hébergement temporaire médicalisée : places financées au 31/3/2011

	hébergement complet	Hébergement temporaire		accueil de jour		Total Alzheimer	Ratio pour 1 000 de 75 ans et plus
	EHPAD	EHPAD	Résidence médicalisée	EHPAD	Centre de jour et résidence médicalisée		
Côte d'Or	437	57	0	91	66	651	13,41
Nièvre	32	7	0	47	6	82	3,14
Saône et Loire	334	53	0	142	0	529	8,10
Yonne	49	50	7	104	3	213	5,59
Bourgogne	852	167	7	384	75	1486	8,19

3.1.2.4 La coordination gériatrique, fondamentale, est assurée par de nombreux dispositifs :

- 10 réseaux gériatriques et 1 réseau Alzheimer, particulièrement développés en Bourgogne mais qui ne couvrent que 49 % du territoire,
- groupements de professionnels de santé avec un volet gériatrie
- 18 centres locaux d'information et de coordination (CLIC) relevant des conseils généraux : 0 en Côte d'Or car repris par le CG21 avec en projet, la création d'antennes relais de la maison départementale de l'autonomie, 3 dans la Nièvre, 9 en Saône et Loire, 6 dans l'Yonne mais tous les territoires ne sont pas couverts (Saône et Loire) et leurs degrés de labellisation varient
- des guichets uniques, mutualisant les compétences des CLIC, services à domicile...
- les futures maisons départementales de l'autonomie...

La multiplicité des structures pose un problème de lisibilité pour le public et la question de leur rôle qui doit être évalué pour améliorer la complémentarité des dispositifs en fédérant l'existant. Une cartographie consolidée des instances de coordination et de leurs périmètres d'intervention reste à réaliser.

A noter qu'une réflexion est en cours au niveau national sur la redéfinition des dispositifs de coordination et sur la mission des réseaux gériatriques.

3.1.2.5 l'offre de soins

Le SROS hospitalier et ambulatoire fait un diagnostic précis de l'offre des soins. Ne sont repris ici succinctement que les principaux éléments touchant le secteur médico-social :

- une démographie inquiétante des professionnels de santé avec une densité très inférieure à la moyenne nationale pour tous les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, chirurgiens dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers. Ce déficit de professionnels de santé est aggravé par leur répartition inégale sur le territoire avec des fragilités dans les zones enclavées telles que le Morvan. Le vieillissement des médecins généralistes (42% des 1508 médecins ont plus

de 55 ans en 2010) et les perspectives limitées de remplacement pourraient faire chuter leur effectif de 21% en 2015. (voir la partie ambulatoire du SROS)

- 9 filières gériatriques (service de court séjour gériatrique + hôpital de jour + consultation mémoire + SSR préconisé) dont 2 restent incomplètes (Nièvre et Yonne) : les liens avec le secteur médico-social sont à développer.
- sur les soins de suite et de réadaptation (SSR), le SROS révisé pour la période 2009/2011 a identifié des mentions "personnes âgées" (PA) pour chacun des territoires de santé. Actuellement 8 établissements disposant d'une autorisation d'activité de SSR ont une mention PA en Côte d'Or, 5 dans la Nièvre, 8 en Saône et Loire et 5 dans l'Yonne. La coordination entre les services de court séjour, les soins de suite et le secteur médico-social conditionne l'orientation du patient âgé dans la structure la plus adéquate à ses besoins : son développement doit être favorisé.
- l'hospitalisation à domicile (HAD) assure au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés : le SROS 2006-2011 avait notamment pour objectifs de créer une structure d'HAD dans chaque territoire de santé. Il existe actuellement 21 structures d'HAD mais 5 autorisations ne sont pas encore mises en œuvre. On note des difficultés de couverture des zones rurales et l'HAD apparaît comme insuffisamment prescrite par les médecins traitants et les médecins hospitaliers. Là encore, les liens sont à développer entre les professionnels de santé libéraux, les maisons médicales, les réseaux, les SSIAD, les hôpitaux, ...
- la région dispose de 160 lits identifiés de soins palliatifs ce qui paraît suffisant et 12 équipes mobiles de soins palliatifs financées sur les Missions d'Intérêt Général, crédits en baisse : pourtant l'objectif serait de conforter leur fonctionnement pour leur permettre de mieux intervenir au domicile et en milieu médico-social, notamment en EHPAD ; 4 réseaux de soins palliatifs dont 2 seulement ont un ressort territorial départemental (Nièvre et Yonne). Le maillage de la région reste à parfaire, que celui-ci soit assuré par une équipe mobile ou un réseau. Enfin, une seule unité de soins palliatifs existe au sein du CHU de Dijon.

3.1.2.6 l'évolution de l'offre médico-sociale en 2007 et 2009

places installées	au 31/12/2007	au 31/12/2009	évolution
SSIAD	2 924	3 259	11,5%
AJ	133	378	184,2%
HT	90	323	258,9%
EHPAD	19 052	21 448	12,6%
Total Bourgogne	22 189	26 408	14,6%

Source: dialogue de gestion CNSA (bilan d'étape du PSGA)

L'offre globale pour personnes âgées connaît une progression importante entre 2007 et 2009, sous l'impulsion notamment du Plan Solidarité Grand Age (PSGA) qui préconise le développement des SSIAD, des accueils de jour et de l'hébergement temporaire dans le cadre du libre choix du domicile, ainsi que la poursuite de l'effort de création de places en établissements avec une répartition équitable sur le territoire, et le renforcement de la médicalisation des EHPAD.

3.1.2.7 les ressources humaines : un secteur en difficultés

Les ressources humaines constituent une condition essentielle de mise en œuvre de la programmation, alors que la région connaît de réelles difficultés de recrutement de personnels qualifiés, en particulier sur le secteur des personnes âgées.

Un secteur d'emploi important mais un marché difficile à analyser

Dans le projet de contrat d'objectifs des métiers du social 2011/2015, le Conseil régional de Bourgogne souligne qu'en 2010, ce sont près de 50 000 personnes qui sont employées comme travailleurs sociaux, aides à domicile, salariés des établissements et services sociaux en Bourgogne. Tous métiers confondus, les 3 premiers secteurs d'emploi sont : l'aide à domicile (21% des emplois), les personnes âgées (20%) et la petite enfance (16%).

Il constate aussi la difficulté de quantifier et d'analyser le marché du travail du secteur social partagé entre de nombreux sous-secteurs (dont personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, aide à l'enfance en difficultés, lutte contre les exclusions...) et de nombreux statuts (associatif, fonction publique territoriale, hospitalière, privé commercial...). Par ailleurs, l'évaluation des besoins en emplois et en personnels qualifiés au niveau régional est complexe compte tenu de la multiplicité des publics, des types d'établissements et du fort impact des grandes politiques publiques qui créent des emplois dédiés et déterminent de nouvelles professionnalités (ex : autisme, Alzheimer...).

Un dispositif d'observation dynamique et partenarial des emplois des métiers et des qualifications du secteur a donc été confié au C2R Bourgogne pour contribuer à l'analyse des besoins et à la formalisation des attentes des employeurs du social en termes d'emplois et de qualifications : le financement est assuré par le conseil régional et l'Etat pour la période 2011/2015.

Globalement les métiers du social sont attractifs pour les jeunes et les demandeurs d'emploi, ce qui explique qu'il y ait peu de tension du marché du travail pour ces professions à l'exception du secteur des personnes âgées et de certains territoires moins attractifs que d'autres (zones rurales notamment de l'Yonne et de la Nièvre touchées pour les infirmiers (IDE), les aides soignants (AS) mais aussi les médecins et les kinésithérapeutes).

Un secteur en difficulté pour les personnes âgées

Dans l'ensemble de la région se posent de réelles difficultés de recrutement de personnel qualifié tant en EHPAD que pour les services de soins infirmiers à domicile (AS, AMP, IDE mais aussi kinésithérapeutes, médecins coordonnateurs...).

Ce constat est valable pour les autres professionnels de santé, notamment les médecins, les chirurgiens dentistes, les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures/podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens...

Le SROS ambulatoire aborde ce problème de déficit de l'offre ambulatoire.

Selon l'enquête DRASS EHPA 2007, début 2008, près de 14 900 personnes travaillent en Bourgogne dans les établissements et services pour personnes âgées dont 84% en maison de retraite, 10% en USLD et 6% en centres d'accueil de jour : par rapport à l'enquête EHPA 2004, l'effectif est en hausse de +17% pour une augmentation de 2% des capacités d'accueil.

Au début 2008, les établissements pour personnes âgées déclarent environ 272 postes non pourvus depuis 6 mois et plus (2% du total des postes); plus des ¾ de ces postes sont en maisons de retraite.

La répartition des postes non pourvus concerne 71 postes infirmiers, 69 postes aides soignantes, 5 aides médico-psychologiques et 126 postes « autres ».

Ces postes vacants sont répartis pour : 27% en Côte d'Or, 15% dans la Nièvre, 38% en Saône-et-Loire, 20% dans l'Yonne.

A titre indicatif, une étude publiée en novembre 2009²⁵ a évalué les besoins en emplois complémentaires de personnels liés à la programmation du PRIAC de l'époque, dans le secteur du handicap et des personnes âgées : 250 ETP d'aides soignants et 75 ETP d'infirmiers.

²⁵ Etude menée par le cabinet Ithaque sur « l'adéquation entre les besoins en emplois identifiés et l'offre de formation paramédicale et sociale régionale dans le cadre de l'évolution du secteur médico-social en Bourgogne » : financée par la DRASS, elle a porté sur 566 établissements et services dans le champ du PRIAC et a été publiée en novembre 2009.

Il n'y a pas de problème de flux de formation des aides médico-psychologiques (AMP) mais une problématique de positionnement de cette formation notamment dans le secteur des personnes âgées où elle est en concurrence avec les AS souvent préférés par les employeurs. Elle est pourtant bien adaptée aux pathologies cognitives telles que la maladie d'Alzheimer et les suites d'AVC.

La poursuite de la collaboration avec le Conseil régional est indispensable pour résoudre ces problèmes de qualification et d'attractivité.

3.1.2.8 Le financement des établissements et services pour personnes âgées

Les établissements et services pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont financés par l'assurance maladie (AM), la CNSA et les conseils généraux, conjointement ou exclusivement. Ces financements complexes sont détaillés à la fin de l'annexe 17.

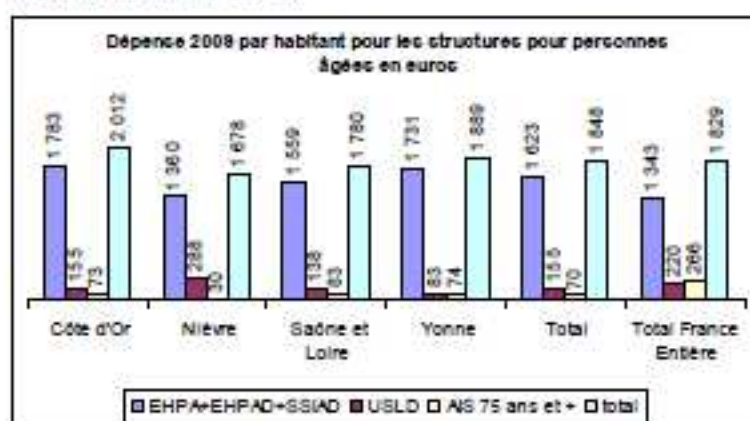
Dépenses 2009 AM/CNSA pour le financement des établissements et services pour personnes âgées

	EHPA + EHPAD + SSIAD	USLD	AS 75 ans et +	total
Dépenses AM et CNSA 2009 tous régimes pour les personnes âgées	281 885 000	26 985 000	12 171 000	321 041 000

Sources: CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CNAMTS/ SNIRAM, ARS

Le montant des dépenses AM/CNSA 2009 s'élève à 321 millions d'€. Elles représentent 3,22% des dépenses totales France entière alors que la population de 75 ans et + de Bourgogne représente 3,19% du total national.

La dépense globale par habitant de la région (1 848 €) pour les personnes âgées est proche de la moyenne nationale (1 829 €).



Sources: CNSA (dépense AM en euro/hab), INSEE, CNAMTS/ SNIRAM, ARS

Des disparités entre les départements sont à relever puisque l'écart entre la Nièvre qui a le ratio le plus faible (1 678 €) et la Côte d'Or (2 012 €), est de 334 €.

Par contre, la Nièvre a un ratio supérieur à la moyenne nationale en USLD (288 €).

Les chiffres de la campagne budgétaire 2010 montrent la forte prépondérance des structures d'hébergement par rapport aux structures de maintien à domicile car 83% de l'enveloppe régionale 2010 dédiée aux personnes âgées finance des EHPAD et seulement 17% des structures de maintien à domicile (SSIAD, AJ et HT).

Parti des différentes structures dans la campagne budgétaire 2010

Structure	Bourgogne	
	En euros	En % âge de l'enveloppe 2010 (déc. 2010)
EHPAD	250 918 479	83%
SSIAD	44 315 409	15%
AJ	4 132 558	1%
HT	2 772 878	1%
total 2010	302 139 324	100%

En Bourgogne, la dépense 2009 en actes infirmiers de soins (AIS) est très inférieure à la moyenne nationale ce qui signifie que les infirmiers libéraux (IDEL) font peu d'actes de nursing. La Nièvre, déficitaire en IDEL, a développé les SSIAD et son taux d'équipement est le plus élevé de la région.

Ces comparaisons de dépenses par habitant complètent l'appréhension du besoin par les taux d'équipement qui varient selon l'évolution du nombre de personnes âgées. A noter que les projections de population montrent sur le moyen terme une stabilisation voire une baisse des plus de 75 ans liée aux classes creuses de la 2^{ème} guerre mondiale : cette tendance va augmenter mécaniquement les taux d'équipement. A noter cependant la hausse continue des 85 ans et plus jusqu'en 2018.

Pour avoir une vision complète du coût des établissements et services pour personnes âgées en Bourgogne, il faut ajouter les dépenses des conseils généraux estimées à 129, 817 millions d'€ en 2008 (source DREES enquête sur l'aide sociale départementale).

3.2 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.2.1 Objectif général n° 18 : promouvoir la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD

L'espérance de vie de la population bourguignonne est en progression comme dans le reste de la France (84.3 ans pour les femmes et 78.8 ans pour les hommes en 2007), avec une augmentation de l'espérance sans incapacité. En 2008, d'après l'INSEE, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance, c'est-à-dire sans limitation d'activités, est de 64.2 ans pour les femmes et de 63.1 ans pour les hommes : il y a donc encore des marges de progrès. Comme l'indique le Conseil de la CNSA *"la promotion de l'espérance de vie sans incapacité est un enjeu majeur"*²⁶. Dans ce contexte, la prévention de la perte d'autonomie commence dès le plus jeune âge et s'adresse à l'ensemble de la population (nutrition, sédentarité, tabagisme...) pour limiter les cancers, maladies cardio-vasculaires.... Elle concerne aussi, de façon plus ciblée, les personnes âgées de plus de 75 ans fragilisées par le vieillissement, qu'elles soient ou non touchées par la perte d'autonomie, afin qu'elles aient accès aux dispositifs de prévention, d'éducation pour la santé et de soins.

Les débats sur la réforme dite de la dépendance ont également mis l'accent sur le développement de la prévention.

Enfin, le groupe de travail sur le parcours de vie des personnes âgées a confirmé l'importance de la prévention, de l'éducation thérapeutique et de la promotion de la santé tant à domicile qu'en EHPAD, à destination des personnes elles-mêmes, des aidants naturels et des professionnels.

²⁶ la conférence de presse du 27 avril 2011 du Conseil de la CNSA "pour une politique de prévention au service de l'autonomie"

Sur un plan plus général, la prévention passe également par la gestion du risque infectieux lié aux soins (IAS), avec l'élaboration de plans et programmes de prévention des IAS.

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées s'inscrit aussi dans la politique des conseils généraux à travers leurs schémas départementaux qui soutiennent la politique de prévention des caisses retraite, notamment les ateliers «mémoire, équilibre, médicaments et alimentation» du dispositif "Santé Séniors", les ateliers du "Bien Vieillir", le "Pack Euréka" d'entretien de la mémoire, des ateliers "conduite séniors et visio test"...Le Conseil général de l'Yonne finance aussi des activités physiques avec un éducateur sportif à domicile et en établissement.

L'un des 10 objectifs du schéma prévention de l'ARS concerne le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, orientation stratégique du PSRS : il est à l'origine de l'objectif spécifique n°18.6 ci-dessous.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n° 18.1 Promouvoir la culture de la prévention de la perte d'autonomie dans les formations initiales et continues des professionnels de santé</p>	<p>Formations initiales : cf. SROS A : objectif d'insertion dans les cours et informations aux étudiants de thèmes sur l'éducation à la santé, la connaissance des handicaps, la gérontologie</p> <p>Formations continues : inscription de la formation à la prévention dans les contrats avec les SSIAD, EHPAD...</p> <p>Sensibilisation des unions régionales des professionnels de santé (URPS)</p>
<p>Objectif spécifique n° 18.2 Veiller à la formation des intervenants à domicile (SSIAD, aidants naturels) à la prévention au quotidien (alimentation, nutrition, hygiène bucco-dentaire, incontinence, logement, accidents de la vie courante, dégradation de l'état de santé...) Leur intervention doit s'inscrire en continuité, complémentarité et coordination avec le suivi médical des personnes aidées.</p>	<p>Formation à inscrire dans les contrats avec les SSIAD (avenants systématiques) qui pourraient aussi informer les aidants naturels</p> <p>Sensibilisation de l'URPS médecin</p> <p>S'appuyer sur l'expérience des caisses retraite, dont la MSA et notamment la CARSAT qui forme ses évaluateurs des plans d'aide à la prévention (santé, habitat, précarité énergétique, sensibilisation des personnes âgées aux risques</p> <p>Voir si les conseils généraux acceptent d'inclure ce type de formation dans les conventions de modernisation des SAD/CG/CNSA</p> <p>Association des CCAS/CIAS (services de portage de repas, actions de prévention menées...)</p>
<p>Objectif spécifique n° 18.3 Développer des actions de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse notamment en sensibilisant les médecins traitants et les pharmaciens</p>	<p>Sensibilisation des URPS médecins et pharmaciens (rôle des pharmaciens notamment sur la bonne utilisation des génériques, dossier pharmaceutique mis en place par l'Ordre des pharmaciens...rôle aussi sur la gestion de l'incontinence)</p> <p>Programme régional de gestion du risque : les priorités fixées aux ARS concernent la qualité et l'efficacité de la prescription dans les EHPAD.</p> <p>Intégration dans les CPOM, conventions tripartites avec les EHPAD, contrats locaux de santé</p>
<p>Objectif spécifique n° 18.4 Promouvoir la culture de la gestion des risques notamment des infections liées aux soins</p>	<p>En attente du plan national de prévention des infections liées aux soins (IAS) en ESMS, dans le cadre du plan stratégique de prévention des IAS, avec notamment des autoévaluations prévues</p>

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
	<p>Programme régional qualité des soins et gestion des risques</p> <p>Plan local de lutte contre les IAS à élaborer par les ESMS</p> <p>Programme de renforcement des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) qui vont se déplacer dans des ESMS</p> <p>Programme annuel de contrôle des règles d'hygiène (DASRI, légionnelles)</p>
<p>Objectif spécifique n° 18.5</p> <p>Généraliser l'évaluation gériatrique standardisée lors de la réalisation de bilans d'entrée en EHPAD</p>	<p>Intégration du thème dans les CPOM, conventions tripartites avec les EHPAD</p>
<p>Objectif spécifique n° 18.6</p> <p>Promouvoir le développement d'une stratégie de prévention au sein des établissements accueillant des personnes âgées s'appuyant sur des actions de santé publique notamment sur l'hygiène bucco-dentaire et la prévention des chutes mais aussi sur des actions de santé environnementale</p>	<p>Elaboration d'un programme par établissement de sensibilisation des professionnels sur l'hygiène bucco-dentaire et instauration d'un service de prise en charge effective</p> <p>Réalisation d'audits énergétiques pour améliorer le confort d'été</p> <p>En lien avec les maisons départementales de l'autonomie</p>
<p>Objectif spécifique n° 18.7</p> <p>Développer des coopérations / partenariats avec des professionnels de santé (exemple : dentistes, ophtalmologistes, spécialistes des appareillages auditifs) pour des actions de prévention ou de suivi en EHPAD</p>	<p>Sensibilisation des URPS médecins et dentistes pour que les professionnels de santé se déplacent dans les EHPAD</p> <p>Intégration du thème dans les CPOM, conventions tripartites avec les EHPAD</p>

Le schéma régional de prévention a, par ailleurs, un objectif général sur le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, avec l'ambition de doubler le nombre de personnes de 70 ans et plus à domicile bénéficiant d'au moins deux modules de prévention des pertes d'autonomie liées au vieillissement, ces actions étant ouvertes au public handicapé à domicile; cet objectif se décline ainsi :

- Valoriser le dispositif « Santé Séniors » comme référentiel en matière d'intervention pour la prévention de la perte d'autonomie;
- Développer de nouveaux types d'intervention : ex : préparation à la diminution de la vision, de l'audition, soutien psychologique ou accompagnement de l'état dépressif;
- Poursuivre les activités physiques adaptées organisées par les communes; possibilité d'étendre ses séances au domicile des personnes dépendantes;
- Promouvoir un carnet de liaison sénior des professionnels intervenant au domicile de la personne encore autonome sur des territoires expérimentaux;

D'autres objectifs plus larges du schéma prévention concernent aussi le secteur médico-social :

- Développer l'éducation thérapeutique pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques et poly pathologies;
- Inscrire 75% de la population des 50-75 ans dans la démarche organisée de dépistage des cancers du sein et 60% de la population dans le dépistage du cancer colorectal;
- Augmenter de 50% les crédits de prévention à l'horizon 2015, pour financer notamment les actions de prévention relevant d'opérateurs du secteur médico-social.

La partie ambulatoire du SROS prévoit enfin un objectif d'insertion dans les cours et les informations aux étudiants de thèmes sur l'éducation à la santé, la connaissance des handicaps, la gérontologie.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	% de SSIAD, d'EHPAD ayant un objectif de formation de leur personnel à la prévention de la perte d'autonomie dans leurs contrats signés avec l'ARS (CPOM...)	ND	100 %

3.2.2 Objectif général n°19 : privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile

D'après le rapport "Vivre chez soi"²⁷, remis en juin 2010 à la Secrétaire d'Etat en charge des Aînés, 90% des personnes de plus de 60 ans vivent à domicile et l'immense majorité souhaite vivre chez soi le plus longtemps possible. C'est de la responsabilité des pouvoirs publics de permettre la liberté de ce choix de vie et de faire en sorte qu'il puisse s'accomplir dans les meilleures conditions.

La politique nationale favorise depuis longtemps le maintien à domicile des personnes âgées, avec notamment le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) 2007/2012 qui comporte un important volet de maintien à domicile (59% des places nouvelles prévues), avec la création de places de SSIAD, d'hébergement temporaire (HT) et d'accueil de jour (AJ). Le Plan Alzheimer prévoit une prise en charge spécialisée (équipes spécialisées en SSIAD) avec des assistants de soins en gérontologie, un psychomotricien ou un ergothérapeute dans le cadre des SSIAD, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou de groupements de coopérations sociales ou médico-sociales (GCSMS).

Dans le bilan détaillé des plans de création de places²⁸, la CNSA estime qu'à l'issue de la 4^{ème} année du Plan Solidarité Grand Age (PSGA) 2007/2012, la cible de créations de places d'hébergement permanent a été dépassée, au détriment des SSIAD et offres de répit (AJ et HT) qui doivent donc être désormais privilégiés. Il faut cependant remarquer que le développement des AJ et HT est difficile car ils sont insuffisamment financés d'après les établissements, souvent vécus comme une porte d'entrée vers l'hébergement complet, et sans projet de service spécifique au sein de structures à vocation principale d'hébergement permanent : le fonctionnement de ces dispositifs est souvent opaque et disparate, marqué par des attentes et des pratiques diverses²⁹.

Par ailleurs, le groupe de travail national "accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie"³⁰ recommande de faire passer progressivement la proportion domicile/établissement de 60/40 à 70/30 d'ici 2030/2040. Il estime aussi qu'il faut redécouvrir le potentiel de l'hébergement intermédiaire (foyers logement, petites unités de vie, résidences services...).

Cette priorité sur le maintien ou le soutien à domicile fait partie des objectifs du PSRS et du CPOM de l'ARS. Elle est partagée par tous les schémas départementaux qui répondent de manière plus large aux besoins sociaux de l'ensemble de la population âgée et de la population handicapée (accès aux droits,

²⁷ Rapport "Vivre chez soi" rédigé par Alain FRANCO Professeur de médecine à Nice, président du Centre National de Référence – Santé à Domicile et Autonomie, présenté en juin 2010 à Mme Nora BERRA, Secrétaire d'Etat en charge des Aînés

²⁸ Dossier de presse du conseil de la CNSA du 5 juillet 2011 sur le bilan détaillé des plans de création de places

²⁹ Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : attentes, freins, et facteurs de réussites, GERONTO-CLEF, mars 2010, étude financée par la CNSA

³⁰ Groupe de travail animé par Mme Evelyne Ratte dans le cadre de la réflexion sur la réforme de la dépendance

logement, transports, insertion...) et permettent d'apprécier au plus près leurs besoins. Ils financent en particulier les services d'aide à domicile prestataires.

A l'occasion de l'élaboration de son schéma autonomie 2010/2014, le conseil général de Saône et Loire a fait une enquête auprès des habitants du département qui a recueilli 862 réponses, dont une majorité de 50 à 80 ans : 63% favorisent le maintien à domicile et 39% le soutien aux aidants³¹.

En Bourgogne, près de 89% des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile et parmi les 38 300 bénéficiaires bourguignons de l'APA en 2009, 59% vivent à domicile, notamment dans la Nièvre et en Saône et Loire.

Plus les Bourguignons âgés vivant à domicile avancent en âge, plus ils vivent seuls : c'est le cas de 22% des 60-74 ans, de 34% des 75-79 ans et de 42% des 80 ans et plus. Les effectifs de personnes âgées vivant seules sont plus élevés dans et à proximité des pôles urbains.

En moyenne, 40% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent dans un espace à dominante rurale (33% pour l'ensemble de la population de la région), avec des écarts selon les départements de la région (58% dans la Nièvre contre 32% en Côte-d'Or).

Le maintien à domicile doit s'appuyer sur une offre de proximité diversifiée, adaptable et en réseau avec les autres dispositifs, gérés notamment par les conseils généraux (aides à domicile...) qui doivent être des partenaires privilégiés, sans oublier les centres d'action sociale (CCAS/CIAS) à propos desquels une étude³² montre qu'ils gèrent un important volet de soutien à l'autonomie (portage de repas à domicile, téléalarme, prévention, aides à domicile, engagement dans un CLIC, transports adaptés, gestion de foyers restaurant...).

Enfin, la télémédecine peut favoriser l'accès aux soins dans les zones fragiles en professionnels de santé, et contribuer au maintien des personnes sur leur lieu de vie tant à domicile qu'en EHPAD, en limitant les hospitalisations non justifiées.

Au final, il s'agit de développer un accueil séquentiel et souple dans les structures pour favoriser le maintien à domicile et permettre un égal accès aux SSIAD.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 19.1 Développer et restructurer l'offre d'Accueil de Jour (AJ) de la région (évaluation du fonctionnement, maillage du territoire, mise en conformité avec le cahier des charges du Plan Alzheimer)	Evaluation sur place de tous les AJ de moins de 6 places selon des directives nationales. Voir cahiers des charges déjà existants Développement des liens entre les réseaux et les AJ
Objectif spécifique n° 19.2 Développer l'offre d'Hébergement Temporaire (HT) de la région (évaluation, maillage du territoire, élaboration d'un projet de service pour un retour à domicile)	Evaluation des HT dans le cadre des conventions tripartites et aussi sur place Développement des liens entre les réseaux et les HT Places d'HT systématiques dans les appels à projet d'EHPAD Etude sur les possibilités de restructuration de places d'hébergement complet Elaboration d'un cahier des charges régional sur l'HT (cf. Yonne) prévoyant un projet de service spécifique à l'HT

³¹ Source: annexes du schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées de Saône et Loire

³² Enquête réalisée par l'UNCASS, parue en mai 2011 "panorama des domaines d'intervention des CCAS et des CIAS"

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n° 19.3</p> <p>Développer des expérimentations de nouvelles formules souples d'accueil (baluchonnage, accueil de nuit, équipes mobiles intervenant au domicile)</p>	Appels à projet
<p>Objectif spécifique n° 19.4</p> <p>Assurer un maillage effectif du territoire par les SSIAD</p>	<p>Enquête sur les zones d'intervention effective des SSIAD à partir notamment des codes postaux des usagers ou de recueil d'informations auprès des caisses d'assurance maladie</p> <p>Articulation avec les zones sur/sous dotées en IDEL</p>
<p>Objectif spécifique n° 19.5</p> <p>Favoriser l'articulation des SAD et des SSIAD notamment au sein des SPASAD</p>	<p>Identification des opérateurs gérant à la fois des SAD et des SSIAD (cf. projet de SPASAD de la Mutualité en milieu rural)</p> <p>Conventions SSIAD/SAD</p> <p>Liens avec le SROS pour l'HAD</p>
<p>Objectif spécifique n° 19.6</p> <p>Promouvoir la télémédecine dans les zones fragiles en professionnels de santé pour favoriser le maintien des personnes à domicile ou en EHPAD en évitant notamment les hospitalisations non justifiées</p>	Cf Programme Télémédecine avec notamment l'équipement des maisons de santé et des EHPAD en zones fragiles

Par ailleurs, le Plan régional santé environnement 2, inclus dans le schéma régional de prévention, comporte une action sur le repérage des caractéristiques de l'habitat des personnes âgées en milieu rural pour mieux prendre en compte ces populations fragiles. A partir du constat de 10% de logements potentiellement indignes et d'un taux important d'insalubrité en milieu rural, il s'agit de préciser les déterminants pour qualifier les conditions d'habitat des personnes âgées en milieu rural, de les analyser et de faire des propositions d'amélioration; ces déterminants seront élargis à l'urbanisme, à l'offre en équipements et en services. Cette étude doit être conduite en collaboration avec la DRJSCS, la DREAL, les conseils généraux, l'ANAH, l'ORS.

A noter que le Pôle de gérontologie interrégional Bourgogne Franche-Comté (PGI), travaille sur la consommation alimentaire des seniors avec le recensement de leurs besoins et attentes et de l'offre existante sur le marché. Il s'agit de développer une adaptation des produits et services ou des solutions innovantes au sein des entreprises (ex : pain sénior répondant aux besoins nutritionnels des personnes âgées, pour la prévention de la dénutrition).

Enfin, la partie ambulatoire du SROS prévoit d'améliorer la diffusion de l'information à destination des professionnels de santé sur les dispositifs existants de maintien à domicile de droit commun, afin de repositionner le professionnel de 1er recours dans le maintien à domicile.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	Part des services (dispositifs de maintien à domicile) dans les ESMS pour personnes âgées (SSIAD, AJ, HT) / département (CPOM ARS)	<p>Côte d'Or : 17.01 %</p> <p>Nièvre : 16.64 %</p> <p>Saône et Loire : 16.68%</p> <p>Yonne : 13.94 %</p> <p>Région : 16.11 %</p>	En augmentation, au-delà de la cible régionale de 16.4% du CPOM ARS, notamment dans l'Yonne car le maintien à domicile est un axe majeur du SROMS

3.2.3 Objectif général n° 20 : assurer une bonne articulation entre les différents acteurs engagés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées

Selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)³³, il n'existe pas d'étude de synthèse sur le nombre moyen de professionnels de santé intervenant régulièrement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, qui sont, par ailleurs, souvent atteintes de poly-pathologies. Il considère cependant que *"pour plus de la moitié des personnes de plus de 85 ans, interviennent au domicile au moins un médecin généraliste et un infirmier, et pour 1/3 au moins un médecin généraliste et un kinésithérapeute"*. A ces intervenants médicaux ou paramédicaux, il faut ajouter les intervenants de la sphère sociale puisque 97% des bénéficiaires de l'APA à domicile ont un plan d'aide prévoyant une aide humaine et 78% des bénéficiaires d'un service d'aide à domicile ont un autre intervenant à domicile.

La coordination entre les établissements sanitaires et les structures médico-sociales est par ailleurs insatisfaisante pour une bonne information mutuelle sur la situation des personnes.

Dans le cadre des réflexions sur la réforme de la dépendance, le groupe de travail national "accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie"³⁴ a relevé *"une coordination largement insuffisante, une problématique ancienne, des réponses expérimentales puis difficilement généralisées (GLIC, MAIA, réseaux...), des structures de coordination qui existent et même se surajoutent les unes aux autres sans avoir rationalisé et amélioré pour autant la coordination"*. Le système apparaît ainsi fragmenté et peu lisible, sans pilotage clair.

Le groupe de travail sur le parcours de vie des personnes âgées réuni par l'ARS, a relevé lui aussi la multiplicité des intervenants à domicile et l'insuffisance, voire l'absence de coordination entre eux ; cette situation a aussi été remarquée entre les structures sanitaires et médico-sociales : ce sujet a été considéré comme une cause importante de rupture dans le parcours des personnes âgées.

Cette problématique est aussi partagée par les schémas départementaux.

Le développement des liens entre les services à domicile, les aidants familiaux, le médecin traitant, les établissements hospitaliers et les établissements et services médico-sociaux fait partie des priorités du PSRS.

Pour tous, c'est un enjeu majeur de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et de l'efficacité des dispositifs mis en œuvre. Il s'agit de partager et clarifier l'information des particuliers et des professionnels pour favoriser la pertinence des choix d'accompagnement ou de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n° 20.1</p> <p>Soutenir la mise en place d'un dossier de suivi partagé et des outils de transmission des informations pouvant être utilisés par l'ensemble des intervenants, du domicile au médecin traitant, à l'hôpital et aux structures médico-sociales à partir des expériences existantes</p>	<p>Objectif partagé avec le SROS A et le schéma régional de prévention</p> <p>Recensement, évaluation et comparaison des expériences existantes (CODERPA 71, pays beaunois, PGI...) pour aboutir à un outil simple et efficace, type carnet/classeur de liaison, en attendant la mise en place du dossier médical partagé, lourd à développer.</p> <p>Développer les projets de vie (ex: projet de soins</p>

³³ Rapport du HCAAM "Vieillesse, longévité et assurance maladie" adopté le 22 avril 2010 et rapport "Assurance maladie et perte d'autonomie" adopté le 23 juin 2011

³⁴ Groupe de travail animé par Mme Evelynne Ratte dans le cadre de la réflexion sur la réforme de la dépendance

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
	individualisé de France Alzheimer) Travail en liaison étroite avec les différents intervenants, les communes, les conseils généraux... (groupe de travail). Lien avec le dossier pharmaceutique des pharmacies
Objectif spécifique n° 20.2 Rendre lisible et simplifier la couverture du territoire en structures de coordination notamment en fédérant l'existant (réseaux, CLIC, MAIA, guichets uniques, maisons de l'autonomie, filières gériatriques)	Etat des lieux, évaluation et comparaison des dispositifs existants, de leurs compétences et cartographie de leurs zones d'intervention. Partir des expériences qui marchent bien. Etude sur les modalités de coopération, les simplifications possibles à partir de l'existant, sans création de structures nouvelles et en s'appuyant sur les réflexions nationales en cours (étude ministérielle sur les réseaux...), en lien avec le SROS A. Idée de guichet unique Réaliser au moins une expérimentation par territoire de santé En lien avec les maisons départementales de l'autonomie
Objectif spécifique n° 20.3 Favoriser l'information des professionnels et des aidants en lien avec les conseils généraux	Etat des lieux de l'existant, repérage des lacunes. Campagne d'information... Objectif partagé avec le SROS A
Objectif spécifique n° 20.4 Renforcer le rôle des médecins coordonnateurs en EHPAD, notamment pour assurer la continuité de la prise en charge (valorisation, mutualisation des postes entre EHPAD, réunions...)	Réseaux professionnels de médecins coordonnateurs (réseau de gériatres...) Formation des médecins coordonnateurs Conventions entre EHPAD pour partage de postes à temps plein
Objectif spécifique n° 20.5 Améliorer la connaissance des lits disponibles en EHPAD et des listes d'attente en lien avec les conseils généraux	Etat des lieux des projets des conseils généraux Accompagner les conseils généraux dans le développement d'outils informatiques favorisant la lisibilité de l'offre disponible et des tarifs pour les particuliers, les structures de coordination...avec interface remplie par les établissements

Par ailleurs, la partie ambulatoire du SROS vise le développement des coopérations professionnelles pour améliorer la cohérence du parcours de soins des patients, donc également celui des personnes âgées, avec les objectifs suivants :

- Favoriser l'inter professionnalité dans les enseignements permettant le partage des cultures, pour aider aux coopérations futures entre les professionnels;
- Développer la mise en place de protocoles de coopération sur des thèmes prioritaires, en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS;
- Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales;

- Améliorer les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé (PS) libéraux et les établissements de santé pour décloisonner les relations ville/hôpital : rapprochement des réseaux « proximité avec le ou les centres hospitaliers de référence et avec les structures d'exercice regroupées du territoire ; évolution des réseaux de santé vers des réseaux pluri-thématiques ; convergence des dispositifs existants vers une plateforme de coordination territoriale des professionnels pour une prise en charge globale de la santé; appui sur les ex-hôpitaux locaux ou hôpitaux de proximité pour consolider l'offre de 1^{er} recours (exercice regroupé, télé-médecine...);
- Améliorer les dispositifs de coordination entre les établissements de santé et les structures médico-sociales : meilleure diffusion de l'information à destination des PS sur les dispositifs existants d'aide à domicile.

Auparavant, un travail de réévaluation des besoins à couvrir est nécessaire pour redéfinir les missions assignées aux différents dispositifs de coordination : cela recoupe l'objectif spécifique n°20.2 sur la lisibilité et la simplification de la couverture du territoire en structures de coordination.

Dans le cadre des nouvelles technologies de l'information et de la communication, pour fluidifier la prise en charge des patients, le schéma prône le déploiement du dossier médical partagé et la poursuite « développement des portails d'information ville/établissements de santé, ainsi que le partage « l'information et des connaissances (dossiers médicaux, annuaires...) entre les PS grâce à des systèmes d'information sécurisés (messagerie sécurisée...).

A noter le rôle important que peuvent jouer les maisons de santé et les hôpitaux de proximité dans le développement de la télé-médecine, notamment en milieu rural.

Enfin, le Schéma régional de prévention veut promouvoir un carnet de liaison sénior des professionnels intervenant au domicile de la personne encore autonome sur des territoires expérimentaux.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	Nombre d'ESMS pour personnes âgées ayant un objectif de développer les coopérations, les mutualisations, dans leur CPOM	ND	En développement, sans cible prédéfinie

3.2.4 Objectif général n° 21 : limiter les hospitalisations en urgence et favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation

Dans son avis du 22 avril 2010³⁵, le HCAAM constate la surreprésentation des personnes très âgées aux urgences ; le taux des admissions en hospitalisation ayant transité par un service d'urgence atteint plus de 40% après 85 ans alors qu'il n'est que de 15% pour les tranches d'âge entre 30 et 70 ans. Pour le HCAAM, cette différence ne peut pas s'expliquer que par la complexité des polyopathologies liées à l'âge; elle est le résultat de *"demandes de soins qui n'ont pas su ou pu trouver à temps, soit une réponse préventive adaptée, soit un cheminement plus direct vers l'intervention requise en services aigus de médecine ou de chirurgie"*. On est donc ici surtout face à *"un dysfonctionnement dans l'organisation des soins à l'égard des personnes les plus âgées"*, qui est dangereux pour ces personnes fragiles et engendre des dépenses inutiles pour le système de santé. La notion d'efficacité trouve donc ici toute sa place dans la recherche d'une qualité des soins coordonnés à organiser autour de la personne âgée qui devrait entraîner une diminution des dépenses individuelles moyennes de soins au grand âge, alors qu'elles sont actuellement en constante augmentation à partir d'un seuil de 75/85 ans.

³⁵ Rapport du HCAAM "Vieillesse, longévité et assurance maladie" adopté le 22 avril 2010

Le rapport du HCAAM avait retenu la durée moyenne de séjour (DMS) comme "marqueur" des difficultés dans le parcours du patient au sein et en aval de l'hôpital. Le secrétariat du HCAAM a approfondi cette notion sur la base de données PMSI 2009 et pour 6 affections³⁶ fortement invalidantes touchant en particulier les personnes âgées, par lieux de résidence des patients. Il en résulte pour la région, que la Nièvre et la Saône et Loire, départements les plus vieillissants, ont une forte augmentation de la DMS avec l'âge, alors que la Côte d'Or et l'Yonne ont une augmentation proche de la moyenne nationale. Ces écarts qui existent déjà pour tous les âges, sont donc amplifiés avec l'avancée en âge. Les explications sont difficiles à dégager : une DMS plus longue serait en lien avec une faible densité de professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes), mais aussi avec une densité plus importante d'EHPAD, de SSIAD et d'USLD, ce qui paraît surprenant.

Le groupe de travail sur le parcours de vie des personnes âgées a lui aussi souligné l'importance de rationaliser l'accès aux urgences et à l'hospitalisation car celles-ci sont souvent à l'origine d'une dégradation de l'autonomie des personnes.

En tant que financeurs de services d'aide à domicile, les conseils généraux sont également impactés par ce problème de la sortie d'hospitalisation des personnes âgées.

En Bourgogne/Franche-Comté, suite à une expérimentation sur l'aide à la sortie d'hospitalisation conduite en 2007 par la CNAVTS, la MSA et le RSI, le GIE regroupant les 3 régimes met en œuvre pour leurs assurés en GIR 5 et 6, un dispositif "sortie d'hospitalisation" (SH) avec une aide de très courte durée aux sorties d'hospitalisation (3 semaines hors week-end, 25h d'aide ménagère, pour un montant de 530 € maximum en 2011), avec une évaluation des besoins dans les 48h avant la sortie pour une intervention de l'aide à domicile dès la sortie de l'hôpital. Le dispositif a été inscrit dans les CPOM des établissements sanitaires qui ont donc mis en place des procédures spécifiques.

Une évaluation médico-économique sur quelques dossiers montre que la durée d'hospitalisation est réduite dans plus d'une situation sur 5 et que par extrapolation, l'économie nette (=journée d'hospitalisation évitée - coût par personne aidée), est de 540 € / bénéficiaire. Le dispositif concerne actuellement pour la seule CARSAT, 3000 sorties par an et avec plus de 100 signalements par semaine, il est en plein développement.

Parallèlement, la CNAVTS a mis en place une aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) pouvant atteindre jusqu'à 1800 € d'aide sur 3 mois et qui est un plan d'urgence accéléré par rapport aux plans d'aide classiques aux assurés. La SH et l'ARDH sont appelées à fusionner d'ici fin 2011 dans des conditions qui sont en cours de discussion.

Par ailleurs, l'ARS a commandé au pôle gérontologique interrégional (PGI) une étude sur les hospitalisations évitables (non médicalement justifiées) des résidents en EHPAD pour répondre à deux constats : le caractère déstabilisant de l'hospitalisation sur les personnes âgées et les conditions d'accueil dans des services d'urgence souvent surchargés. Cette étude doit être menée à partir d'un protocole centré sur une grille de critères médicaux validés par l'HAS, étendue à des critères sociaux et médico-sociaux. Les points de vue des services des urgences et des EHPAD seront recueillis. Les résultats de l'étude, prévus pour début 2012, serviront d'appui aux solutions à privilégier et à généraliser.

La gestion intra-hospitalière des entrées, hospitalisations et sorties des personnes âgées sera aussi à renforcer et à professionnaliser, à côté des progrès attendus dans les structures médico-sociales qui doivent pouvoir prendre en charge certains résidents "lourds" ne nécessitant pas d'hospitalisation complète, en recourant notamment à l'hospitalisation à domicile (HAD)³⁷.

³⁶ 6 affections qui touchent particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie : affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire en médecine, de l'appareil circulatoire en médecine, de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif en médecine et chirurgie, les maladies et troubles mentaux en médecine ; cf. p.127 du rapport du HCAAM sur Assurance maladie et perte d'autonomie

³⁷ Rapport IGAS de novembre 2010 sur l'hospitalisation à domicile

Enfin, dans son rapport sur la mort à l'hôpital³⁸, l'IGAS constate que les décès de personnes âgées sont loin d'être tous des fins de vie pathologiques nécessitant une hospitalisation complète alors que près de 50% des 85 ans et plus meurent à l'hôpital ou en clinique, 20.5% en maison de retraite et 28% à domicile.

Dans le volet HAD du SROS, il a été constaté que les soins palliatifs ont constitué l'activité la plus importante de l'HAD : une articulation avec les équipes mobiles de soins palliatifs(EMSP) est nécessaire. Au final, il s'agit de réduire les recours aux urgences et les hospitalisations non médicalement justifiés pour les personnes âgées à domicile ou en EHPAD.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n° 21.1</p> <p>Améliorer la prise en charge en EHPAD, pour notamment éviter les hospitalisations ou réduire leur durée,</p>	<p>Orientations des mesures nouvelles dans le cadre des conventions tripartites.</p> <p>Augmentation du temps médical et paramédical</p> <p>Organisation d'astreintes d'IDE partagé</p> <p>Recours à la Télémédecine</p> <p>Renforcement des équipes mobiles de gériatrie</p> <p>Mise en service d'un numéro d'appel en gériatrie 24h/24</p> <p>Expérimentation de plateformes de service</p>
<p>Objectif spécifique n° 21.2</p> <p>Développer des réponses adaptées aux situations d'urgence sociale lors des sorties d'hospitalisation (préparation des sorties d'hôpital par le biais d'une coordination renforcée, dispositifs relais d'aide à domicile, accueil en urgence dans les hébergements temporaires, ou en EHPAD ...)</p>	<p>S'appuyer sur l'expérience des caisses retraite pour les sorties d'hospitalisation</p> <p>Liens avec les conseils généraux et notamment les plans d'aide APA</p> <p>Liens avec la filière gériatrique</p> <p>Développer les hébergements temporaires dans des EHPAD ayant une astreinte d'IDE 24h/24</p> <p>Voir objectif général 20 sur l'articulation des différents acteurs.</p>
<p>Objectif spécifique n° 21.3</p> <p>Développer le recours à l'hospitalisation à domicile, aux équipes mobiles de gériatrie et aux équipes mobiles de soins palliatifs à domicile et en EHPAD, en recherchant les articulations entre ces différents intervenants</p>	<p>Sensibilisation des médecins traitants</p> <p>Liens avec le SROS</p> <p>Conventions entre HAD, établissements de santé et EHPAD en fixant des objectifs de réduction des hospitalisations en nombre et en durée</p> <p>Liens avec la filière gériatrique</p> <p>Conventions de partenariat entre établissements de santé et ESMS avec réunions interdisciplinaires</p>

Par ailleurs, la partie hospitalière du SROS comporte des orientations complémentaires à celles du SROMS qui peuvent concerner ou concernent les personnes âgées :

Pour la médecine d'urgence

- Mieux articuler la ville (PDSA) et les urgences pour garantir la bonne organisation territoriale en amont de l'arrivée aux urgences, en privilégiant l'implantation de la régulation libérale au sein des centres 15 ;

³⁸ Rapport IGAS 2009 "la mort à l'hôpital"

- Veiller au développement des organisations alternatives de prise en charge dans le premier recours ;
- Elaborer une filière spécifique "personnes âgées" pour chaque territoire en s'appuyant sur plusieurs recommandations visant à favoriser la présence d'équipes mobiles de gériatrie aux urgences, les conventions entre les dispositifs de coordination et les services des urgences, ainsi que le développement des structures d'hébergement temporaire au sein des EHPAD en procédure d'urgence.

Pour l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)

- Articuler les SSR avec mention « personne âgée » avec les autres structures de la filière gériatrique selon des modalités à inscrire dans la convention constitutive de la filière ;
- Articuler l'offre de SSR avec l'offre médico-sociale ;
- Renforcer les structures de SSR en personnel médical et paramédical ;
- Développer et structurer les équipes mobiles de gériatrie dans leurs missions d'évaluation et d'orientation pour les personnes âgées qui le nécessitent, avant leur admission en SSR ;
- Améliorer le rôle d'expertise et de recours des SSR avec mention « personne âgée », dans le cadre de leurs compétences rééducatives, par le développement de l'HDJ ;
- Permettre aux sites référents identifiés et/ou préconisés dans le volet relatif à la prise en charge des personnes âgées du SROS 2006-2011, de disposer d'une unité de SSR avec mention « personne âgée » en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour (HDJ) ;
- Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète (hôpital de jour, HAD...).

Pour l'hospitalisation à domicile

- Prévoir une organisation de structures HAD dont le rayon d'intervention ne dépasserait pas 30 km à partir d'un site référent ou d'une antenne afin de faciliter la prise en charge des patients ;
- Prévoir en zones rurales la mise en place d'antennes HAD, dépendantes de structures autorisées référentes ;
- Prendre en charge les patients dans le cadre d'une filière de soins à domicile par des conventions entre structures HAD autorisées, SSIAD, maisons de santé, centres infirmiers, établissements hospitaliers, établissements médico-sociaux, professionnels libéraux, réseaux, permettant l'organisation de cette filière, le recours aux compétences médicales et paramédicales nécessaires ;
- Favoriser le recours à la prescription de soins en HAD dans les EHPAD pour éviter le recours à l'hospitalisation ;
- Développer le recours à la télémédecine en HAD (ex: télésurveillance, téléconsultation) afin d'améliorer le suivi du patient.

Pour les unités de soins de longue durée

- Revoir la répartition des implantations au sein de la région en fonction des besoins ;
- Permettre aux 9 centres référents de gériatrie de disposer de filières gériatriques complètes ;
- Développer la prise en charge spécifique des patients atteints de maladie d'Alzheimer (via la création d'Unités d'Hébergement Renforcées dans les USLD) ;
- Favoriser au sein d'un établissement le transfert interne des patients ne relevant plus de la réanimation vers les services USLD ;
- Favoriser le transfert entre les USLD et les structures médico-sociales (EHPAD, SSIAD) afin de permettre une prise en charge adéquate des patients.

Pour les soins palliatifs

- Mettre en place un réseau de soins palliatifs dans chacun des territoires de santé ;
- Renforcer le rôle des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ;
- Mettre en place des formations spécifiques et organiser le recours à des spécialistes de la prise en charge de la douleur ;
- Assurer la prise en charge des soins palliatifs, notamment en EHPAD et à domicile, sur les zones non couvertes (notamment Côte d'Or et Saône et Loire), en développant les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs et/ou des réseaux ;
- Favoriser le maintien à domicile des patients requérant des soins palliatifs ;

- Améliorer la connaissance de la culture palliative des professionnels de santé, libéraux et médico-sociaux ;
- Favoriser le maintien des patients au sein des établissements médico-sociaux (ESMS), notamment pour éviter les hospitalisations en urgence ou injustifiées ;
- Améliorer l'aide aux aidants.

Pour la santé mentale

Le vieillissement général de la population concerne également les malades mentaux dont la prise en charge va nécessiter de :

- Mettre en place des équipes mobiles de gériopsychiatrie (sur la base de celles déjà existantes) pour favoriser le maintien à domicile ou en EHPAD des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Ces équipes contribueront à l'organisation des soins (filères de soins, réseaux) et formeront les équipes professionnelles, en particulier des EHPAD ;
- Développer le partenariat secteurs psychiatriques/équipes mobiles de gériopsychiatrie / EHPAD et réserver du temps d'hôpital de jour pour l'accueil des personnes âgées ;
- Définir des unités spécifiques dans les structures d'accueil de longue durée existantes (psychiatrie ou gériatrie) ou des EHPAD spécifiques pour les patients vieillissants souffrant de troubles psychiatriques anciens ;
- Définir des organisations spécialisées pour l'accueil en urgence des patients dans les unités de gériopsychiatrie existantes, permettant la réalisation de soins de gériopsychiatrie aigus ;
- S'appuyer sur les structures institutionnelles gériatriques actuelles ou à venir pour les patients souffrant de démences : UCC (unités cognitivo comportementales) et UHR (unités d'hébergement renforcé) ;
- Poursuivre la formation des personnels médicaux et paramédicaux (diplôme interuniversitaires – DIU de gériopsychiatrie).

Pour le cancer

- Consolider et formaliser les complémentarités entre les établissements autorisés à traiter le cancer et la filière d'aval (SSR, EHPAD, SSIAD, HAD, réseaux...) pour le suivi du patient et articuler le dispositif de traitement du cancer avec les champs médico-social et social.

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	Nombre de personnes de + de 80 ans accueillies en services de médecine d'urgence	Indicateur national en cours de construction	

3.2.5 Objectif général n°22 : accompagner et soulager les aidants familiaux

La place des aidants dans le secteur médico-social et notamment des personnes âgées est particulièrement centrale. Dans son avis sur la réforme de la dépendance, le Haut Conseil pour la Famille estime à 2.8 millions le nombre d'aidants familiaux dont 700 000 à 750 000 en relation avec un bénéficiaire de l'APA.

L'un des enjeux est de prévenir l'épuisement des aidants, il est "d'aider l'aidant pour qu'il aide mieux".

Le Plan Solidarité Grand Age a prévu un soutien aux aidants familiaux par le développement d'une offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour faciliter le maintien à domicile.

Le Plan Alzheimer 2008/2012 développe notamment les AJ et HT mais aussi des formules diversifiées de répit et d'accompagnement pour les aidés et les aidants (plateformes de répit et d'accompagnement).

la labellisation de portes d'entrée uniques que sont les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), la formation des aidants (2 jours par France Alzheimer). La première attente des aidants est l'accès à l'écoute individuelle, à un lien avec un professionnel, ce qui implique que les prestations de coordination et d'offre de répit ne suffisent pas.

Le Plan de développement des soins palliatifs 2008/2012 met en place un soutien des proches et des aidants en proposant un accompagnement et des formations en soins palliatifs et l'intervention de gardes malades à domicile

La réalisation d'un diagnostic des besoins des aidants est un exercice nouveau et difficile car les aidants constituent une population nombreuse et diverse, dont les besoins de soutien et de relais varient selon la lourdeur des cas aidés, le contexte familial, financier et territorial, une proportion importante ne réclamant aucune aide.

Le PGI envisage donc de démarrer d'ici un an une étude sur une cohorte de 2500 à 8000 aidants, selon les moyens financiers et humains mobilisés, en partenariat avec le Canada. Il s'agit de suivre les personnes aidant un proche de Bourgogne/Franche-Comté âgé de 60 ans ou plus, atteint d'une des 6 pathologies suivantes : AVC, cancer du sein, de la prostate ou du colon-rectum, dégénérescence maculaire liée à l'âge, insuffisance cardiaque, maladie d'Alzheimer ou apparentée, maladie de Parkinson.

Par ailleurs, le PGI a organisé le 6 octobre 2010 la 1^{ère} journée nationale des aidants. Il prévoit également une campagne de communication permanente sur 3 ans en direction des aidants sur l'identification de la position d'aidant, la lutte contre l'isolement de l'aidant et les alternatives de répit offertes.

Le soutien aux aidants fait également partie des priorités des schémas départementaux.

Au final, il s'agit d'offrir aux aidants une information accessible et claire ainsi que des dispositifs de répit diversifiés

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 22.1 Développer l'offre de répit AJ / HT (cf. restructurer l'offre existante pour privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile)	Reprendre l'expérience de la MSA qui a développé un service de remplacement des aidants Voir objectifs sur le maintien à domicile
Objectif spécifique n° 22.2 Développer les lieux d'échanges pour les aidants (« bistrot » des aidants, café Alzheimer, groupe de parole,...)	Section 4 de la CNSA Voir propositions du groupe de travail 1 du débat sur la dépendance n° de téléphone unique dans chaque département, plateformes de répit, postes de gestionnaires de cas... Formations France Alzheimer Financement de l'étude du PGI sur les aidants
Objectif spécifique n° 22.3 Contribuer à la formation des aidants à l'accompagnement de la fin de vie	S'appuyer sur les mesures du plan de développement des soins palliatifs Rapprochement avec les EMSP Travail avec le PGI

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	Part des AJ et HT dans l'offre globale pour personnes âgées	Côte d'Or : 4.26 %	Côte d'Or : 4.58 %
		Nièvre: 2.05 %	Nièvre: 2.70 %
		Saône et Loire : 3.46 %	Saône et Loire : 3.76 %
		Yonne : 3.06 %	Yonne : 3.64 %
		Région : 3.37 %	Région : 3.80 %

3.2.6 Objectif général n°23 : améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées

La notion de qualité de la prise en charge est très vaste : ici elle reprend surtout les orientations du PSRS sur la prise en charge des situations insuffisamment prises en compte ainsi que la qualification des personnels.

Dans l'ensemble de la région se posent de réelles difficultés de recrutement de personnel qualifié tant en EHPAD que pour les services de soins infirmiers à domicile (aides soignantes, AMP, IDE mais aussi kinésithérapeutes, médecins coordonnateurs...).

Contrairement à l'offre hospitalière et médico-sociale qui place la Bourgogne parmi les régions les mieux dotées, l'offre ambulatoire situe la région en dessous de la médiane des régions françaises : en effet, la densité des médecins généralistes, des chirurgiens dentistes mais aussi des masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmiers y est inférieure à la majorité des régions et ceci malgré l'augmentation des quotas de formation. La progression des effectifs se heurte notamment au vieillissement des professionnels et à un problème de répartition géographique. Il constitue la problématique de la partie ambulatoire du SROS qui répond de manière directe à la première des cinq priorités du PSRS "l'organisation de l'offre de santé de proximité, dont les soins de premier recours et leur articulation avec la prévention, les soins de second recours et le domaine médico-social".

Pour l'avenir, le problème du recrutement de personnels formés (infirmiers, aides-soignants, AMP, psychomotriciens, ergothérapeutes...) doit impérativement être résolu pour accompagner les créations de places nouvelles prévues dans la programmation. A titre d'exemple, le tableau ci-dessous retrace les postes créés dans les EHPAD dans le cadre de la campagne budgétaire régionale 2010.

Nombre de postes (en ETP) créés sur 2010 pour les EHPAD en Bourgogne :

professions	nombre de postes
Médecin coordonnateur	2,75
AS-AMP	140,35
IDE	42,43
Ergothérapeute	5,4
Kinésithérapeute	4,15
Psychomotricien	2,3
Pharmacien	1,3
TOTAL	198,68

Il est constaté une qualification insuffisante des professionnels et des connaissances insuffisantes pour accéder aux formations qualifiantes et notamment passer les épreuves de sélection, ce qui est le cas pour les aides soignants.

C'est ainsi que le contrat d'objectif 2011/2015 des métiers du social du conseil régional apporte un soutien particulier à la VAE et à l'apprentissage et expérimente avec l'ARS et la DRJSCS des tronc

communs aide soignant/auxiliaire de vie, une formation préparatoire de demandeurs d'emploi au concours d'entrée à la formation d'aide soignant...

Enfin, dans le cadre de la prise en charge des malades d'Alzheimer ou maladies apparentées, il faut relever le besoin en compétences professionnelles nouvelles (psychologue, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie...) pour adapter les stratégies de prises en charge (activités structurées, rééducation de l'orientation, groupes de validation cognitive, ...).

La qualification des personnels fait également partie des schémas départementaux et concerne tant les établissements que les services d'aide à domicile (58% des aides à domicile sont sans qualification³⁹). Les conseils généraux de la Nièvre, Saône et Loire et de l'Yonne ont mobilisé la section IV du budget de la CNSA qui dispose de ressources spécifiquement dédiées à la modernisation et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile, par signature de conventions sur 3 ans.

Le Plan national Alzheimer très cadré, dégage des objectifs et des moyens financiers ciblés qu'il s'agit de mettre en œuvre dans les délais selon la feuille de route transmise à la directrice générale de l'ARS. L'enjeu est ici de trouver des promoteurs de projets correspondant aux cahiers des charges, d'assurer le maillage du territoire et d'évaluer les modes de fonctionnement des structures existantes.

Enfin, le groupe de travail thématique du SROMS sur les personnes âgées au domicile a soulevé les difficultés d'accueil en EHPAD rencontrées par certaines personnes nécessitant des prises en charge particulières : soins médicaux coûteux, obésité...

Au final, il s'agit d'assurer une prise en charge adéquate grâce à des personnels qualifiés et à une adaptation des organisations aux problématiques des personnes âgées.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n° 23.1 Favoriser la qualification et la formation des personnels en EHPAD et dans les SSIAD (Alzheimer, bientraitance, fin de vie, ...)	Plans de formation des établissements et services et des grands opérateurs (Uniformation, ANFH...) Mobilisation de la section 4 de la CNSA pour la professionnalisation du secteur Exigence de recrutement de personnel qualifié dans les conventions tripartites et contrats Poursuite de la collaboration avec le conseil régional, la DRJSCS...
Objectif spécifique n° 23.2 Favoriser le recours à des médecins et paramédicaux salariés en EHPAD pour faciliter les recrutements, améliorer les prises en charge, rationaliser les dépenses	Valoriser le salariat en EHPAD A inscrire dans les révisions des conventions tripartites et contrats
Objectif spécifique n° 23.3 Mettre en œuvre sur la région les orientations du plan Alzheimer (SSIAD spécialisés, plateformes de répit, Accueil de jour, UHR, PASA...) en recherchant un maillage territorial	Mise en œuvre de la feuille de route d'avril 2011 sur les objectifs du plan en Bourgogne Réseau RESEDA Comité régional Alzheimer
Objectif spécifique n° 23.4 Promouvoir l'accès aux EHPAD des personnes nécessitant des dispositifs et des soins médicaux coûteux ou des prises en charge particulières (ex : personnes obèses)	Appui des réseaux spécialisés sur certaines pathologies Formation des personnels

³⁹ Enquête nationale Uniformation en 2008 sur l'aide à domicile

Par ailleurs, à côté du développement des terrains de stage en ambulatoire, des aides à l'installation et de l'information des professionnels, la partie ambulatoire du SROS a des objectifs qui concernent notamment le secteur médico-social :

- s'assurer de l'insertion dans les cours et les informations aux étudiants des thèmes relatifs à l'éducation à la santé, à la connaissance des handicaps et à la gérontologie
- favoriser l'inter-professionnalité dans les enseignements

	Libellé de l'indicateur	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
<i>Indicateur de suivi de l'objectif général</i>	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional (CPOM ARS)	PASA : 46 % soit 23 PASA UHR : 33 % soit 3 UHR	PASA : 100% soit 50 PASA UHR : 100% soit 9 UHR

3.3 Organisation et objectifs de répartition de l'offre

La mise en œuvre des objectifs généraux et spécifiques précédemment définis se traduit par une évolution de l'offre médico-sociale régionale, qui répond aux principaux enjeux de ce secteur, notamment :

- Une logique de diversification de l'offre et de rééquilibrage entre l'offre institutionnelle et l'offre de services, pour favoriser le maintien à domicile et le respect des choix de vie,
- Un rééquilibrage de l'offre régionale par la réduction des inégalités territoriales, afin d'assurer une réponse de proximité sur l'ensemble de la région,
- Le développement des actions de coopération, de mutualisation et regroupement d'activité (GCSMS...)

Les principaux indicateurs quantitatifs disponibles, permettant de cadrer ces différentes évolutions de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, sont les suivants :

- les taux d'équipement départementaux déclinés par type de structure,
- la répartition des ressources au sein de la région (euros par habitant), en faveur des différents équipements et départements,
- la proportion entre accueil institutionnel et dispositifs de maintien à domicile,
- les perspectives démographiques à 2015.

3.3.1 La stratégie d'évolution des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

En Bourgogne, entre le 31/12/2007 et le 31/3/2011, l'offre en places de SSIAD est passée de 2 924 à 3510 places, soit + 586 places, en progression de 20 %, sous l'impulsion du Plan Solidarité Grand Age (PSGA) et du plan Alzheimer, mais des besoins subsistent dans une région très vieillissante et en manque d'infirmiers libéraux, en particulier dans les zones rurales.

A noter que le bilan du PSGA montre que la cible de 36 000 places de SSIAD ne serait atteinte qu'à 65% au niveau national, ce qui laisserait un potentiel important de création de places nouvelles.

Actuellement, 2 équipes de SSIAD spécialisées Alzheimer sont reconnues en Côte d'Or, 1 dans la Nièvre, 1 en Saône et Loire et 1 dans l'Yonne.

Le tableau ci-dessous présente le niveau de ressources consacré aux SSIAD, par référence à la campagne budgétaire 2010, au regard de la densité d'infirmiers libéraux et des taux d'équipement :