

CHAPITRE 3

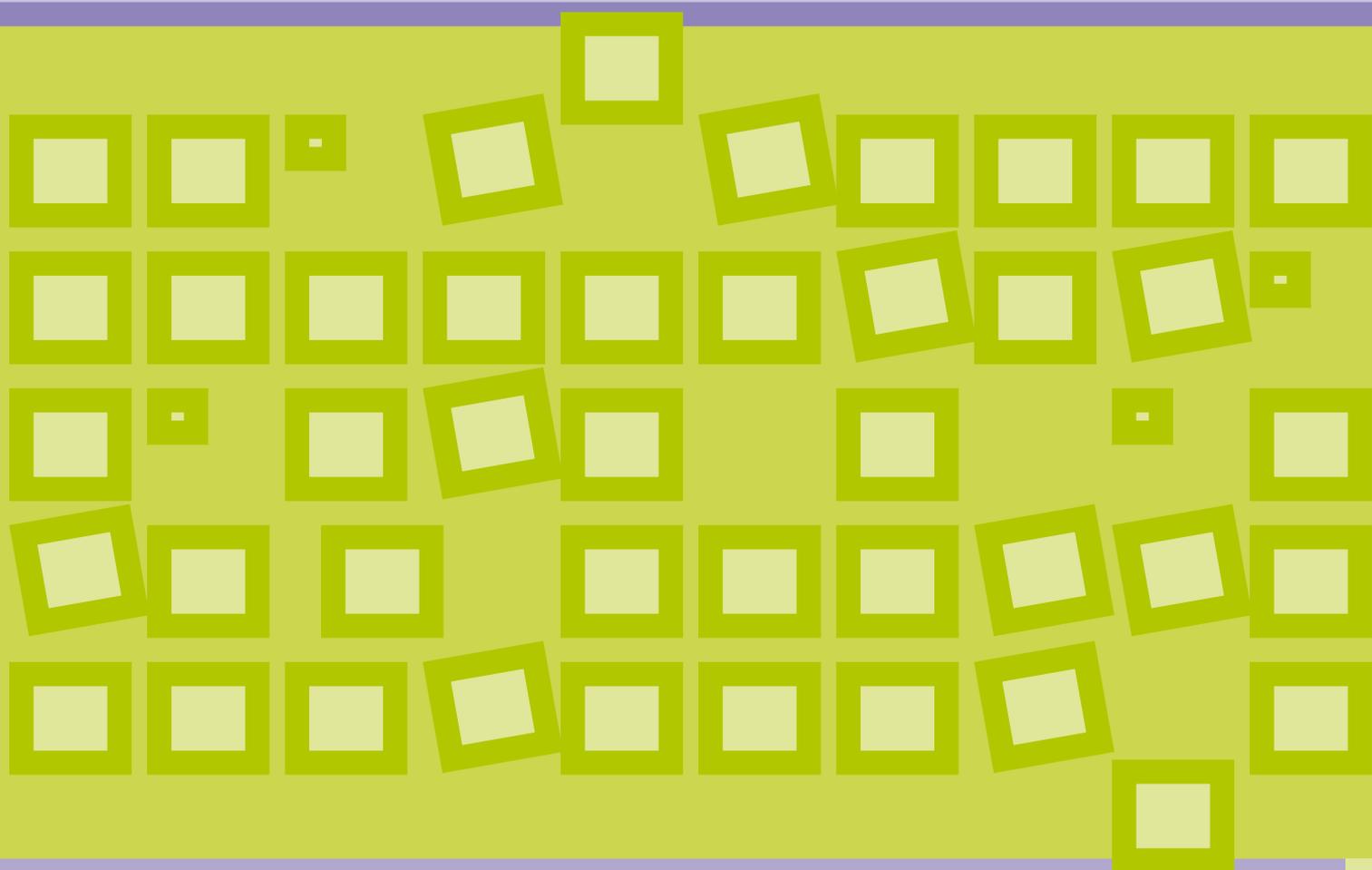
ORIENTATIONS
STRATÉGIQUES
DÉPARTEMENTALES

→ 2008 - 2012



ORIENTATION 1 :

MAINTENIR L'EXERCICE D'UNE PLEINE CITOYENNETÉ



I : ÊTRE UN CITOYEN AGÉ

Viellir n'est pas une maladie, c'est un processus naturel qui va de la naissance à la mort. C'est aussi un accomplissement de l'individu, **qui doit rester citoyen jusqu'au terme de sa vie.**

Etre un citoyen âgé...

Aujourd'hui, « l'ancien » n'est plus systématiquement soutenu, écouté. Il a perdu son statut social privilégié. Il est parfois coupé de sa famille, **isolé**, voire abandonné, exclu ou laissé à la charge de la solidarité nationale. D'autre part, un sentiment d'inutilité ou même **l'impression d'être un fardeau** peut amener les personnes âgées à **ne pas vouloir participer à la vie citoyenne**, à ne pas chercher à s'insérer dans la vie sociale.

D'après l'étude du CRESGE sur les Personnes âgées et la ville*, deux éléments font **obstacles** à une participation satisfaisante : un phénomène d'**autocensure** et la **pratique des porte-paroles** comme si la **vieillesse** se traduisait par un **affaiblissement des capacités civiques** de l'individu. A cela peut s'ajouter le **développement d'un sentiment d'étrangeté au monde** : les difficultés à comprendre et adhérer à la société dans laquelle les personnes âgées vivent, diminuent le sentiment d'appartenance à celle-ci et par là même la volonté de s'y impliquer. Ce phénomène s'explique par la disparition des contemporains, l'apparition de nouvelles technologies non maîtrisées, certains programmes diffusés par les médias en décalage complet avec les valeurs de l'époque des personnes âgées, etc....

La réglementation évolue...

La mise au point et la diffusion à compter de 1997 de « **la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante** » élaborée par la Fondation Nationale de Gérontologie, constitue une **base forte dans la promotion des droits de la personne âgée**, notamment au travers de son propos introductif : « Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations, dans le respect de leurs différences »

Le législateur a lui aussi traduit cette volonté dans plusieurs textes récents. La **loi du 2 janvier 2002**, rénovant l'action sociale et médico-sociale en est l'illustration. Elle précise, entre autres, le principe selon lequel la personne âgée se trouve en situation d'expression de sa citoyenneté à travers notamment l'article 3 : « L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »

Des actions déjà engagées...

Le **Conseil Général du Pas-de-Calais et ses partenaires** ont d'ores et déjà engagé des **actions** en faveur de la citoyenneté. On peut citer l'instauration de la **semaine bleue** (semaine nationale des retraités et des personnes âgées), la **subvention d'associations ou de projets innovants**, le **programme « Bien Vieillir en Nord-Pas-de-Calais »**, l'objectif initial de la plupart de ces initiatives étant de faire en sorte que les plus de 60 ans soient « acteurs » de leur projet de vie.

Le pivot de l'action citoyenne en faveur des personnes âgées : le CODERPA...

L'un des leviers du soutien à la citoyenneté est l'existence du **CODERPA (Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées)**, instance consultative placée auprès du Président du Conseil Général depuis la loi du 13 août 2004. Les **membres** du comité sont nommés par arrêté du **Président du Conseil Général**. C'est également le Conseil Général qui fixe les modalités de fonctionnement de cette institution. En tant que **lieu de dialogue, d'information et de réflexion** assurant la **participation des retraités** et des **personnes âgées** à la **définition des politiques départementales et à leur mise en œuvre**, le CODERPA est bien une institution permettant de donner un sens concret à la volonté de promotion de la citoyenneté des personnes âgées. Le **Conseil Général du Pas-de-Calais** émet le souhait que le **CODERPA s'engage concrètement sur cette thématique** de la citoyenneté des personnes âgées et **assume, en coresponsabilité avec le Département, la mise en œuvre des axes de travail** sur ce thème.

*« Les personnes âgées et la ville », étude réalisée par le Cresge à la demande de l'ORHA, août 2006

II : MAINTENIR L'EXERCICE D'UNE PLEINE CITOYENNETE : LES OBJECTIFS DU SCHEMA

I OBJECTIF 1 : ACCOMPAGNER LE PASSAGE A LA RETRAITE

Le passage de la vie professionnelle à la **retraite** constitue pour chaque individu un **changement de vie**. La vie professionnelle représente un des éléments de sociabilité et de reconnaissance sociale les plus importants. C'est pourquoi, il est important d'**accompagner l'arrêt du travail** et les conséquences qu'il engendre : acquisition d'un nouveau statut social et d'un mode de vie, des ressources financières parfois diminuées, des engagements familiaux nouveaux etc. Selon l'INSEE en 2005 au niveau national, 39% des nouveaux retraités portent une bonne appréciation sur cette période, seuls 9% portent une mauvaise appréciation et une majorité (52%) considère qu'elle n'est ni bonne, ni mauvaise. Ce dernier chiffre témoigne donc d'une incertitude quant à cette nouvelle période de la vie qu'on peut à la fois espérer heureuse et craindre difficile.

Au niveau départemental, on constate que les **dispositifs d'accompagnement** permettant au salarié de se préparer au nouveau statut social qu'induit la retraite, en évitant qu'il soit vécu de manière négative (perte de repères, sentiment d'inutilité etc...) sont **insuffisants**. La CRAM Nord-Picardie organise des réunions d'information avec les futurs retraités (démarche qui s'adresse exclusivement aux salariés de plus de 55 ans) pour les aider et les orienter. Enfin, on constate que la documentation à destination des futurs et jeunes retraités (associations, sport...) existe mais de façon dispersée. Il incombe à la personne de se déplacer dans plusieurs institutions (mairies, CCAS,...) pour obtenir l'information.

Il est donc important que le Département du Pas-de-Calais et ses partenaires puissent **accompagner chaque futur retraité** pour lui permettre d'**envisager sereinement le passage à la retraite**. Pour l'aider à organiser ce nouveau temps et se construire un nouveau rôle social limitant ainsi les risques de situations de repli ou de ruptures douloureuses susceptibles de favoriser l'isolement, il convient de développer une offre de services plus complète et mieux adaptée à destination des futurs retraités. Les actions proposées déclinées dans la **fiche action n°1 « Accompagner le passage à la retraite »** consistent en :

- 1. La mobilisation du droit individuel de formation acquis par le candidat à la retraite pour suivre les modules appropriés** afin de préparer cette nouvelle vie dans les meilleures conditions (psychologie, nutrition, activité sportive, engagement associatif, etc).
- 2. La réalisation d'un guide** présentant toutes les possibilités qu'offre le territoire dans les secteurs aussi divers que les loisirs, la vie associative ou le sport, la santé, la retraite, le logement... (ex : Guide pour les futurs et jeunes retraités du Pas-de-Calais).

I OBJECTIF 2 : FAVORISER L'EXPRESSION DES PERSONNES AGEES DANS LES DEBATS COLLECTIFS ET LES SOUTENIR DANS L'EXERCICE DE LEUR CITOYENNETE

Dans son sens premier, la citoyenneté se rapporte à la participation politique (droit de vote). Les données locales sur la participation des personnes âgées aux élections font défaut mais les études menées à l'échelon national montrent que les 60-70 ans votent plus que la moyenne alors que les plus de 70 ans votent moins que la moyenne.

La **citoyenneté**, c'est aussi et surtout **faire partie d'une communauté**, y être reconnu et y participer de différentes manières. Il est intéressant de **valoriser le rôle des personnes âgées**, pour la société en général et également pour elles-mêmes qui parfois éprouvent un sentiment d'inutilité.

Les personnes âgées ont un **rôle important** à jouer de **transmission aux jeunes générations** par leurs expériences et leurs savoirs.

Elles ont également une place de toute première importance à remplir **en tant que grands-parents**. Ils peuvent être un repère, un îlot de stabilité pour les petits-enfants, en particulier dans les familles recomposées. Les personnes âgées peuvent en effet aider les parents quand ceux-ci travaillent tous les deux à garder les enfants de manière ponctuelle.

Par le bénévolat, par l'**engagement associatif non lucratif**, elles participent aussi au bien-être de la société en général, elles créent du lien social ce qui contribue à apaiser les tensions. A l'échelle du pays, les plus de 60 ans adhèrent en moyenne plus aux associations que la population de plus de 15 ans (48% contre 44%). Selon une étude de mai 1999 du CREDOC, leur participation à la vie associative a doublé en 20 ans*.

Enfin, la **place des personnes âgées** est valorisée **au sein des institutions médico-sociales**, avec l'instauration de la loi du 2 janvier 2002 via le **conseil de la vie sociale** qui auparavant s'appelait Conseil d'établissement.

Exemples d'actions intergénérationnelles

Les associations du département se sont fortement investies dans des actions visant à créer ces liens intergénérationnels. On pourrait citer entre autres, l'association « SIGMA » ou encore l'association « Areade3A » et l'association « Ar'toit 2 générations » qui proposent, pour la première, l'intervention de jeunes au domicile des personnes âgées isolées, pour la seconde, l'animation débats ponctuels intergénérationnels dans le cadre de « Café des âges », et enfin pour la troisième, la mise en relation d'étudiants et de personnes âgées afin de permettre aux personnes seules d'héberger un étudiant contre quelques services et une légère contrepartie financière. Une autre association, Unis Cité, mobilise quant à elle, des jeunes volontaires en service civil au service des personnes âgées dans le cadre d'un programme de visite à domicile et au sein des lieux de vie collectifs.

Le Conseil de la Vie Sociale

Le conseil de la vie sociale donne son avis sur les points suivants : le règlement intérieur, la vie quotidienne de l'établissement et des résidents, les activités, l'animation socioculturelle, les services thérapeutiques, les projets de travaux d'équipement, la nature et le prix des services rendus par l'établissement, l'affectation et l'entretien des locaux.

Le soutien aux projets expérimentaux et la semaine bleue constituent un levier incontournable et seront utilisés par le Département pour la promotion et la valorisation d'actions renforçant la place des personnes âgées dans la cité.

Les axes de travail sont développés dans la **fiche action N° 2 « Favoriser l'expression des personnes âgées dans les débats collectifs et les soutenir dans l'exercice de leur citoyenneté »**.

OBJECTIF 3 : OUVRIR AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES

Face à l'emprise croissante des **technologies nouvelles** sur l'environnement quotidien, le **vieillessement** de la population fait l'objet de **deux discours antagonistes** qui soulignent les risques d'inadaptation ou d'exclusion des personnes âgées, tout en mettant en évidence la créativité des seniors sur internet et les potentialités des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la santé et la qualité de vie.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les **aînés** font une **utilisation diversifiée** et parfois intense des **outils technologiques** qu'ils ont choisis. La culture informatique qu'ils en retirent leur permet, non seulement de **mieux communiquer avec leurs enfants et petits-enfants**, avec la famille éloignée géographiquement, les frères, les tantes, les neveux, etc. mais aussi de **réduire** du même coup le **fossé générationnel** qui empêche trop souvent le transfert intergénérationnel. Ils utilisent le courriel au moins autant que leurs enfants et leurs petits-enfants. Ils lisent les grands titres, échangent des photos, et font également des transactions bancaires et du chat, et ce, dans des proportions parfois surprenantes. **Internet** est devenu au fil de son évolution une véritable **plate-forme sociale pour les aînés**, les grands-parents en particulier.

*« La dynamique sociale des seniors », étude réalisée par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie, mai 1999

En France, 2,6 millions de seniors âgés de plus de 50 ans utilisent Internet, soit 16,2 % de la population globale d'internautes : 89,5 % des « séniornauts » âgés de 50 à 64 ans utilisent l'e-mail, 35,3 % participent à des chats, 26,9 % se servent de la messagerie instantanée, 42,1 % pratiquent le téléchargement et 79,2 % consultent les sites marchands.

Il convient cependant de ne pas généraliser la réalité de ces seniors à l'ensemble de la population des aînés (troisièmes et quatrièmes âges), car au sein de cette population, existent de grandes disparités, voire un fossé qui se creuse, entre les personnes utilisant les TIC et celles qui ont peu ou pas d'accès à ces technologies. Le risque de fracture numérique existe c'est pourquoi le Parlement européen a lancé en juin 2007 un vaste plan d'action intitulé «**Bien vieillir dans la société de l'information**». Doté d'1 Milliard d'Euros, ce plan vise à améliorer l'accessibilité du senior aux NTIC (accessibilité, format, innovation technologique...).

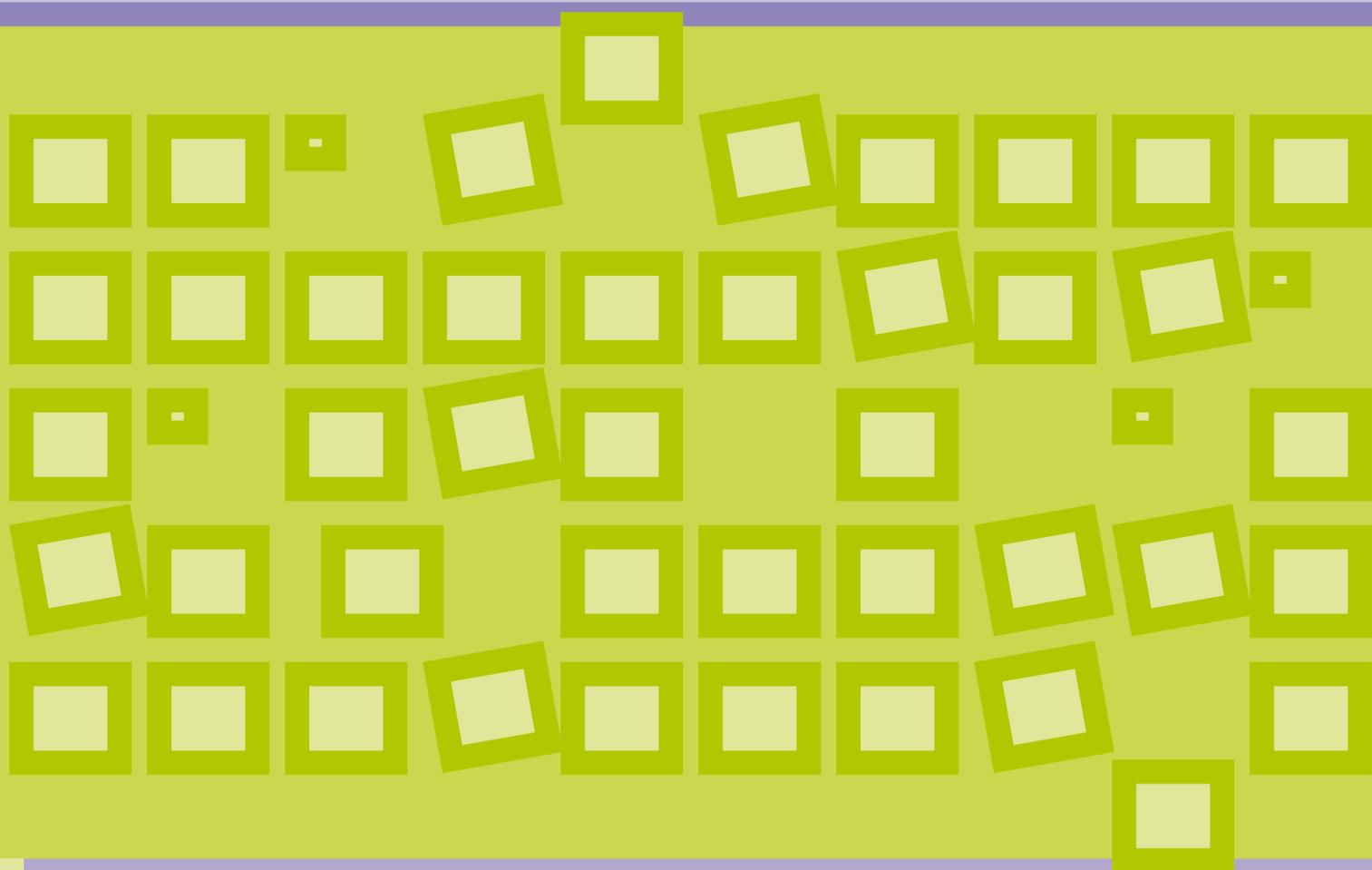
La Région NORD PAS DE CALAIS a, quant à elle, lancé un programme d'initiation **gratuit** à l'informatique et à Internet : **TIM P@SS**. Le Tim P@ss prend la forme d'un chéquier de 7 souches. Son usage est simple : Chacune des souches correspond à un module de formation aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC).

Il importe donc de **poursuivre**, de **valoriser** et de **développer** les actions visant à faciliter **l'accès et l'apprentissage d'Internet** et à favoriser l'appropriation des NTIC par les retraités. Pour ce faire, le Département du Pas-de-Calais accompagnera le développement de formations informatiques (collectives et individuelles) à l'échelle départementale puis à l'échelle territoriale. Ces projets seront menés avec la collaboration du Conseil Régional Nord Pas-de-Calais, des instituts de formations, des cyber-centres, des collectivités locales et territoriales, des centres sociaux...

Les axes de travail sont développés dans la **fiche action N°3 intitulée « Aider à la maîtrise des nouvelles technologies de l'information et de la communication »**.

ORIENTATION 2 :

FAVORISER LE SOUTIEN DES PERSONNES À LEUR DOMICILE



Un souhait marqué des personnes âgées...

Demeurer chez soi dans son cadre familial le plus longtemps possible constitue le souhait privilégié des personnes âgées. En 1999, seulement 1% des personnes âgées de 60-74 ans dans la Région Nord-Pas-de-Calais habitaient dans une maison de retraite. Cette proportion augmente ensuite tout en restant faible pour atteindre 2% chez les 75-79 ans et 10% chez les plus de 80 ans.

L'APA, un véritable outil pour le soutien à domicile...

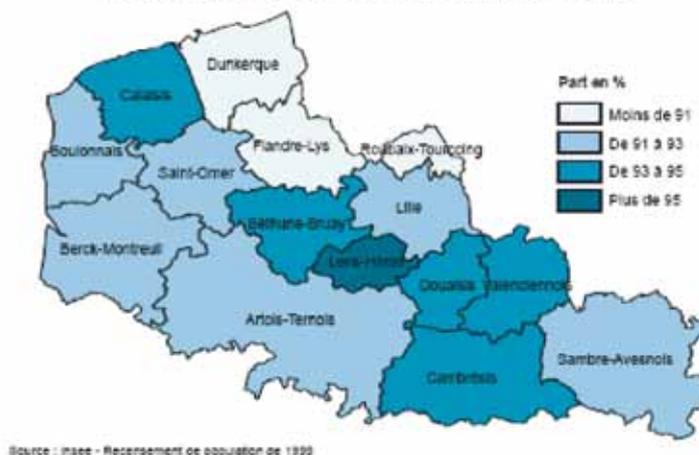
Le dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie a, depuis sa création en janvier 2002, été un formidable outil pour la structuration de la politique de soutien à domicile et a naturellement favorisé le maintien sur le lieu de vie. Fin 2007, le nombre de bénéficiaires APA dans le Département du Pas de Calais était de 32 503. Sur ces 32 503 personnes, 25 313 bénéficient de l'APA à domicile, soit 77,9 % des bénéficiaires.

I : LA POPULATION AGEE A DOMICILE DANS LE PAS-DE-CALAIS ET LES ORGANISMES FAVORISANT LE SOUTIEN A DOMICILE

1) La population âgée du Pas-de-Calais à domicile

Les personnes âgées vivent plus souvent à domicile dans le Pas-de-Calais qu'en moyenne nationale : **92% des 75 ans et plus** sont dans ce cas dans la région contre 90% en France métropolitaine. Dans le Département, elles sont plus nombreuses à rester dans leur domicile dans l'ex-bassin minier, particulièrement dans la zone de proximité de Lens-Hénin, dans l'Artois et dans le Calaisis.

Proportion de personnes de 75 ans et plus vivant à domicile en 1999 dans les zones de proximité du Nord-Pas-de-Calais



2) La population âgée dépendante à domicile – Les bénéficiaires de l'APA

Le nombre de personnes âgées dépendantes est en augmentation constante. La définition de la dépendance couramment admise, est le **besoin d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante** (se laver, se déplacer, s'alimenter, s'habiller). Dans ce cadre, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) a été élaborée au cours de l'année 97, pour déterminer les ressources nécessaires à la prise en charge d'une personne âgée dépendante. La grille AGGIR permet donc d'évaluer l'autonomie de la personne âgée et de regrouper les malades en six Groupes Iso-Ressources ou **GIR** des plus dépendants (GIR 1) aux plus autonomes (GIR 6). Les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA (Aide Personnalisée d'Autonomie), dès lors que les conditions d'âge sont remplies.

L'APA à domicile permet aux personnes âgées de plus de 60 ans qui se trouvent en situation de perte d'autonomie de bénéficier d'une aide pour financer par exemple :

- Le personnel d'aide à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie...),
- L'accueil de jour et l'accueil temporaire,
- Les aides techniques,
- L'adaptation du logement,
- L'environnement matériel,
- Le transport....

L'APA attribuée dans le cadre du maintien à domicile repose sur l'**élaboration d'un plan d'aide** prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée (degré d'autonomie, environnement familial et social...). Il est réalisé après une évaluation personnalisée effectuée par les équipes médico-sociales du Conseil Général. Le plan d'aide dresse la liste des aides humaines ou techniques que l'APA servira à couvrir (aide à domicile, portage de repas, de courses, amélioration de l'habitat...). Le montant de cette allocation est proportionnel au degré de dépendance de la personne âgée et est calculé en fonction de ses ressources.

Les plans d'**aide à domicile** font l'objet d'un barème, arrêté au niveau national, qui dépend du niveau de dépendance-GIR (de 515,55 Euros maximum pour un GIR 4 à 1202,88 Euros maximum pour un GIR 1)

Au 31 décembre 2007, le nombre de **bénéficiaires APA** dans le Département du Pas de Calais était de **32 503**. Sur ces **32 503** personnes, **25 313** bénéficient de l'**APA à domicile**, soit **77,9 %** des bénéficiaires et **7 190** en établissement, soit **22,1 %** des bénéficiaires.

Depuis sa mise en place en 2002, la part de l'APA dans les dépenses du Département n'a cessé de croître. En 2002, l'APA représentait 48% des dépenses sociales en faveur des personnes âgées. En 2007, elle représentait 81,4 %. L'APA à domicile représente à elle seule plus des 4/5^e des dépenses liées à l'APA.

En Millions d'Euros	2002	2003	2004	2005	2006	2007
APA Domicile	30,342	77,908	100,585	109,361	111,856	116,622
APA Établissement	14,935	21,874	25,548	26,821	30,368	32,628
Autres dépenses aide sociale**	48,918	33,546	27,985	28,920	31,802	34,058
Total Aide Sociale PA	94,19	133,33	154,12	165,10	174,03	193,358
Part APA/total aide sociale	48,07%	74,84%	81,84%	82,48%	81,73%	81,43%

Source : CG 62, comptes administratifs

** : source CG, Hébergement et domicile

3) Les structures et services favorisant le soutien à domicile

a. Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

► Pour quoi ? Pour qui ?

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile **des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie** et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale, qui relèvent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces prestations s'inscrivent dans un **projet individualisé d'aide et d'accompagnement** élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles concourent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Les services interviennent **auprès des personnes âgées de 60 ans et plus**, des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et des personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques.

► Les modes d'intervention

Il existe quatre modes d'intervention : **le mode prestataire, le mode mandataire, le gré à gré et le prêt de main d'œuvre autorisé.**

Le mode prestataire

Ce mode d'intervention concerne les organismes (y compris les entreprises d'insertion assurant ce type de service) qui fournissent des prestations de services aux personnes à leur domicile. Dans ce mode, les intervenants qui réalisent la prestation sont salariés de la structure qui propose les services. Ils interviennent sous sa responsabilité et sous l'autorité hiérarchique d'un encadrant qui les missionne pour la réalisation de la prestation au domicile des clients. L'organisme choisit le ou les salariés qui vont intervenir, élabore le planning des interventions, assure la continuité du service. Enfin, l'organisme définit sa politique de recrutement, de gestion du personnel, de formation et d'encadrement des intervenants.

⇒ Pour le Département du Pas-de-Calais et concernant l'APA en 2007, les services prestataires sont les plus nombreux et ont effectué 5 026 832 heures.

Le mode mandataire

Dans ce cas de figure, l'organisme agréé propose le recrutement de travailleurs à un particulier employeur lequel conserve, comme dans la modalité d'emploi direct, une responsabilité pleine et entière d'employeur.

⇒ Pour le Département du Pas-de-Calais et concernant l'APA en 2007, les services mandataires ont effectué 1 377 240 heures.

Le gré à gré

C'est le cas d'un particulier qui emploie à son domicile une ou plusieurs personnes pour assurer les prestations suivantes :

- accompagner les familles et garder les enfants au domicile,
- assister les personnes âgées et/ou dépendantes qui veulent vivre à la maison,
- être auprès de toutes les personnes qui ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne,
- faciliter la vie ménagère.

⇒ Pour le Département du Pas-de-Calais et concernant l'APA en 2007, le « gré à gré » représente 1 705 987 heures.

Le prêt de main d'œuvre autorisé

Il est mis en œuvre notamment par les associations intermédiaires et les filiales des entreprises de travail temporaire exclusivement dédiées aux services à la personne. Pour ce mode d'intervention, l'intervenant est salarié de la structure mais il est mis à la disposition du client qui exerce par délégation certaines responsabilités de l'employeur relatives aux conditions de travail. Ceci passe notamment par la signature d'une convention de mise à disposition entre l'organisme et le client.

⇒ Néanmoins dans le Pas-de-Calais aucune de ces structures n'intervient auprès des personnes âgées.

► Rappel du contexte réglementaire

La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a confié au Président du Conseil Général un pouvoir d'autorisation et de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile prestataires.

Depuis l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005, les gestionnaires de services d'aide et d'accompagnement à domicile ont le choix entre deux procédures :

- la procédure d'autorisation : conclue par un arrêté du **Président du Conseil Général**. Dans ce cas, l'autorisation est valable 15 ans et induit : la fixation du coût horaire d'intervention par les services du Conseil Général et le respect des dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles par le gestionnaire

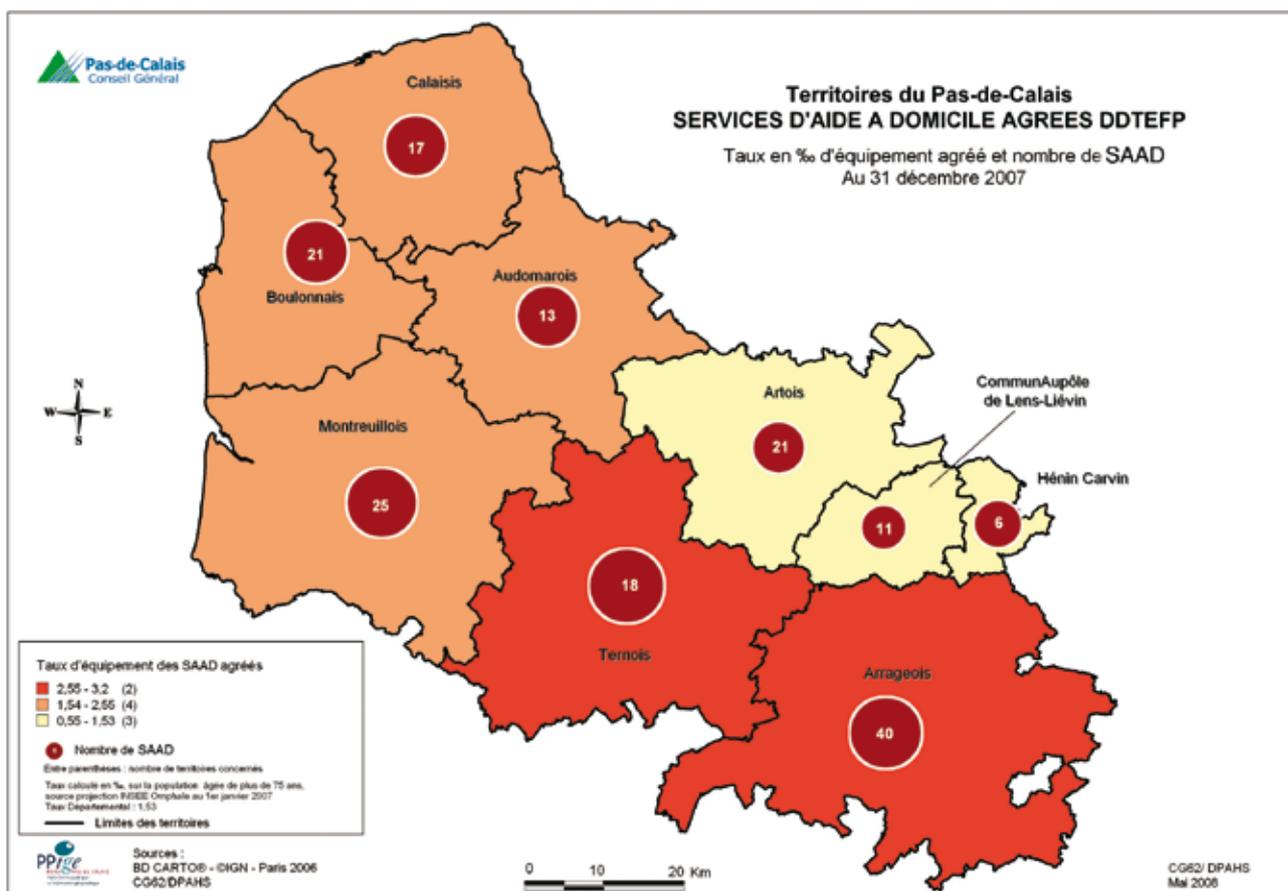
- la procédure d'agrément qualité renouvelée : conclue par un **arrêté du Préfet**, via la DDTEFP (Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle) Dans ce cas, le service agréé fixe librement son tarif dans le cadre d'un contrat conclu avec l'utilisateur.

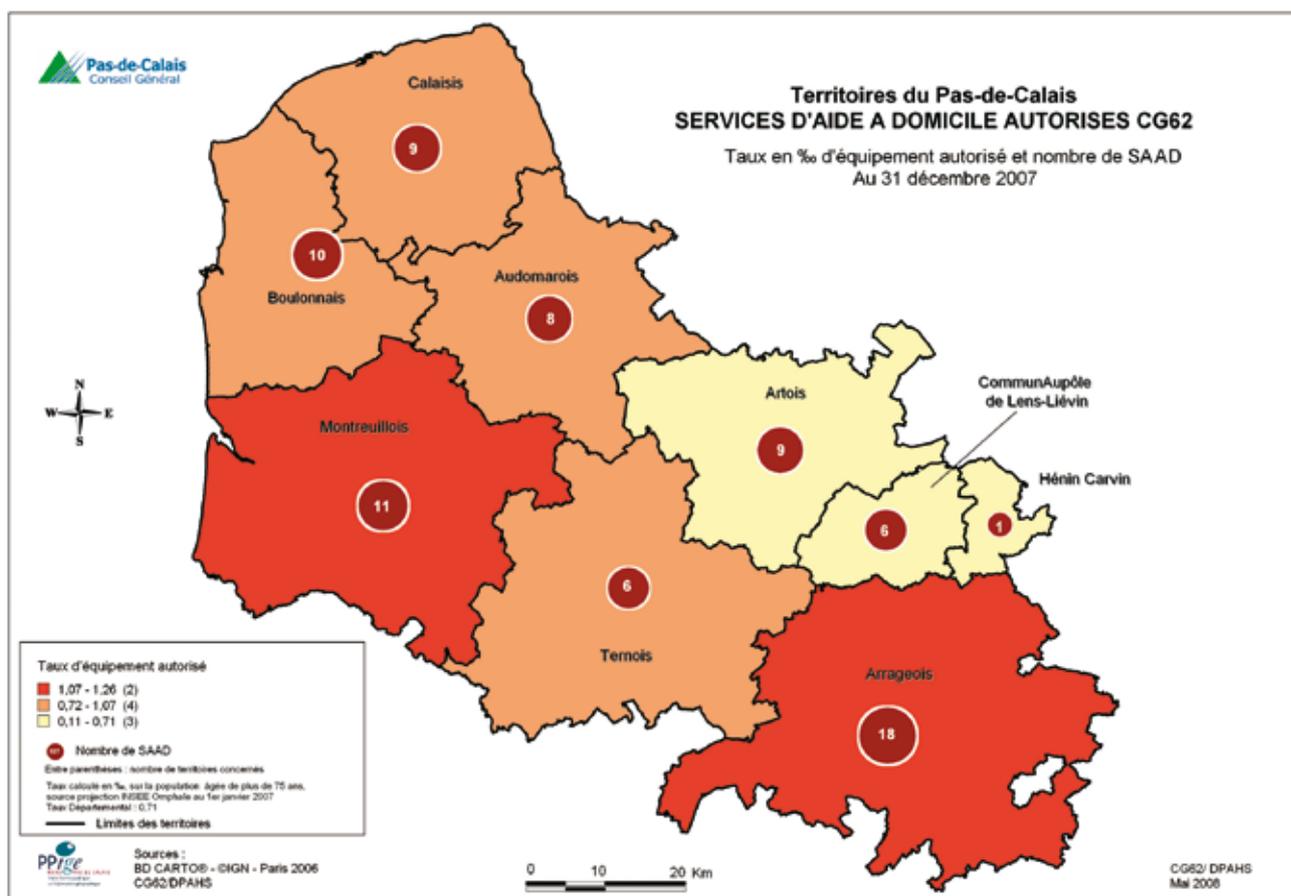
En instaurant un système dual, l'ordonnance met fin, a priori, à la régulation du secteur des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile prestataires par le Président du Conseil Général, instituée par la loi du 2 janvier 2002.

► Etat de l'offre :

Au 31 décembre 2007, selon les données de la DDTEFP, le Département du Pas-de-Calais compte **172 SAAD** qui détiennent un agrément qualité leur permettant d'intervenir auprès des personnes âgées et handicapées.

Sur ces 172, 109 interviennent au titre de l'APA à domicile des personnes âgées, dont **78 sont autorisés par le Président du Conseil général**.





b. Les Services de Soins Infirmiers à Domicile

► Pour quoi ? Pour qui ?

Les SSIAD sont des services médico-sociaux au sens de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

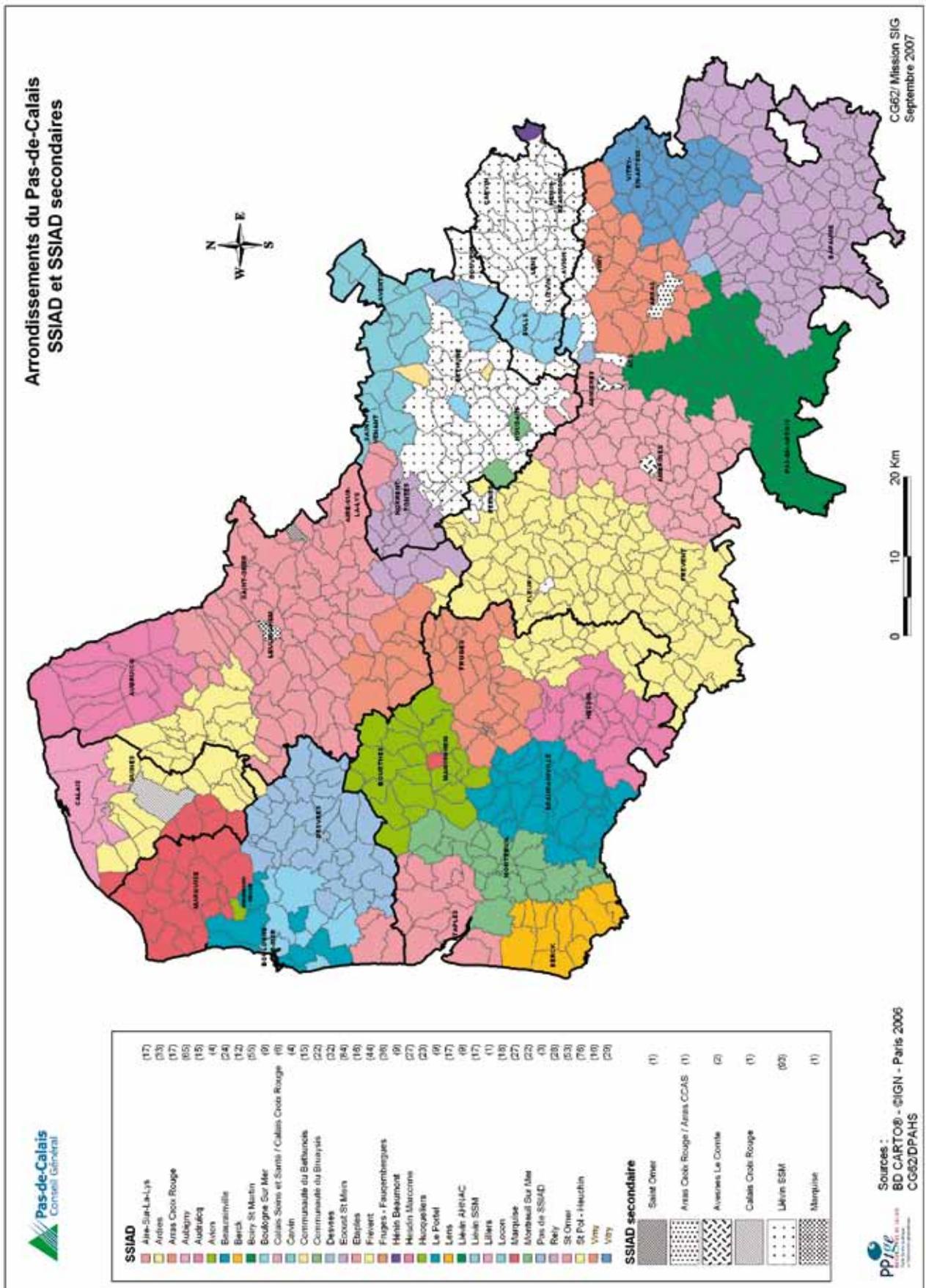
Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, **les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.**

Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers.

Ils interviennent au domicile des personnes ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou handicapées.

► **Etat de l'offre :**

Au 31 décembre 2007, le Département du Pas-de-Calais compte 37 SSIAD soit **2268 places de SSIAD**, parmi lesquelles 1733 places privées et 535 places publiques. Le périmètre d'intervention des SSIAD est illustré sur la carte ci-dessous.



c. L'Hospitalisation à domicile

- Pour quoi ? Pour qui ?

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité de prise en charge qui concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, feraient l'objet d'une hospitalisation traditionnelle.

Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, impliquant à la fois une coordination de soins, une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins infirmiers ou des interventions de kinésithérapie quasi quotidiens. L'hospitalisation à domicile prend en charge des adultes ou des enfants souffrant de pathologies diversifiées ou encore des parturientes. Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de soins ponctuels complexes pour une durée déterminée qui peut être réitérée ou de soins continus complexes.

Le rôle respectif de l'HAD et du SSIAD est présenté dans la fiche action « Organiser la relation entre l'hôpital et le domicile ».

- Etat de l'offre :

Sur le Département du Pas-de-Calais, il existe cinq services d'hospitalisation à domicile :

- SANTE SERVICE de la région de LENS,
- SERVICE d'HOSPITALISATION à DOMICILE de la région de BETUHNE
- Association des PAYS du TERNOIS et de l'ARTOIS
- Association HAD Littoral BOULOGNE/MONTREUIL
(avec 1 antenne dans les locaux du CH de Boulogne sur Mer)
- HAD CALAIS/ST OMER (avec 1 antenne dans les locaux du CH de St Omer).

Soit une capacité totale de 255 places autorisées au 31 12 2007.

d. Les services de transports accompagnés

- Pour quoi ? Pour qui ?

Un service de transport accompagné est une prestation à destination de personnes âgées et handicapées. La prestation est assurée par un « chauffeur ». Elle comprend : le transport ainsi que l'aide et l'accompagnement de la personne (le chauffeur est chargé d'aider les personnes à monter puis descendre du véhicule et de les accompagner lors de leurs déplacements : courses, pharmacie...)

- Etat de l'offre :

A ce jour, seuls deux services de transport sont autorisés depuis mars 2005 sur le territoire de l'Arrageois et plus particulièrement sur les secteurs d'HERMIES et de MARQUION.

e. La Garde itinérante

- Pour quoi ? Pour qui ?

La garde itinérante de jour ou de nuit offre une alternative à une présence permanente auprès de personnes âgées dépendantes. Par une aide ponctuelle (interventions de courte durée : 15 à 30 minutes), elle permet de retarder le placement en institution, d'éviter une hospitalisation, de respecter le rythme de vie des usagers qui font le choix de l'horaire d'intervention, de soulager et rassurer les familles ou les autres aidants.

Exemple : aide au coucher, aide aux déplacements, fermeture des volets, changes, distribution de médicaments préparés par l'infirmière, visites de sécurité, apaisement en cas d'angoisses nocturnes.

Cette prestation peut s'inscrire dans le plan d'aide APA mais est difficile à mettre en place notamment en raison de son coût.

► **Etat de l'offre :**

Dans le Pas-de-Calais en date du 31 décembre 2007, **deux structures** sont autorisées : le SIPAD et Lens Domicile Service. Ces services ont mis en place cette prestation sur le secteur de LENS. Un service supplémentaire vient d'obtenir son autorisation.

f. La Téléassistance

► **Pour quoi ? Pour qui ?**

Ce service permet aux personnes âgées vivant seules, d'**alerter par simple pression sur un bouton, une centrale d'écoute**. Le boîtier muni du bouton est couplé au téléphone, mais il peut être commandé à distance, à partir d'un petit appareil porté au cou ou au poignet.

Lorsque l'alarme a été déclenchée, la centrale d'écoute identifie la personne. Un chargé d'assistance («écoutant») entame immédiatement un dialogue amplifié. En même temps s'affiche sur l'écran de son ordinateur le nom et l'adresse de la personne concernée, ainsi que de nombreux renseignements, tels que les nom et coordonnées des voisins qui possèdent les clefs, le numéro de téléphone du médecin traitant, les maladies en cours, etc.

Cette prestation peut s'inscrire dans le plan d'aide APA.

► **Etat de l'activité :**

Le Département du Pas-de-Calais a mis en place en mai 2004 le système de Téléassistance qui remplace la télé-alarme installée en 1998. On atteignait 9938 abonnés au 31 décembre 2007 soit un coût de 500 000 Euros pour un taux d'équipement de 3.52 % sur la population des plus de 60 ans du Département.

g. Les professionnels libéraux et les réseaux de santé

► **Les professionnels de santé libéraux**

De nombreux professionnels de santé peuvent participer à la prise en charge de la personne âgée à son domicile : médecins, infirmières libérales, kinésithérapeutes (rééducation, aide à la marche, troubles de l'équilibre...), orthophonistes, psychologues...

► **Les réseaux gérontologiques**

La finalité des réseaux est d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale, à domicile, des personnes âgées de plus de 60 ans fragiles, par un accompagnement global cohérent et coordonné des acteurs de santé. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médicales-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

II : LE SOUTIEN A DOMICILE : QUELS ENJEUX POUR DEMAIN ?

L'un des axes stratégiques du précédent schéma gérontologique 2000-2005 était de respecter, tant que faire ce peu, le souhait des personnes âgées de rester à domicile. Ainsi, le Conseil Général du Pas-de-Calais avait choisi d'optimiser les conditions du maintien à domicile dans le cadre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Ce dispositif d'aide individualisée a fait la preuve de son efficacité et se doit aujourd'hui d'évoluer en regard des besoins des personnes âgées maintenues à domicile

Le soutien à domicile reste un enjeu majeur pour ce schéma de sorte que chacun puisse demain vieillir chez lui avec une prise en charge adaptée et de qualité.

Le Département a la volonté forte de renforcer la qualité des services intervenant à domicile. Aussi un effort particulier sera concentré dans les cinq années sur :

- ① Le développement des **bonnes pratiques professionnelles**,
- ② La **professionnalisation et la valorisation des métiers de l'aide à domicile** dans une dynamique de création d'emplois durables, manière moderne de concilier la création d'emploi et l'humanisme social.
- ③ La **coopération efficace et permanente des différents professionnels de terrain**, permettant ainsi d'assurer la continuité de la prise en charge des personnes âgées au domicile par l'articulation entre les secteurs de l'aide à la personne et du secteur sanitaire,
- ④ Le **soutien des aidants familiaux**, car leur rôle est précieux et essentiel, mais également difficile tant psychologiquement que matériellement. Il est souvent utile d'être accompagné et soutenu dans ce rôle, y compris par la possibilité d'une prise en charge en centre d'accueil de jour et/ou d'hébergement temporaire.
- ⑤ Le **développement de l'information des personnes âgées et de leur entourage**, sur tous les aspects de la vie quotidienne (aide à domicile, garde à domicile, soins à domicile, téléassistance, portage de repas à domicile, aménagement du logement, accès aux droits, loisirs, ateliers de promotion de la santé, soutien aux aidants naturels...) ainsi que sur les modes d'accueil (foyer-logement, unité de vie, accueil familial, accueil de jour, hébergement temporaire, maison de retraite, unité de soins de longue durée...)

III : FAVORISER LE SOUTIEN A DOMICILE : LES OBJECTIFS DU SCHEMA

I OBJECTIF 4 : INFORMER L'USAGER ET SON ENTOURAGE

Les personnes âgées et leur entourage éprouvent des **difficultés à se repérer face à la multitude d'offre de services disponibles** : les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers (SSIAD), l'hospitalisation à domicile (HAD), le secteur associatif et les services à but lucratif. Le vocabulaire technique des professionnels est peu adapté pour une bonne compréhension des dispositifs et des modalités de prise en charge.

Pour les usagers et parfois l'entourage, la distinction entre services à domicile mandataires, prestataires ou encore le gré à gré n'est pas signifiante.

Par ailleurs, les notions de services autorisés et agréés n'ont guère de sens pour les usagers. Les distinctions entre HAD, SSIAD, SAAD ainsi que les différentes modalités d'imputation financière (assurance maladie, APA, caisse de retraite) viennent encore obscurcir le panorama.

Cette complexité est un frein à un recours serein et pertinent à l'offre de services existants. C'est pourquoi le Département, en collaboration avec ses partenaires, a décidé de mener une réflexion pour développer une information plus claire et adaptée aux personnes âgées et à leur entourage. La déclinaison des différents axes de travail sera présentée dans la **Fiche action n°4 « Mieux informer l'utilisateur et son entourage »**.

I OBJECTIF 5 : AMELIORER L'EVALUATION DES BESOINS DES PERSONNES AGEES

Afin de préserver l'autonomie de la personne et retarder son entrée en établissement, l'action sociale en faveur des personnes âgées du Conseil Général contribue à accompagner le retraité à son domicile. Pour cela, le dispositif APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) permet, à travers une évaluation des besoins et l'élaboration de plans d'aides personnalisés, la mise en place d'un mode d'accompagnement.

L'évaluation des besoins est réalisée au domicile de la personne par **les équipes médico-sociales du Département sur la base de la grille AGGIR** et donne ensuite lieu à la proposition d'un **plan d'aides diversifiées**, associant interventions humaines, dispositifs techniques (aide à domicile, portage de repas, de courses, amélioration de l'habitat...) et recommandations.

Aujourd'hui, les équipes médico-sociales peuvent être amenées à se déplacer pour réévaluer le plan d'aide initial après sa mise en place mais ces visites de suivi des bénéficiaires APA ne sont pas systématisées, de même que les échanges avec les services intervenants alors qu'ils pourraient avoir un rôle important dans l'accompagnement qualitatif, notamment :

- Pour éviter les changements non concertés entre l'utilisateur / le Conseil Général / le(s) service(s) dans la mise en œuvre du plan d'aide APA,
- Pour prévenir les situations sociales complexes et des risques de maltraitance.

L'instauration d'échanges réguliers avec le(s) service(s) intervenant(s) après la mise en place du plan d'aide ainsi que la **formalisation de procédures d'évaluation communes à l'ensemble des territoires** permettraient une adaptation plus régulière du plan d'aide aux besoins (souhaits et/ou en lien avec son état de santé) de la personne âgée.

On constate également que les besoins des personnes âgées maintenues à domicile sont variés, pouvant s'étendre d'une simple intervention à domicile à une adaptation de logement ou encore un moyen de transport. Or aujourd'hui, même si les critères utilisés pour l'évaluation sont assez larges, grille AGGIR, entourage, habitat, aides en place... les plans d'aide proposés s'avèrent généralement assez limités du fait de contraintes budgétaires.

L'évaluation doit permettre de mieux diagnostiquer les situations individuelles dans le but d'apporter des réponses adaptées aux besoins et en adéquation avec les attentes des personnes âgées. Dès lors, le **recours à des professionnels spécialisés** pourrait être envisagé, particulièrement des **ergothérapeutes** sur la thématique spécifique de l'adaptation du logement.

Ces sujets seront traités dans la **Fiche Action n°5 « L'évaluation APA, quelles évolutions ? »**.

I OBJECTIF 6 : COORDONNER LES AIDES

De **nombreux professionnels peuvent être amenés à intervenir au domicile** afin d'assurer une prise en charge globale de la personne : service d'aide à domicile, professionnels libéraux (infirmier, kinésithérapeute, médecin), SSIAD etc, ce qui rend les échanges complexes. Le **manque de coordination et de transmission d'informations** parfois constaté entre les différents intervenants peut générer des difficultés (retards de prise en charge, absence d'intervention...)

La continuité des prestations pose également problème les week-ends et jours fériés étant donné la réduction d'effectifs dans les services durant ces périodes. D'autre part, les heures de passage au domicile des personnes âgées sont parfois inadaptées à leur rythme de vie. Se pose dans ce cas la question de l'inadaptation du plan d'aide ou de sa réalisation.

Il est indispensable de mener une réflexion territoriale entre les professionnels du domicile pour qu'ils définissent ensemble leurs relations de travail.

La DDASS a d'ores et déjà lancé en 2007 un travail avec les fédérations représentatives des services d'HAD et de SSIAD en vue d'améliorer les relations. La démarche a abouti à **la définition d'une convention cadre à décliner sur chaque territoire, dans le but de régir la relation entre SSIAD et HAD.**

Il convient maintenant de poursuivre la démarche entreprise entre HAD/SSIAD et de l'étendre au domaine de l'aide à domicile (SAAD). Cet élargissement sera organisé dans le cadre d'un co-pilotage DDASS/Département.

Les actions envisagées seront déclinées dans la **fiche action n°21 « Organiser les relations entre l'hôpital et le domicile ».**

OBJECTIF 7 : AMELIORER LA QUALITE DES AIDES OFFERTES A DOMICILE

Les évolutions récentes du secteur conduisent à une exigence de qualité accrue des services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile, notamment par :

- Les attentes et les besoins croissants des différents publics, en particulier des personnes vulnérables, avec le vieillissement de la population et la revendication accrue d'autonomie des personnes en situation de handicap.
- L'obligation de mise en conformité avec des exigences réglementaires particulièrement contraignantes (loi du 2 janvier 2002, loi du 26 juillet 2005, arrêté du 24 novembre 2005,...).
- Et la concurrence accrue entre services depuis la publication du Plan Borloo.

Cet environnement impose de fait, aux services d'aide à la personne une démarche constante d'analyse et d'amélioration des pratiques.

Au niveau départemental, des orientations claires ont été prises en matière de développement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Financeur principal, via l'APA, des prestations délivrées par ces services, le Conseil Général a posé une **exigence de transparence et d'efficacité** quant à leur fonctionnement et à la qualité de leurs prestations.

Pour répondre à cet objectif, un travail de concertation est lancé depuis mars 2008 avec les fédérations départementales et les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés par le Conseil Général. **Trois groupes de réflexion ont été constitués, dont l'un doit traiter de la qualité des prestations fournies par les services.** Il devrait aboutir à l'élaboration d'objectifs « qualité » et d'indicateurs de mesure qui constitueront le socle des futurs contrats d'objectifs et de moyens qui seront signés entre les SAAD et le Conseil Général. Le sujet sera détaillé dans la **fiche action n°6 « Développer la démarche qualité dans les SAAD ».**

La démarche qualité apparaît indissociable de la **professionnalisation des intervenants** car elle constitue le préalable incontournable permettant d'offrir des services de qualité avec des professionnels qualifiés, de valoriser des métiers et d'offrir des perspectives de carrière.

Aujourd'hui, la profession d'aide à domicile se caractérise encore souvent par **une certaine précarité** dans des emplois à temps partiel, seuls 5% des emplois sont à temps complet dans les SAAD. Bien que depuis 2002, le Conseil Général du Pas-de-Calais ait soutenu de nombreuses formations à l'aide à domicile, notamment en direction des allocataires du RMI, des efforts restent à mener puisque 45% seulement des heures d'intervention des services prestataires sont effectuées par du personnel qualifié.

Compte-tenu du vieillissement prévisible de la population et du constat énuméré précédemment, une action forte vient d'être engagée à l'échelle nationale en faveur de la professionnalisation des intervenants des services d'aide et d'accompagnement à domicile. En février 2008, ont été présentés les objectifs en matière de développement de la filière d'aide aux personnes handicapées et dépendantes, inscrits dans le « plan régional des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes ».

Ce plan, qui sera décliné par région, comporte 4 priorités :

- **Identifier les besoins.** Il s'agit de connaître le nombre de personnes diplômées, par an et par filière, ainsi que celles exerçant déjà dans le secteur de l'aide à domicile.

- **Recruter auprès de 4 grandes cibles :**

- le grand public,
- les jeunes, à sensibiliser dès le collège et le lycée,
- les cadres intermédiaires, qui pourront bénéficier de formations adaptées,
- les personnes en situation précaire (celles-ci devraient pouvoir accéder à ces métiers grâce au Parcours d'accès aux métiers de la dépendance - Parmed).

- **Rénover la formation :**

Il est envisagé de créer des tronc communs entre les différentes formations et de promouvoir la VAE auprès des aidants familiaux notamment. Son autre priorité : développer de nouveaux métiers liés au handicap et à la maladie d'Alzheimer.

- **Valoriser les métiers de la dépendance.**

- Créer un répertoire national identifiant chaque formation et ses débouchés.

Le Conseil Général s'associe au Conseil Régional et soutient le projet, pour permettre une déclinaison territoriale de ce plan. Ce thème est décliné dans la **fiche action n°7 « Professionnaliser les services d'aide à la personne »**.

OBJECTIF 8 : DEVELOPPER DES SERVICES NOUVEAUX

La mobilité des personnes âgées...

Une réelle autonomie ne peut exister sans mobilité physique. Pas de maintien des relations sociales, pas d'accès aux activités sociales et culturelles sans la possibilité de se déplacer...

Contrairement à ceux qui vivent en ville, les personnes âgées installées dans les territoires ruraux et éloignés ont moins aisément accès aux transports publics ou autres. Les personnes âgées qui n'ont pas de véhicule sont particulièrement vulnérables à l'isolement et éprouvent également de la difficulté à accéder aux services communautaires et médicaux.

Dans les villes où il existe un système de **transport public**, il est fréquent que celui-ci ne **réponde pas aux besoins des personnes âgées** qui se déplacent en dehors des heures de pointe pour les travailleurs et qui les utilisent pour différentes raisons (rendre visite à des amis, participer à des activités, accéder à des services ou faire des courses). Les transports publics, lorsqu'ils sont proposés, ne sont pas nécessairement organisés de manière à répondre à ces besoins. Par conséquent, ils sont moins utilisés.

Le recours à des **services de navette s'avère être une alternative intéressante** permettant de transporter des personnes âgées vers les grands centres pour leurs rendez-vous médicaux. Dans le Département du Pas-de-Calais, seules deux structures proposent ce type de service sur le territoire de l'Arrageois alors qu'ils représentent un net avantage en terme de proximité et d'individualisation de la prestation.

Le Département du Pas-de-Calais entend soutenir et développer ce type de service dans les années à venir et ainsi répondre à un besoin prioritaire et commun à l'ensemble des territoires. Cette thématique sera traitée dans la **fiche action n°8 « Développer les services nouveaux »**.

Un service qui a le vent en poupe : la « garde itinérante » :

La garde itinérante a le vent en poupe depuis 2005* car définie comme une forme innovante de structure d'accompagnement et de répit pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et de leurs familles.

* Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

Ce service se veut complémentaire des services existants de maintien à domicile et favorise par sa mise en place, une plus grande sécurité et qualité de vie pour les personnes aidées, un relais et un soutien pour la famille ou l'entourage.

Dans le Pas-de-Calais, **l'offre est peu développée** puisqu'il n'existe que deux services sur le Département qui proposent ce type de prestation. Un service supplémentaire vient d'obtenir son autorisation. Le Conseil général souhaite développer de manière équitable sur le territoire départemental les services de garde itinérante. La **fiche action n°8 « Développer les services nouveaux »** précise cet objectif.

La télé - assistance, un outil de prévention pour lutter contre l'isolement :

Le système de la Téléassistance est un instrument complémentaire du dispositif de maintien à domicile des personnes fragilisées par l'âge ou le handicap. Son concept, dont l'expérience a prouvé le bien-fondé apparaît aujourd'hui comme le recours le plus efficace face à l'isolement, l'insécurité, les risques de chute, les malaises, etc.

Depuis 1988, le Conseil Général du Pas-de-Calais a mis en place un service de télé alarme pour les personnes âgées du département. L'activité d'exploitation du service départemental de télé alarme fut initialement attribuée à France Télécom puis cette prestation fut confiée en 2004 à un prestataire extérieur, Europ Assistance, dans le cadre **procédure de délégation de service public**.

La convention stipule que la délégation est établie pour une **durée de 5 ans**. Au vu de l'augmentation du nombre d'abonnés : 9938 au 31 décembre 2007 (soit +135 %) et des bilans annuels favorables, le Conseil Général a décidé de poursuivre ce mode de gestion puisqu'il a pleinement répondu aux attentes des abonnés.

Une procédure de délégation de service public sera donc relancée conformément aux articles L 1411-1 et suivants et R 1411-1 et suivants du Code Général des Collectivités Territoriales afin de conclure une nouvelle convention à compter du 1er février 2009.

Le Département veillera à ce que le **système évolue eu égard aux innovations technologiques importantes dans le domaine** permettant ainsi d'apporter une réponse plus complète et diversifiée aux besoins grandissant des personnes âgées.

OBJECTIF 9 : SOUTENIR LES AIDANTS

Le maintien à domicile est largement facilité lorsque l'entourage proche de la personne âgée est présent et qu'il peut l'accompagner au quotidien et s'assurer que la personne est maintenue chez elle dans un environnement favorable, permettant de garantir les conditions de sécurité et de qualité de vie.

L'aidant vient en aide à une personne dont les capacités physiques ou intellectuelles sont amoindries en raison d'une maladie ou d'un handicap ou de l'âge. Elle n'arrive plus à accomplir certains actes ordinaires de la vie tels que faire ses courses, préparer son repas ou faire sa toilette... Si la personne en perte d'autonomie a besoin d'être soutenue, il apparaît souvent que l'aidant lui-même a besoin d'être informé, guidé, épaulé dans ce rôle pour lequel il a rarement été préparé.

L'aidant familial est souvent un membre de la famille (conjoint, sœur, ...) ou un ami, qui va prendre en charge et favoriser le maintien à domicile de la personne en perte d'autonomie. Au début, l'aide s'installe sans que le proche l'ait vraiment choisi, puis perdure et s'accroît par sens du devoir. En règle générale, la vie de l'aidant n'est pas facile. Des difficultés d'ordre physique ou psychologique peuvent apparaître. Il parle **de sentiment d'épuisement, d'isolement, de peur de mal faire, du manque de disponibilité**, notamment quand il doit gérer aussi sa propre vie de famille et professionnelle. **L'aidant familial exprime des besoins : avoir un répit pour se ressourcer, être informé, conseillé par des professionnels.**

Le plan Alzheimer 2008-2012 publié en février 2008, inscrit l'aide aux aidants en objectif n°1. Trois mesures sont prévues :

- Le développement et la diversification des structures de répit (accueil de jour, garde itinérante...)
- La consolidation des droits et de la formation des aidants,
- L'amélioration du suivi sanitaire des aidants.

Au niveau départemental, les structures d'**accueil de jour et hébergement temporaire** demeurent en nombre insuffisant et sont encore mal connus du public et des professionnels. Leur développement constitue un axe fort du schéma et sera présenté dans la sous-orientation 3 de l'orientation 3 « Développer quantitativement et qualitativement l'offre en établissement ».

Des expériences sont menées sur le territoire du Pas-de-Calais pour venir en aide aux accompagnants familiaux, des groupes de paroles permettant de soutenir les aidants existent mais restent peu fréquentés car l'aidant n'a pas la possibilité de laisser seul le malade.

Exemple d'aides aux aidants mené dans le Département par Pas-de-Calais Alzheimer

ECOUTE TELEPHONIQUE : 135 H/Sem.

Objectifs : Ecoute, information, orientation vers les services compétents

PERMANENCE ACCUEIL : 44 H/Mois

Il s'agit de permanences permettant d'accueillir de nouvelles familles

GROUPES DE PAROLES : conduits par des Psychologues diplômés

- Cycle de 6 mois
- Groupe de +/- 10 personnes
- Arras
- Lens

Les groupes de paroles sont par contre moins utilisés. Plusieurs difficultés :

- la garde du malade pour libérer l'aidant
- des difficultés de transport
- un « tabou » persistant, on n'ose pas en parler...
- pour certaines personnes le prix modique est encore trop élevé (prix de l'adhésion à l'Association (34 € assorti de la somme de 15 € pour le cycle entier)
- c'est seulement en fin de cycle (12 séances) que les personnes s'aperçoivent de leur bienfait.

REUNIONS DE FAMILLES :

- 2 samedis par mois à Arras
- 1 samedi par mois à Lens et à Etaples

Les réunions de familles sont régulières et toujours fréquentées assidûment :

- ambiance familiale, conviviale
- pas d'obligation d'être à l'heure ou de rester
- le malade peut être présent (notamment quand il ne peut être gardé)
- soutien moral

« APRES-MIDI ALZHEIMER » : Réalisé dans la mesure du possible 1 fois l'an pour réunir familles et malades.

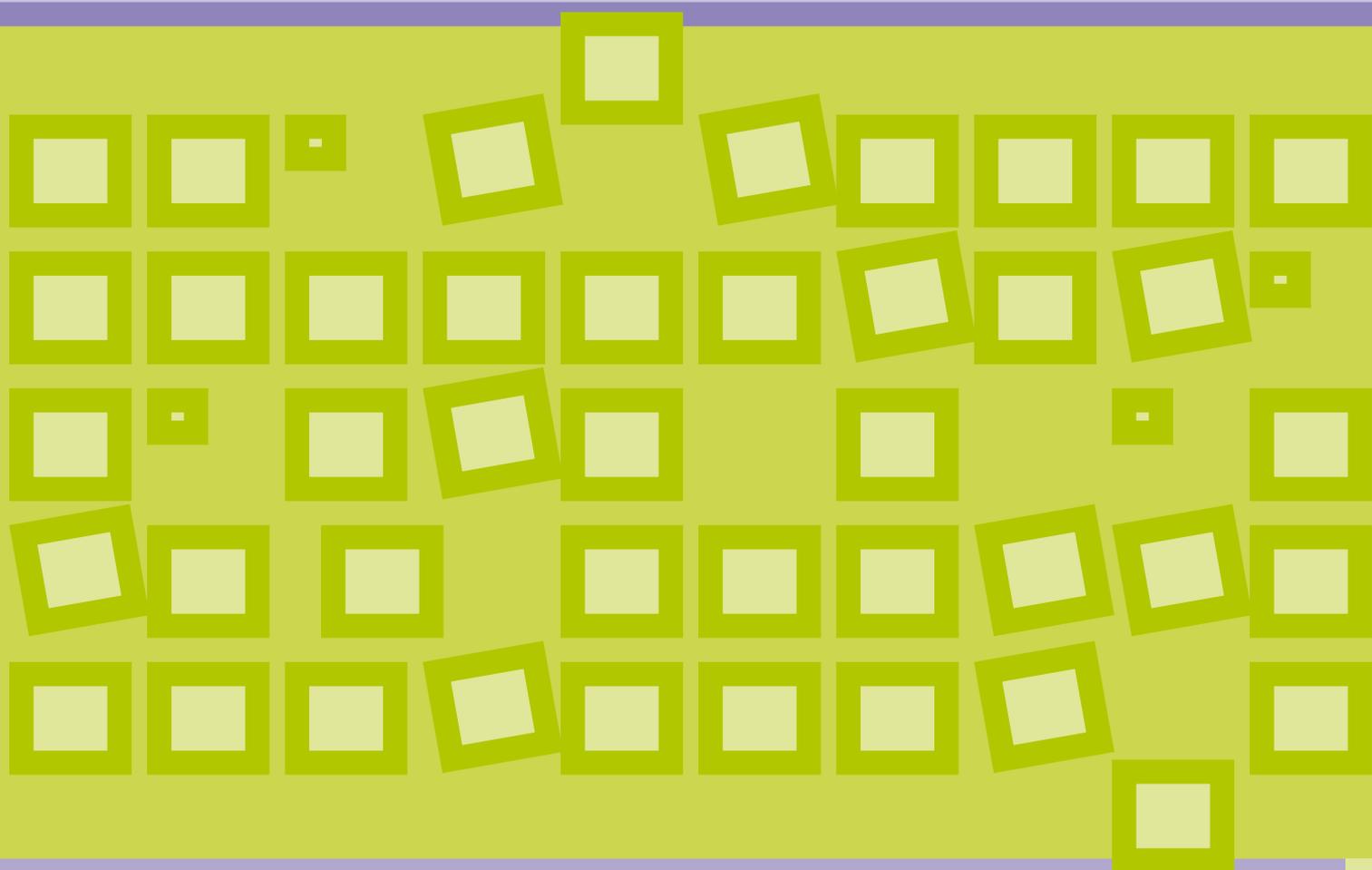
LES SEJOURS VACANCES : organisés par l'Union des Associations France Alzheimer à Paris qui permettent à l'aidant d'accompagner son conjoint ou parent malade. Il y a une prise en charge de ce malade par les bénévoles.

Pour prévenir l'épuisement des aidants qui s'occupent d'un proche souffrant de problèmes de santé physique ou psychologique et nécessitant des soins, le Département entend développer parallèlement à la création de places d'accueil de jour, des outils permettant de répondre à leurs besoins. Deux axes de réflexion seront poursuivis sur l'ensemble des territoires : la mise en œuvre de groupes de parole favorisant l'échange entre familles confrontées aux mêmes difficultés et l'instauration de réunions de formation conduites par des professionnels de santé sur des thématiques telles que les gestes et postures, l'humanité*, l'équilibre alimentaire, la prévention des chutes.... Ces actions seront détaillées dans la **fiche action n°9 « Développer le soutien aux aidants »**.

Humanitude : méthode d'approche du patient âgé, qui vise à pacifier la relation soignant / soigné. Apparue en 1980 (cf. l'essai de Freddy Klopfenstein : Humanitude, Genève, Ed. Labor et Fides – 1980), repris par Albert Jacquard, introduit dans les soins par un gériatre français, Lucien Mias en 1989, le terme d'humanité qualifie notamment une méthodologie de soins définie en 1995 par Rosette Marescotti et Yves Gineste. La « philosophie de soins de l'humanité » Gineste-Marescotti est basée sur les concepts de **bienveillance et de **règles de l'art** dans le soin. Elle regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour rapprocher le soignant et le soigné, améliorer les soins et le prendre soin des personnes en établissement et à domicile, accompagner ainsi les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout, jusqu'à la fin.*

ORIENTATION 3 :

OFFRIR UN «CHEZ-SOI» ADAPTÉ AU DEGRÉ D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE



Pour une politique territoriale de l'habitat diversifiée et équitablement répartie

Des besoins avérés ...

L'espérance de vie des français a progressé d'environ un trimestre tous les quatre ans durant les 20 dernières années, et la moyenne d'âge de la population ne cesse d'augmenter.

A l'horizon 2015, un habitant du Pas-de-Calais sur cinq aura au moins 60 ans. En 2030, c'est un habitant sur quatre qui aura atteint ou dépassé ce cap des 60 ans.

Cette perspective fait de l'habitat un enjeu politique d'autant plus essentiel que l'on sait que les habitants « âgés » du Pas-de-Calais sont particulièrement touchés par la dépendance*, et qu'ils disposent de revenus relativement faibles.

Une approche globale ...

L'importance de cet enjeu justifie une approche globale de la question : domicile et établissement, champs institutionnel et non institutionnel confondus, autour d'un usager (ou client) placé au cœur des dispositifs.

Le critère des 60 ans, de même que le qualificatif « personne âgée » qui l'accompagne n'apparaissent ni l'un ni l'autre judicieux. Car si les interactions entre vieillissement et habitat sont évidentes et font l'objet d'études fines de la part des différents opérateurs, privés ou institutionnels, le public - cible est plus large : Il démarre en effet avec les jeunes retraités (moins de 60 ans), les plus de 60 ans encore en activité – notons bien que ces 2 catégories ne revendiquent pas le qualificatif de « personne âgée » - et englobe les personnes en perte d'autonomie quelqu' en soit le degré et quelque soit l'âge de la personne.

La barrière d'âge (+ ou - 60 ans) et le statut (personne âgée ou personne handicapée) s'effacent ainsi devant la nécessité d'offrir à tous un « **chez-soi** » **confortable et sécurisé, adapté au degré d'autonomie de la personne.**

Pour une offre variée et de qualité ...

Cette volonté de cohérence autour de la personne a impliqué une approche transversale de la thématique, autour d'une logique de **besoins évolutifs** et de **parcours résidentiel** : en partant du domicile de droit privé et de son accessibilité, en passant par le logement intermédiaire non institutionnel (béguinages et autres résidences services), pour aborder enfin le champ médico-social (dont relèvent les établissements hébergeant des personnes âgées, dépendantes ou pas (EHPAD ou EHPA) mais aussi les accueillants familiaux dont l'activité se situe à mi-chemin entre le domicile et le collectif.

Le Département entend développer sur chacun de ses 9 territoires, et eu égard à des besoins qu'il s'agit d'identifier précisément, une offre diversifiée de logements et de modes d'hébergement, inscrits dans un réseau de services de proximité dont la vocation est de garantir un soutien à domicile de qualité, quel que soit ce domicile.

Sur le terrain médico-social, l'enjeu consiste à développer l'offre, qualitativement et quantitativement, sans négliger les modes d'accueil spécifiques - intermédiaires ou alternatifs - que sont les petites unités de vie, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour, l'accueil de nuit ...

L'ambition départementale pour demain ?

Promouvoir une politique du logement cohérente, adaptée aux besoins sociaux mais aussi environnementaux et économiques.

Chaque territoire doit pouvoir offrir à ses habitants une palette de logements privés et d'hébergements médico-sociaux qui répondra aux besoins d'une population pour laquelle le logement, au-delà de sa fonction résidentielle, doit être un outil du bien vivre, véritable moteur de lien social et de citoyenneté.

La loi du 13 août 2004 donne un rôle majeur à l'échelon intercommunal dans la définition des politiques locales de l'habitat et dans leur mise en œuvre, avec la délégation des aides à la pierre aux EPCI ou, à défaut, aux Conseils Généraux. La loi du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement a réaffirmé l'importance de l'élaboration de ces politiques par les intercommunalités, en rendant obligatoire les programmes locaux de l'habitat (PLH).

* Voir Chapitre 1 - Le contexte socio - démographique des publics âgés du Pas-de-Calais

Qu'est-ce que la délégation d'aide à la pierre ?

Le principe : La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a réformé les politiques locales de l'habitat. Depuis le 1er janvier 2005, l'Etat peut déléguer ses compétences en matière d'aides à la pierre aux EPCI à fiscalité propre dotés d'un Programme local de l'habitat, ou à défaut au Conseil Général pour les territoires non couverts par un EPCI ou pour l'EPCI qui n'a pas de convention de délégation.

Concrètement : L'exercice de la délégation de l'aide à la pierre consiste en l'attribution des aides publiques consenties par l'Etat en faveur de la construction, de l'acquisition, de la réhabilitation et de la démolition des logements locatifs sociaux, des logements-foyers, de la location – accession, de la rénovation de l'habitat privé, de la création et de l'amélioration de places d'hébergement.

Cette délégation s'exerce dans le cadre des orientations nationales définies par l'Etat, résultant des dispositions du Plan de Cohésion Sociale. Sont exclues du champ de la délégation les opérations de l'ANRU : Agence Nationale de Rénovation Urbaine.

Qu'est ce qu'un programme local de l'habitat ?

Le PLH est un outil de programmation articulant aménagement urbain et politique de l'habitat à différentes échelles infra-communales, communales et intercommunales. D'une durée minimale de 6 ans, il est rendu obligatoire par la loi « Engagement National pour le Logement » du 13/07/2006 pour toutes les Communautés urbaines, d'agglomération et de communes dont la population excède 50 000 habitants et qui comprend une commune de plus de 15 000 habitants.

Cette politique de demain implique un large partenariat : élus, administrations*, intercommunalités, bailleurs, promoteurs du médico-social, secteur associatif, sans oublier les particuliers ...

Ces derniers, l'âge venant, doivent pouvoir préserver leur choix de vie.

Zoom sur l'habitat durable : il constitue aujourd'hui l'un des axes majeurs de l'action de l'ANAH : l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat. Etablissement public de l'Etat, l'ANAH a pour mission de promouvoir le développement et la qualité du parc de logements privés existants**.

Deux axes peuvent être mis en lumière :

- la production de logements économes en énergie : le Grenelle de l'environnement a mis en lumière les enjeux cruciaux de l'habitat durable,
- l'adaptation du parc aux besoins de l'âge et du handicap : une politique d'habitat durable et solidaire passe également par une meilleure adaptation des logements aux personnes âgées et handicapées. Dans 20 ans, 4 millions de logements, soit l'équivalent du parc HLM d'aujourd'hui, seront occupés par au moins une personne de plus de 85 ans***.

Zoom sur le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) :

Issu de la loi du 31 mai 1990 visant la mise en œuvre du droit au logement, le PDALPD a vu son cadre réglementaire modifié par un décret en date du 29 novembre 2007. Elaboré et mis en œuvre conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général pour une durée qui ne peut être inférieure à 3 ans, il vise notamment à définir les objectifs à atteindre ainsi que les mesures et actions à mettre en œuvre en vue de la mobilisation et du développement de l'offre de logements, en matière de prévention des expulsions et de lutte contre l'habitat indigne.

Le PDALPD du Pas-de-Calais couvrira une période de 5 ans. Validé par l'Assemblée Départementale le 30 juin 2008, il a été signé fin 2008.

*Cf. politique immobilière de la CRAM Nord-Picardie, présentée dans le guide pour le développement d'un habitat adapté au vieillissement. Ce guide a notamment été diffusé lors du FORUM « Prévention du vieillissement et habitat » organisé par la CRAM, dans ses locaux, le 24 octobre 2008.

**Cf. article L 321 – 1 du code de la construction et de l'habitation

***Données nationales extraites du site internet de l'ANAH

L'orientation est déclinée en 3 sous orientations :

1^{ère} sous orientation : Adapter le logement aux effets du vieillissement des personnes

2^e sous orientation : Développer l'accueil familial

3^e sous orientation : Développer qualitativement et quantitativement l'offre en établissements médico - sociaux

Objectif général : veiller à une adéquation du logement de la personne âgée à sa perte d'autonomie

Sous orientation 1 :

Adapter le logement aux effets du vieillissement des personnes

Le vieillissement de la population interroge les acteurs des politiques sociales, des politiques de l'habitat, de l'urbanisme et des services à la personne.

Il remet forcément en question, à différents niveaux, les manières actuelles de concevoir, d'aménager, de faire fonctionner et de développer les villes*.

Le passage à la retraite et l'arrivée du grand âge génèrent en effet des opportunités de déménagement**, les retraités doivent s'adapter à de nouveaux besoins.

Ils alimentent le marché du logement de plusieurs façons***:

- au moment de la retraite, les ménages peuvent vendre leur résidence principale pour s'installer dans un nouveau logement, habiter leur résidence secondaire ou devenir propriétaires s'ils ne l'étaient pas. Vendeurs de logements familiaux, ils sont aussi bailleurs, contribuant ainsi à l'offre locative privée puisque près d'un bailleur sur deux est âgé de plus de 60 ans,
- avec l'avancée en âge, la demande porte de plus en plus sur des logements plus petits, en centre ville ou proches des agglomérations,
- plutôt qu'un déménagement, la perte d'autonomie peut induire une demande d'adaptation du logement occupé.

Ces comportements types sont connus, mais non mesurés.

Le PUCA**** (Plan Urbanisme Construction Architecture du Ministère des Transports, de l'Équipement, du Tourisme et de la Mer, créé en 1998) a lancé en avril 2007 un appel à propositions de recherche complémentaire pour répondre notamment aux questions suivantes :

- Comment les personnes âgées alimentent-elles le marché du logement au fur et à mesure de l'avancée en âge ?
- Quelle est la demande de logement selon les différents âges de la retraite ? Voit-on émerger une offre de nouveaux produits immobiliers à destination des retraités ?
- En fin de cycle de vie, va-t-on assister à des changements de comportements en matière de vente de la résidence principale ou secondaire ou de leur mise en location, pour financer le coût de la dépendance ?

Répondre à ces questions devrait aider les acteurs à construire une politique de l'habitat pertinente et efficace, pour une offre adaptée.

* Cf. rapport produit par la Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme (FNAU) en novembre 2007, intitulé « Seniors, quelle intégration dans les documents de planification et d'urbanisme ? »

** En moyenne, la mobilité résidentielle des retraités est moins forte que celle du reste de la population : 9.75 % contre 32 % en moyenne entre 1998 et 2002, selon les enquêtes Logement de l'INSEE – info PUCA : Plan Urbanisme Construction Architecture.

*** Cf. appel à propositions de recherche complémentaire d'avril 2007 du PUCA sur la thématique « vieillissement de la population et habitat ».

**** PUCA : Plan Urbanisme Construction Architecture. Créé en 1998, le PUCA développe des programmes de recherche, des actions d'expérimentation, et apporte son soutien à l'innovation notamment dans le domaine de l'habitat. Il regroupe au sein d'un Comité des Directeurs, les administrations concernées du ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire, ainsi que le ministère du Logement (DGUHC), du ministère délégué à la Recherche et du ministère de la Culture et de la Communication.

DGUHC : Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction.

La population des seniors n'est pas homogène. A chaque tranche d'âge correspondent des comportements et des besoins très spécifiques en matière de logement :

- plus d'autonomie et de confort pour les jeunes seniors,
- plus de sécurité et de commodités pour les plus âgés,
- une demande pour de nouveaux logements, modulables, qui s'adaptent aux différentes étapes de la vie.

Il existe non pas une, mais au moins **deux générations de seniors** :

d'une part **les jeunes seniors actifs**, autonomes, bénéficiant d'un pouvoir d'achat attractif (les 59 - 79 ans), et d'autre part **le « grand-âge »**, associé à la perte d'autonomie et à la dépendance, couramment dénommé le quatrième âge (les plus de 80 ans).

La question des personnes très âgées ou dépendantes est particulièrement préoccupante. A l'échelon national*, seulement 1 personne âgée de plus de 75 ans sur 10 vit en institution. Cette politique de maintien à domicile (moins coûteuse pour la société) engendre de nombreuses réflexions face à la pénurie et à l'inadéquation des logements.

La politique nationale en faveur des personnes à mobilité réduite : création de la commission communale d'accessibilité des personnes handicapées

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées traduit dans le Droit l'idée que la « chaîne des déplacements » doit s'adapter aux personnes handicapées.

Ainsi, tant le cadre bâti, et notamment les établissements recevant du public (ERP) que les transports et la voirie doivent progressivement être adaptés aux besoins des personnes handicapées ou à mobilité réduite.

La loi prévoit la création de **commissions communales pour l'accessibilité des personnes handicapées** qu'elle charge de dresser le constat de la situation existante et de faire des propositions d'amélioration, à présenter chaque année au Conseil municipal dans un rapport annuel.

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et le recul de l'âge de la dépendance sont autant d'enjeux dont doivent tenir compte les professionnels. Il s'agit d'un véritable défi pour l'ensemble des acteurs : politiques, constructeurs ... qui devront répondre à la demande d'une nouvelle génération de seniors qui entendent « vivre vieux et vivre mieux ».

Le département entend relever ce défi en développant **trois objectifs** :

- **adapter les logements à la perte d'autonomie,**
- **diversifier les types d'habitat,**
- **recenser et informer sur l'offre.**

I Objectif 10 - L'adaptation du logement : une condition essentielle du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

L'adaptation du logement se définit comme tous travaux ou aides techniques rendus nécessaires pour réduire les risques d'accidents, faciliter l'accès et la circulation dans le logement, simplifier l'intervention des professionnels de l'aide et du soin à domicile.

Le deuxième schéma gérontologique 2000 - 2005 définissait déjà la question de l'adaptabilité du logement à la perte d'autonomie comme une composante essentielle du soutien à domicile des personnes âgées.

Une réflexion avait donc été engagée avec les partenaires concernés, débouchant sur une proposition d'expérimentation d'un guichet unique pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie des personnes âgées, qui aurait eu pour rôle de :

- conseiller la personne âgée sur les questions d'aménagement de l'habitat à la perte d'autonomie,
- faciliter l'accès aux aides existantes.

Ce projet de guichet unique n'a pu voir le jour, malgré un travail partenarial poussé.

* Cf. lettre de veille - avril 2004 - CCI de Touraine

Aménagement du logement en cas de perte d'autonomie : quelles sont les aides les mieux adaptées ?

Les limites de l'APA : l'allocation personnalisée d'autonomie est destinée à prendre en charge les besoins de toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental. L'importance de la perte d'autonomie détermine le plafond d'aide. Le plan d'aide individualisé, élaboré par une équipe médico-sociale chargée d'évaluer la situation et les besoins du demandeur, peut intégrer des dépenses d'adaptation du logement et toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire. Toutefois, le plafond mensuel applicable à cette prestation constitue un obstacle qui limite, dans la pratique, l'intérêt de l'APA en matière d'amélioration du logement.

Plafond* applicable à la catégorie des personnes les plus dépendantes (GIR 1) : 1 208.94 € par mois, avant déduction d'une éventuelle participation laissée à la charge de la personne.

Les avantages de la PCH : La prestation de compensation du handicap, ouverte aux personnes handicapées satisfaisant à certaines conditions d'âge, couvre dans l'ensemble les mêmes besoins, sans être soumise aux mêmes restrictions. Comme pour l'APA, les besoins d'aménagement du logement sont pris en charge. Contrairement à l'APA, l'aide allouée n'est pas soumise à un plafond mensuel. De plus, elle n'obère en rien les droits de la personne au titre de l'aide humaine ou des autres volets de la prestation.

Etendue de la prise en charge : pour le seul volet « aménagement du logement », elle atteint 10 000 € par période de 10 ans.

Les conditions de mutation de l'APA vers la PCH : la loi « handicap » du 11 février 2005 prévoit la disparition de la condition d'âge d'ici à 2010. Le principe appliqué d'ici là veut que seules les personnes handicapées âgées de moins de 60 ans sont éligibles à la PCH. Toutefois, par exception, peuvent également y prétendre les personnes de plus de 60 dont le handicap répondait, avant cet âge limite, aux critères d'octroi de la prestation, sous réserve de solliciter celle-ci avant l'âge de 75 ans.

La mobilisation du fonds de compensation : L'obtention de la PCH conditionne l'intervention financière du fonds de compensation du handicap créé au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Le recours à d'autres financeurs**:

DDE, ANAH, caisses de retraite, CAF, ALGI (association pour le logement des grands infirmes)... peuvent financer, sous conditions et dans la limite des plafonds, les projets d'amélioration de l'habitat visant des travaux d'accessibilité ou d'adaptation.

Le réseau associatif PACT-ARIM* (www.pact-arim.org) se charge de réaliser, pour le compte du demandeur, le montage de dossiers administratifs, techniques et financiers.**

Voir aussi Union Régionale PACT Nord/Pas-de-Calais (impact.nord-pdc@wanadoo.fr)

Les acteurs du secteur sont nombreux. L'avis qu'ils expriment témoigne de leur difficulté à gérer l'inadaptation du logement, du fait d'un manque de lisibilité des dispositifs : il manque d'une information disponible et accessible sur l'ensemble du département concernant le logement adapté et les aides à l'adaptation.

Les personnes âgées sont elles-mêmes découragées, elles hésitent souvent à entamer les démarches nécessaires à l'obtention d'aides financières. Et si elles passent le cap du dépôt de la demande de subvention, les procédures sont tellement longues qu'elles abandonnent souvent leur projet faute d'accompagnement.

* Plafond en vigueur au 1^{er} janvier 2008

** Cette liste n'est pas exhaustive.

*** PACT-ARIM : mouvement né du regroupement des centres PACT - Protection, Amélioration, Conservation, Transformation de l'habitat - et des Associations de Restauration Immobilière (ARIM).

Les évaluations du domicile n'anticipent pas assez le vieillissement et ne prennent pas en compte le projet de vie de la personne, faute de sensibilisation des évaluateurs à cette dimension.

Les intervenants à domicile ne sont pas associés à l'évaluation, alors qu'ils ont une connaissance fine des difficultés que rencontrent les personnes dans leur logement.

Enfin, il importe de connaître le projet de vie de la personne, dans le cadre d'un accompagnement dans la durée et personnalisé.

Le schéma entend répondre aux sollicitations des professionnels et des particuliers en mettant en œuvre la **fiche action n°10 : « création d'une coordination départementale des aides à l'adaptation du logement des personnes en perte d'autonomie (personnes âgées - personnes handicapées) »**.

Objectifs visés :

⇒ Faciliter l'accès aux différentes aides existantes autour de l'adaptation du logement, y compris les aides techniques, y compris pour les accueillants familiaux (faire le lien avec la fiche action n° 13),

⇒ Articuler les aides des différents financeurs pour une meilleure prise en charge des demandes,

⇒ Construire une politique départementale du logement cohérente autour de l'adaptation du logement.

I Objectif 11 - Le développement d'une offre graduée de logements intermédiaires

L'offre résidentielle non institutionnelle se révèle de plus en plus attractive pour la population âgée, comme en témoigne le développement des béguinages et résidences services. Ces logements semblent correspondre aux attentes des retraités qui veulent garder une certaine autonomie et bénéficier d'un logement pratique et d'une sécurité, surtout quand il s'agit de personnes seules. Selon une étude des services du Département*, il existe environ 66 béguinages à l'échelle du département du Pas-de-Calais, mais ce chiffre ne rend pas compte de l'ensemble des habitats non institutionnels existants.

Cette offre de logements non institutionnelle est difficile à repérer pour les institutions, les professionnels et le public. Car il n'existe pas de recensement exhaustif des logements dédiés aux personnes âgées contrairement aux établissements autorisés. Bien qu'inclus dans les programmations des aides à la pierre, certains logements intermédiaires ne sont pas affichés par les bailleurs comme dédiés aux personnes âgées et ne sont donc pas repérables. Or il serait nécessaire de connaître, sur chaque territoire, toute la palette des habitats proposés aux personnes âgées, de l'hébergement médico-social au logement adapté, afin de valoriser la diversification de l'offre résidentielle et permettre aux personnes de faire un choix éclairé.

Le Conseil Général s'est montré volontaire dès fin 2002, en engageant un **programme expérimental d'alternatives à l'hébergement institutionnel**, promouvant le concept d'un béguinage à la fois accessible et sécurisé (avec la présence obligatoire d'un agent de convivialité - cf. cahier des charges adopté en Commission Permanente).

Ce programme répond aux multiples attentes du public : il met un terme à l'isolement du domicile, évite les contraintes de la vie collective en accueil médico-social, offre un logement adapté à la perte d'autonomie, en privilégiant la proximité (rester dans sa commune d'origine, si ce n'est son quartier).

Ce programme, clôturé fin 2008, couvre 7 sites.

Qu'est-ce que le logement intermédiaire ?

A mi-chemin entre l'individuel et le collectif, l'habitat social intermédiaire a été défini par la circulaire du 9 août 1974 : il doit posséder à la fois un accès individuel, un espace privatif extérieur égal au quart de la surface du logement et une hauteur maximale de R+ 3.

Ces principes sont-ils toujours de mise aujourd'hui ?

Afin d'offrir un parc locatif social répondant à toutes les catégories de demandeurs de logements, les bailleurs sociaux, encouragés par les collectivités locales, développent des programmes de logements intermédiaires aux normes PLS et PLI**.

Selon l'enquête nationale INSEE sur le logement en 2006, 85 % des ménages français ont des ressources inférieures ou égales aux plafonds PLS et 89 % inférieures ou égales au PLI. Le public est donc large et l'**offre locative** nouvellement livrée est de **très bonne qualité et attractive**.

Les loyers de ces logements intermédiaires restent inférieurs au marché libre et les augmentations de loyers sont réglementées et contrôlées.

*Etude sur l'offre non institutionnelle - Séverine Alliot - septembre 2007

**PLS : Prêt locatif social PLI : Prêt locatif intermédiaire

Une offre variée, avec des services à la clé !

Depuis quelques années, les bailleurs développent de nouveaux concepts de logements : Papyloft, Floralys domicile, « Habitat service », « Home Family »... et des labels comme « Habitat Senior service ».

Ces différents types de logements intermédiaires se distinguent par le niveau et le mode d'intégration de services aux personnes : logements individuels ou collectifs avec espaces communs et prestations hôtelières, service d'animation intégré et service de veille. La nuance entre les différents produits de logements s'établira autour du lien entre l'habitat et les services.

Cette évolution pose la question des limites du **rôle des bailleurs sociaux**. En effet, ces derniers vont chercher à répondre à la demande en mettant en place des offres de logement de plus en plus étoffées, incluant une variété de services à la personne sortant de la logique logement.

Le niveau de réponse apportée par les bailleurs en terme de services peut avoir deux types de conséquences :

- rendre le coût du logement inaccessible aux franges les plus précaires des retraités,
- reclasser l'habitat dans la catégorie des établissements médico-sociaux avec l'application d'une législation plus contraignante.

Il est vrai qu'aujourd'hui, l'absence de législation concernant le logement intermédiaire rend délicate l'articulation entre le logement adapté et les services. Certains béguinages ou résidences services semblent fonctionner comme des logements foyers... sans pour autant relever du même régime d'autorisation.

Dans le contexte actuel de développement de l'offre de logements intermédiaires, une réflexion entre les Ministères de l'Equipement, celui du Travail, des Relations sociales et de la solidarité et la CNSA, est en cours afin de définir un cahier des charges pour la production d'habitat social intermédiaire.

Afin de rendre l'offre résidentielle lisible pour le public et les professionnels, le schéma entend développer la **fiche action n°11 : « création d'un label du logement adapté aux personnes âgées, pour les constructions existantes et les nouvelles constructions »** dont la mise en œuvre vise à :

⇒ favoriser le développement d'une offre de logements adaptés aux personnes âgées dans un cadre qui leur apporte un minimum de garanties quant à la prise en compte de leurs besoins sociaux et médico-sociaux,

⇒ élaborer une définition commune du logement intermédiaire assez large pour couvrir toute la palette de produits existants,

⇒ encourager les projets qui respectent les exigences posées dans le cahier des charges du Conseil Général.

Zoom sur la politique nationale : quels liens entre logement et services ?

Dans le «**Plan Solidarité Grand Âge**» de juin 2006, l'Etat affiche sa volonté de favoriser « **le libre choix du domicile** » en encourageant le développement et la diversification des services à domicile et de nouvelles formes de logement comme les résidences-services.

La loi du 13 juillet 2007 a autorisé les résidences-services à délivrer des services aux résidents à condition qu'elles **aient obtenu un agrément qualité, que ces services soient facultatifs et qu'ils soient réservés exclusivement aux résidents.**

Les orientations du «Plan Solidarité Grand Âge» confortent la « **loi Borloo** » du 26 juillet 2005 en faveur du développement des services à la personne.

l Objectif 12 - Le recensement et la diffusion de données sur l'habitat dédié aux personnes âgées : pour des logements accessibles et durables

Les professionnels de champs différents comme le logement et le service aux personnes souhaiteraient mieux travailler ensemble mais ils manquent d'un lieu ressource où ils disposeraient d'informations, par territoire, sur le logement dédié aux personnes âgées. Chaque professionnel dispose d'une information partielle sur le sujet. Le souhait de mutualiser les données est cependant fortement évoqué par les professionnels, pour construire une culture et des pratiques communes autour du logement.

Aujourd'hui, le pilotage de la politique du logement à l'échelon local et départemental est en pleine évolution. Le processus des délégations des aides à la pierre invite en effet les EPCI et les Conseils Généraux à se positionner.

Ce contexte pousse à réfléchir sur la question de la mise en cohérence des différents niveaux d'intervention sur le logement :

- d'une part, concernant les liens à construire entre les différents échelons territoriaux (mise en lien des Programmes Locaux de l'Habitat des EPCI concernés et du Plan Départemental de l'Habitat que le Conseil Général se doit de développer pour obtenir la délégation d'aide à la pierre).
- d'autre part, concernant l'articulation entre la politique logement du Conseil Général et sa politique d'action sociale, dans une perspective de convergence des dispositifs personnes âgées et personnes handicapées.

La création d'un Observatoire départemental du logement ne relève pas de la compétence du schéma gérontologique. Pour permettre cependant à ce dernier de servir de levier à la mise en œuvre d'une politique active en faveur du logement destiné à la population âgée ou en perte d'autonomie, il importe de mener une action de recensement de l'offre existante, en développant la **fiche action n°12 : « Recenser et diffuser les données sur l'habitat destiné aux personnes âgées »**.

La mise en œuvre de cette fiche vise à :

⇒ créer un outil stratégique d'aide à la décision favorisant la cohérence des politiques publiques,

⇒ apporter des informations complètes et précises sur le champ du logement pour aider les professionnels de terrain dans l'accompagnement et l'orientation du public,

⇒ construire une culture et des pratiques communes autour du logement adapté ou adaptable à la perte d'autonomie, entre professionnels différents.

Sous orientation 2

l Objectif 13 - Développer et soutenir un accueil familial de qualité

L'accueil par des particuliers, à titre onéreux, de personnes âgées ou adultes handicapées, constitue une réponse adaptée parmi la palette des réponses offertes aux personnes qui ne désirent plus ou ne peuvent plus demeurer à domicile en raison de leur perte d'autonomie ou de leur handicap, et qui ne souhaitent pas vivre en collectivité.

Alors que cette formule d'accueil est considérée comme peu développée au niveau national*, elle est favorisée dans le Pas-de-Calais. L'une des propositions du précédent schéma gérontologique visait déjà son développement.

En effet, non seulement le Pas-de-Calais figure au rang des départements qui ont le plus développé ce mode d'hébergement, mais il a également défini pour son territoire une organisation spécifique de suivi et de formation.

* Zoom sur les données nationales : En novembre 2006, l'accueil familial de personnes âgées et handicapées concerne environ 10 000 accueillants familiaux agréés pour près de 14 000 personnes accueillies - soit 7 327 personnes handicapées (de 20 à 60 ans) et 6 541 personnes âgées de 60 ans et plus.

Le Conseil Général du Pas-de-Calais soutient cette formule d'accueil depuis son institutionnalisation* en 1989. Depuis, les évolutions législatives (notamment en 2002 et 2007) ont notablement amélioré le statut et les conditions d'agrément et d'organisation de l'accueil familial.

I : Les caractéristiques d'un mode d'accueil souple, véritable alternative à l'hébergement institutionnel

L'activité d'accueil familial est soumise à autorisation : tout particulier accueillant ou souhaitant accueillir une personne âgée ou adulte handicapée à son domicile doit être agréé, sauf si la personne accueillie appartient à sa famille jusqu'au 4^e degré inclus.

L'organisation de l'instruction des demandes d'agrément, le suivi social et médico-social des personnes accueillies ainsi que le contrôle des conditions d'accueil et des personnes assurant les remplacements relèvent de la compétence du Conseil Général qui délivre l'agrément.

Ces missions sont assurées sur les territoires par des équipes constituées d'infirmiers, d'assistants sociaux et d'administratifs, au sein des comités locaux de concertation (1 par territoire) animés par les médecins territoriaux, chefs des Services Locaux de Promotion de la Santé.

Les agréments sont délivrés par le Conseil Général pour l'accueil permanent ou temporaire d'une à trois personnes, pour une durée de 5 ans.

Le statut des accueillants s'est amélioré au fil des années. Ainsi, l'agrément est désormais valable sur l'ensemble du territoire national, l'activité donne droit à congés payés, la rémunération est indexée sur le SMIC.

La réglementation fait évoluer l'activité d'accueil familial :

L'accueillant est salarié de la personne accueillie. Le contrat type national qui les lie n'est pas un contrat de travail. Il définit les droits et obligations des deux parties ainsi que le dispositif financier qui se compose d'une rémunération et de diverses indemnités. L'accueillant familial bénéficie du droit à congés payés, d'une couverture sociale et complémentaire, mais ne peut prétendre à l'allocation chômage.

La personne accueillie peut prétendre à une forme adaptée d'aide sociale, à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), ainsi qu'à une allocation logement servie par les Caisses d'Allocations Familiales.

La loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, **a ouvert la possibilité de recourir au salariat****. Afin de mieux appréhender les enjeux liés à cette évolution, une mission de réflexion et de proposition a été confiée par le Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité à une députée de Meurthe-et-Moselle. La date butoir pour le rendu de la mission a été fixée au 30 juin 2008.

Le développement du salariat ne serait pas sans impact sur le dispositif départemental d'accueil familial. Il modifierait en effet non seulement le cadre d'intervention et les responsabilités du Conseil Général en matière de suivi social et médico-social de la personne accueillie, mais nécessiterait également une reconfiguration des dispositifs de formation des accueillants, ainsi qu'une redéfinition et une adaptation des modes de contrôle des prestations réalisées.

* Cf. loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil à titre onéreux de personnes âgées ou adultes handicapés par des particuliers à leur domicile. L'ensemble des missions entrant dans ce cadre sont traitées en régie directe par le Conseil Général. Aujourd'hui, l'accueil familial est réglementé par la loi de modernisation sociale du 2 janvier 2002, complétée des décrets du 30 décembre 2004.

** Possibilité d'emploi d'accueillants familiaux par des établissements ou collectivités.

II : L'accueil familial en chiffres : une offre inégalement répartie sur les territoires

Au 31 décembre 2007, ce type d'accueil offre au total, toute population confondue, **632 places** réparties sur 345 familles d'accueil.

La population âgée bénéficie à elle seule de **423 places** (réparties sur 208 familles), contre 209 places pour la population handicapée (réparties sur 137 familles).

Il faut savoir que de plus en plus d'accueillants sollicitent la transformation de places réservées aux personnes âgées en places leur permettant d'accueillir des adultes handicapés. Ce phénomène se traduit par une demande croissante visant l'obtention d'un **agrément mixte « personne âgée - personne handicapée »**.

L'effectif de ces agréments mixtes a doublé entre 2006 et 2007, passant de 9 à 18.

Nombre total des agréments	363
pour l'accueil de personnes âgées	208
pour un accueil PA /PH	18
Total des places (PA+PH)	632
dont places dédiées aux PA...	423

La capacité d'accueil du public âgé s'est stabilisée sur les années 2006–2007, du fait d'un double phénomène :

- la diminution des demandes d'agrément,
- les cessations d'activité des accueillants familiaux qui bénéficiaient d'un agrément antérieur à 2002. Ces cessations interviennent dans le cadre de la procédure de renouvellement d'agrément.

Les agréments sont inégalement répartis sur le département. Ainsi les territoires de l'Audomarois et de l'Artois présentent une forte concentration des accueillants, le territoire du Ternois progresse.

Répartition territoriale du nombre de places autorisées au 31.12.2007

Territoires	PA	PH	Total	%
Arrageois	12	24	36	6%
Artois	76	47	123	19%
Audomarois	137	24	161	25%
Boulonnais	60	21	81	13%
Calaisis	53	8	61	10%
Hénin-Carvin	4	1	5	1%
Lens-Liévin	11	21	32	5%
Montreuillois	47	30	77	12%
Ternois	23	33	56	9%
Total	423	209	632	100%
%	67%	33%	100%	

Taux équipement	
PA en %0	PH en %00
0,84	2,33
3,30	3,01
16,31	3,63
4,99	2,34
5,20	0,89
0,44	0,15
0,56	1,58
4,79	5,56
4,08	10,84
3,77	2,65

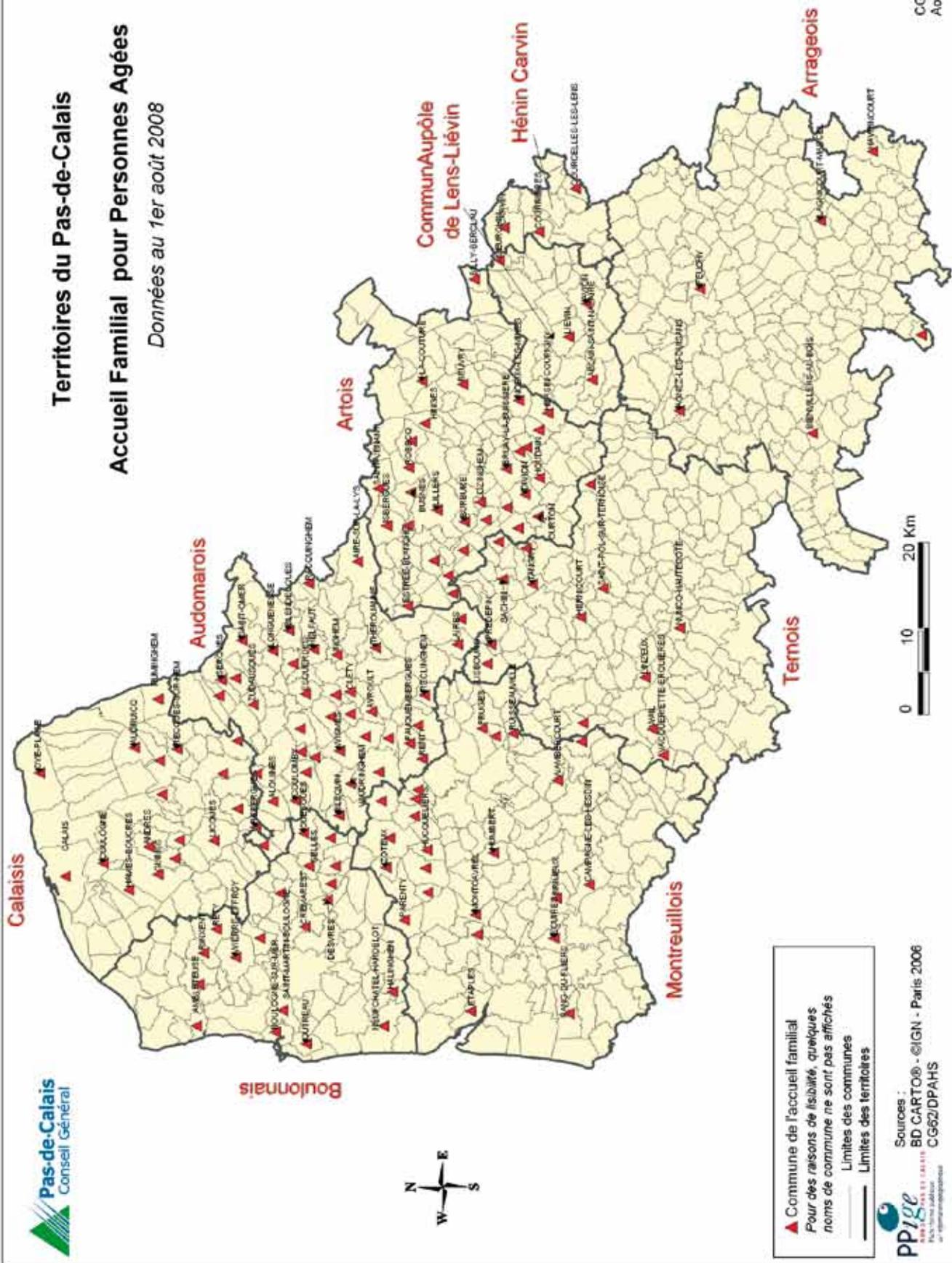
Les indicateurs des taux d'équipement :

- le taux d'équipement « personnes âgées » est calculé pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +
- le taux d'équipement « personnes adultes handicapées » est calculé pour 10 000 personnes handicapées de 20 à 59 ans.

Territoires du Pas-de-Calais

Accueil Familial pour Personnes Agées

Données au 1er août 2008



▲ Commune de l'accueil familial
Pour des raisons de lisibilité, quelques noms de commune ne sont pas affichés

— Limites des communes
— Limites des territoires

Sources :
BD CARTO® - ©IGN - Paris 2006
CG62/DPAHS

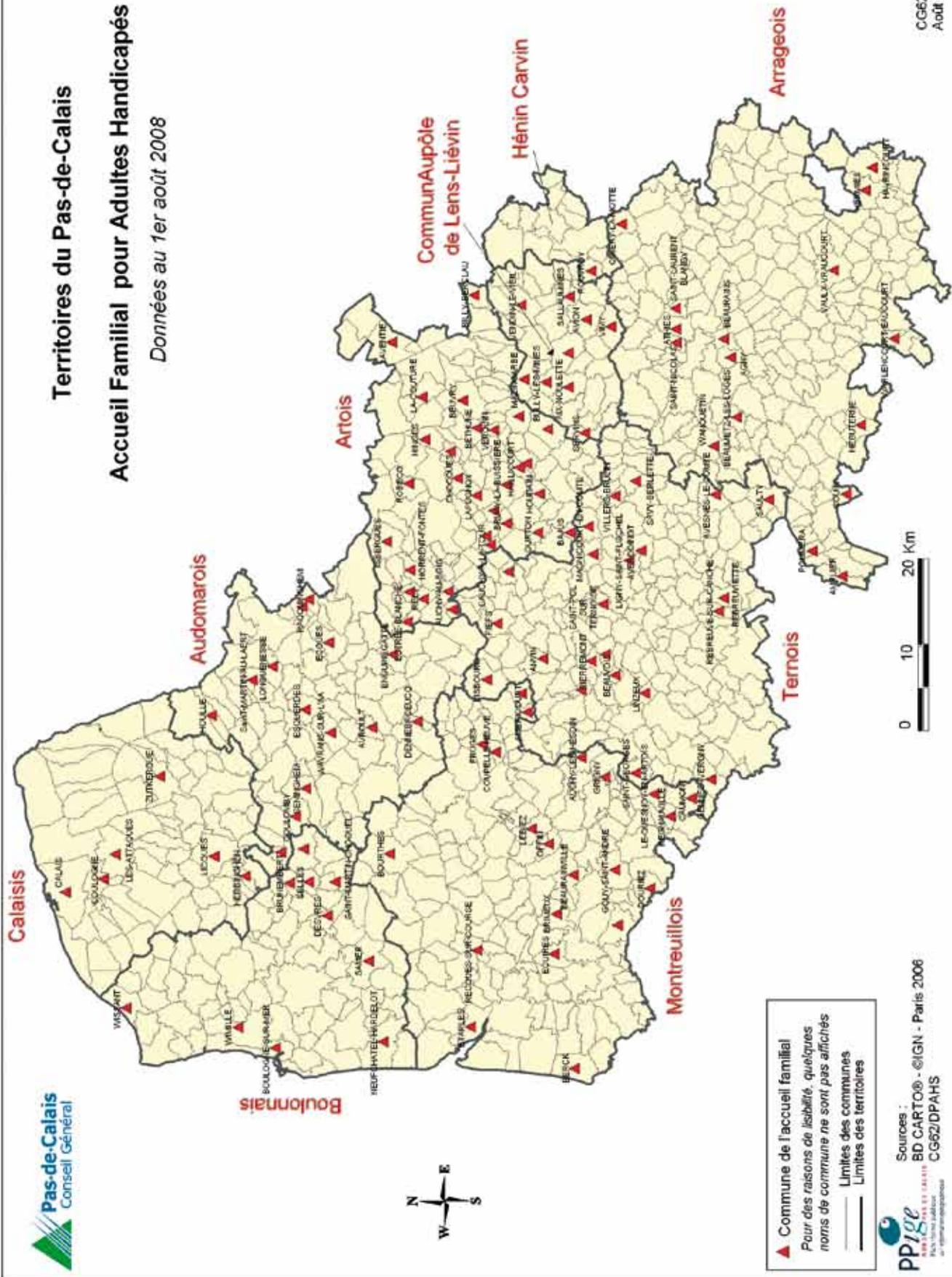
PPiGe
PAS DE CALAIS
PAYS D'ARTOIS
PAYS D'AUDOUAIS
PAYS DE MONTREUIL

0 10 20 Km

Territoires du Pas-de-Calais

Accueil Familial pour Adultes Handicapés

Données au 1er août 2008



▲ Commune de l'accueil familial
Pour des raisons de lisibilité, quelques
noms de commune ne sont pas affichés

— Limites des communes
— Limites des territoires

Sources :
BD CARTO® - ©IGN - Paris 2006
CG62/DPAHS

PPiGe
PAS DE CALAIS
Pas de Calais
Le territoire en mouvement

0 10 20 Km

III : Les actions à mener d'ici au 31 décembre 2012

Véritable alternative à l'hébergement institutionnel, le dispositif d'accueil familial figure au rang des modes d'hébergement que le Département entend continuer à soutenir, dans la logique du précédent schéma, et sur des critères de proximité et de qualité de service.

Cette volonté de développement de l'offre d'accueil familial s'adresse naturellement aux deux publics cibles : les personnes âgées et les personnes adultes handicapées. Les problématiques liées à leur prise en charge sont en effet très proches.

Un groupe de travail piloté par le Conseil Général a d'ores et déjà engagé une réflexion sur l'amélioration du dispositif, dans le cadre du schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées.

Le schéma en faveur des personnes âgées retient le développement de l'accueil familial comme une action prioritaire, et décide de la mettre en œuvre au travers de la fiche action n°13 : « **Développer et soutenir un accueil familial de qualité** » en lien avec la **fiche action n° 10 qui traite de l'adaptation du logement**.

Sous orientation 3 développer quantitativement et qualitativement l'offre en établissements médico-sociaux

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics conduisent une politique d'envergure pour améliorer la prise en charge des personnes âgées accueillies en établissement. Cet effort vise particulièrement l'accompagnement de la perte d'autonomie.

I : Des évolutions institutionnelles profondes depuis 2001

1) La réforme de la tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Quand et pour qui : mise en œuvre fin 2001* pour accompagner l'instauration de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au 1er janvier 2002, elle concerne tous les établissements d'au moins 25 lits accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes.

Son objectif : améliorer la qualité de la prise en charge des personnes hébergées et des soins qui leur sont dispensés.

Son principe : ne pourront accueillir des personnes âgées dépendantes que les établissements qui auront négocié et signé une convention tripartite avec le Président du Conseil Général et l'autorité tarifaire compétente pour l'assurance maladie (CRAM ou ARH).

Date butoir pour le droit d'option EHPA ou EHPAD : 31 décembre 2007.

► Qu'est-ce qu'un établissement médico-social ?

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF – livre 111 – article L312-1) en donne la définition suivante :

I. - « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens présent du code, les établissements et les services dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

(...) 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

* cf. décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 et arrêté du 26 avril 1999

► Une déclinaison binaire : EHPA ou EHPAD

La réforme de tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées a défini le principe de la tarification ternaire** (Hébergement - Dépendance - Soins) et pose notamment le principe de deux statuts :

- **EHPA** : pour les structures non médicalisées présentant un GIR Moyen Pondéré (GMP) inférieur à 300 - en relèvent les logements foyers, MARPA, maisons de retraite non médicalisées
- **EHPAD** : pour les structures médicalisées présentant un GMP supérieur à 300 - en relèvent les maisons de retraite médicalisées et les unités de soins de longue durée (USLD).

Les EHPAD comprennent une ou plusieurs unités de vie dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée - ces unités sont encore communément dénommées « cantou ».

Le GMP, ou GIR Moyen Pondéré : c'est le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement. Cet indicateur détermine le niveau des moyens qui seront accordés au titre des sections «Dépendance» et «Soins».

► Le principe de conventionnement tripartite : une contractualisation entre administrations et gestionnaires pour développer la qualité en établissement.

Depuis 2001, les gestionnaires d'établissements qui souhaitent accueillir des personnes âgées dépendantes sont soumis à deux contraintes :

- obtenir la transformation juridique de leur établissement en EHPAD,
- conclure une convention pluriannuelle tripartite avec l'Etat, l'Assurance Maladie et le Conseil Général

Régime dérogatoire : certains EHPAD, bien qu'ayant un GMP supérieur à 300, peuvent déroger à l'obligation de conclure une convention tripartite et de se soumettre aux règles de la tarification ternaire. C'est notamment le cas des structures dont la capacité est inférieure à 25 lits et qui sont qualifiées de Petites Unités de Vie (PUV).

Outre la définition des conditions de passage de l'établissement d'une tarification binaire (hébergement/soins) à une tarification ternaire (hébergement/dépendance/soins), **la convention tripartite fixe les modalités d'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein de l'établissement, pour cinq ans.**

Les effets du conventionnement tripartite :

Les financements octroyés concernent principalement :

- le personnel : création de postes - formation (un écueil important pour les gestionnaires : le recrutement de personnels soignants),
- le bâti : mise aux normes sécurité incendie – accessibilité.

Les gestionnaires ont réalisé d'importants efforts pour rédiger et mettre en œuvre des protocoles (soins, dépendance, hygiène, prévention), améliorer la qualité des relations avec les résidents et leurs proches (outils de la loi 2002.2 : instauration au sein de chaque établissement conventionné d'un conseil de la vie sociale, élaboration et diffusion d'un livret d'accueil, contrat, projet de vie, projet de soins).

Le nécessaire **renforcement des moyens** des établissements les moins bien dotés s'est traduit par un effort très conséquent de l'**Assurance Maladie** et du **Conseil général**.

Les EHPAD du Pas-de-Calais ont quasiment tous signé une convention de 1^{ère} génération au 31/12/2007 - 2 ou 3 conventions sont en voie de finalisation.

49 EHPAD sont concernés par la négociation d'une convention de deuxième génération. Le renouvellement, engagé au 1^{er} janvier 2008, concerne les 23 conventions signées initialement en 2002 et les 26 conventions signées en 2003.

Les conventions font l'objet d'une procédure d'évaluation : chaque année, l'établissement s'engage à fournir une auto-évaluation aux institutions qui assurent son financement et qui composent un groupe technique chargé d'analyser les données (cf. référentiel national d'évaluation élaboré par le Ministère des affaires sociales).

Ce groupe technique est tenu de réaliser au moins une visite sur place, dans les 5 ans de vie de la convention. Cette dernière fait l'objet d'une évaluation complète au terme des 5 ans.

***Les dépenses de l'établissement sont réparties en 3 sections tarifaires bien identifiées et étanches :*

- l'hébergement : relève de la compétence du Département dès lors que l'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Il comprend les prestations d'administration générale, l'accueil hôtelier, l'entretien et l'animation.

- la dépendance : financée par le département, elle couvre l'aide et la surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie – se sont les surcoûts hôteliers liés à la dépendance.

- les soins : financés par l'assurance maladie, ils comprennent les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques et à 70 % du coût des aides-soignantes.

Cf. décret du 4 avril 1999 modifié

2) La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est venue elle aussi bouleverser les modalités de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, et d'une manière générale de tout le secteur médico-social, via 3 objectifs :

① **replacer l'utilisateur et sa famille au cœur des dispositifs**, en obligeant les établissements et services à se doter d'outils concrets comme le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, le conseil de la vie sociale, le médiateur.

② **actualiser et élargir la nomenclature des établissements et services**. Les services d'aide à domicile intègrent le champ médico-social, l'accueil temporaire acquiert une reconnaissance légale.

③ **renforcer la régulation et l'organisation du secteur**. L'autorisation de créer un établissement ou service, autrefois illimitée, est désormais accordée pour 15 ans. Une auto-évaluation tous les 5 ans et une évaluation externe tous les 7 ans s'imposent maintenant aux structures.

3) La programmation des équipements

Dès sa création en 2005, la CNSA a souhaité instaurer un document de programmation pluriannuel des équipements financés par les crédits de l'Assurance Maladie : **le PRIAC**.

Depuis 2006, le **PRIAC** : Programme Régional et Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie, **constitue le cadre du développement de l'offre médico-sociale**.

Actualisé chaque année notamment au regard des constats et objectifs inscrits dans les schémas départementaux, il trace les perspectives de développement de l'offre institutionnelle et de service dans le champ Personnes Agées et Handicap.

Le PRIAC de la région Nord-Pas-de-Calais couvre la période 2007 – 2011. Il est consultable sur le site de la DRASS.

4) La requalification des USLD

Les USLD relèvent de l'article L6111-2 du Code de la Santé Publique, l'autorité compétente en la matière est l'ARH. Ils prennent en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit directement du domicile.

Ils sont astreints au même titre que les EHPAD à l'obligation de conventionnement tripartite, conformément à l'article L313-12 du CASF.

La loi du 11 février 2005 avait intégré les USLD dans l'enveloppe médico-sociale gérée par la CNSA.

La loi de financement de la sécurité sociale 2006 modifie ces dispositions en réintégrant l'objectif des dépenses liées aux USLD dans **l'enveloppe sanitaire**, et prévoit une procédure de redéfinition de leur périmètre afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées polyopathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

La loi de financement 2007 étale cette redéfinition des capacités entre sanitaire et médico-social sur 3 ans.

Voilà ainsi posé le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique départementale en faveur de l'offre d'accueil médico-social. Cette offre d'accueil est constituée d'établissements médicalisés (les EHPAD, présentant un GMP >300) ou non médicalisés (les EHPA, présentant un GMP <300).

⇒ **sur dépendance et grille AGGIR** : voir 1^{ère} partie -

Le contexte socio-démographique des publics âgés du Pas-de-Calais.

II : Etat des lieux et bilan du précédent schéma

Un rapide comparatif avec les données statistiques nationales* permet de vérifier que le département est notoirement sous équipé en structures médicalisées :

Equipements pour 1000 PA de 75 ans et +	Pas-de-Calais au 31/12/2008	France métropolitaine au 31/12/2008
Taux EHPAD + USLD	94 lits	109 lits

Les précédents schémas d'équipement ont bien intégré cette donnée, en concentrant leurs efforts sur la création de lits pour améliorer l'offre en faveur des personnes âgées dépendantes ne pouvant être maintenues à domicile.

1) L'accueil permanent médicalisé dans le Pas-de-Calais : un sous équipement chronique et contrasté selon les territoires

Améliorer quantitativement l'offre médicalisée est un objectif commun des services de l'Etat et du Conseil Général : **1668 places nouvelles** ont été autorisées sur les 7 années d'existence du précédent schéma, soit entre le **1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2007**.

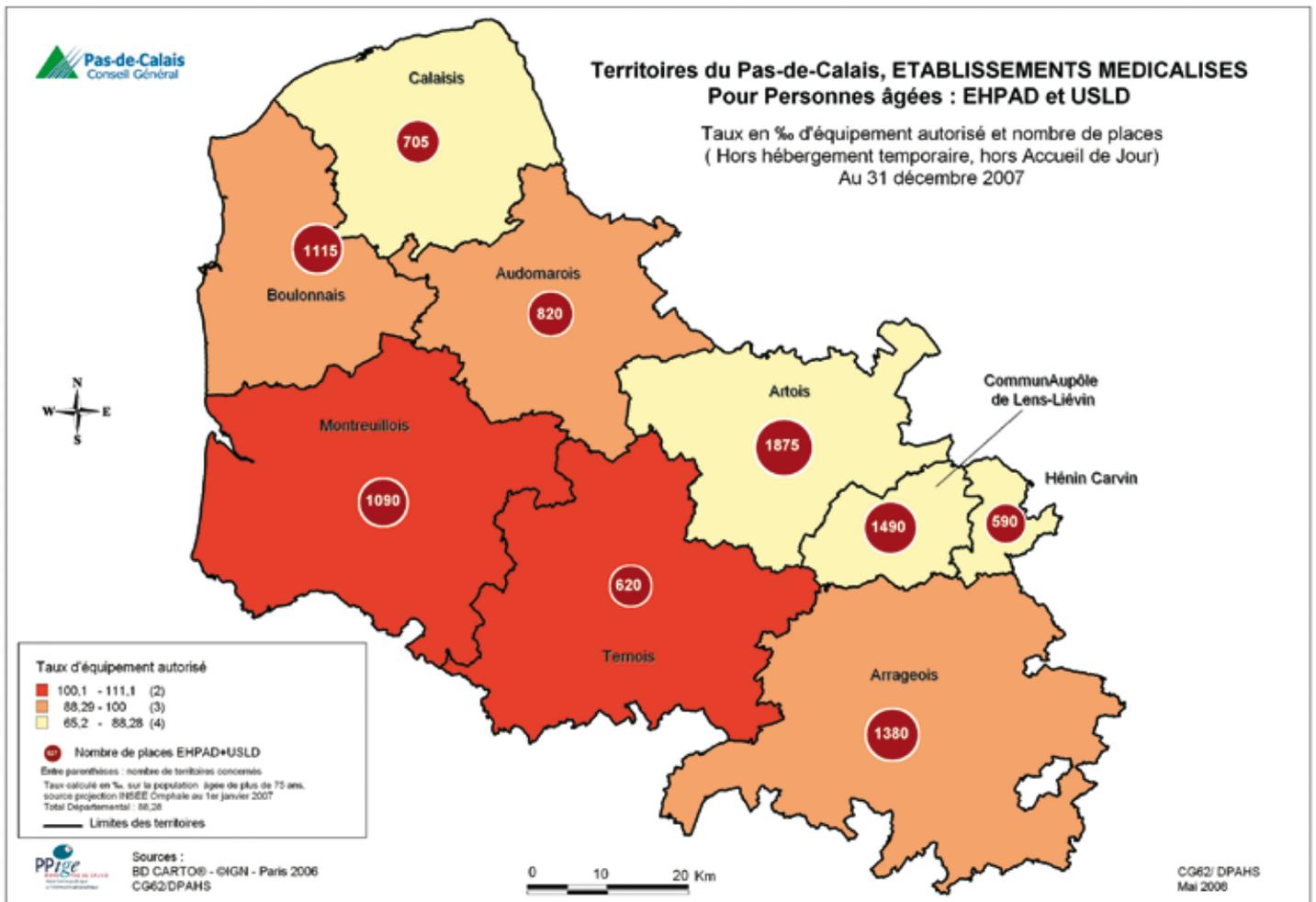
Malgré cet effort et la comptabilisation de 10 819 places en établissement, le Pas-de-Calais affiche un taux d'équipement de 94,29 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +, ce qui reste très en dessous de la moyenne nationale qui s'élève à 109 pour 1000 au 31 décembre 2008.

Il faut relever que ce faible taux d'équipement est complété :

- ① par un accueil familial particulièrement développé,
- ② par une politique de maintien à domicile soutenue par l'APA bien au-delà de la moyenne nationale : au 01/01/2006, cette dernière fixait à 111 personnes de plus de 75 ans pour 1 000 le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile, contre 208 pour 1 000 dans le Pas-de-Calais.

* Source : CNSA

Une répartition spatialement inégale :



Les trois territoires de l'ex-bassin minier ainsi que le Calais se détachent nettement avec des taux d'équipement très bas, se situant en dessous des 90 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +.

Une entrée de plus en plus tardive

Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie d'une part, et du souhait de se maintenir au domicile le plus tard possible, d'autre part, l'âge d'entrée en EHPAD est de plus en plus tardif.

PAR TRANCHES D'AGE : 68% des personnes accueillies ont plus de 80 ans.

- de 60 ans	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et +
1,4%	8,4%	22%	44,55%	23,35%

PAR NIVEAU DE DEPENDANCE : 88% des personnes accueillies sont dépendantes.

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
23,73%	33,80%	12,52%	17,67%	7,32%	4,95%

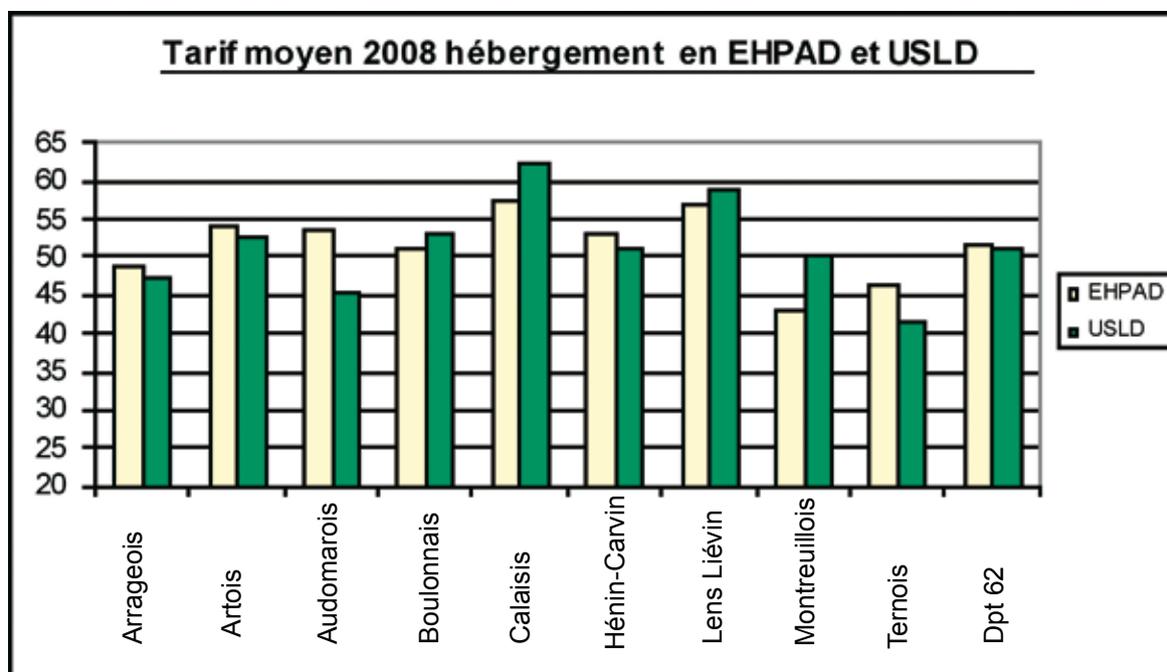
La dépendance moyenne des EHPAD tend à s'élever, le GMP moyen est de 700 en 2007 alors qu'il était de 686 en 2006 et de 622 en 2005.

Par ailleurs, les personnes âgées entrent en établissement avec de plus en plus de poly-pathologies (notamment Alzheimer).

GMP moyen 2008 des établissements médicalisés :

Territoire	EHPAD	USLD
Arrageois	649,85	840,50
Artois	706,38	813,67
Audomarois	641,40	854,00
Boulonnais	665,56	871,00
Calaisis	648,50	923,00
Henin-Carvin	747,00	948,00
Lens-Liévin	718,17	851,00
Montreuillois	588	852,00
Ternois	678,33	808,00
Total départemental par type d'établissement	674,52	849,83

Un regard sur les tarifs 2008 : Hébergement et Dépendance



Tarif Dépendance moyen départemental 2008 par GIR		
	EHPAD	USLD
GIR 1/2	17,17	19,36
GIR 3/4	10,90	12,15
GIR 5/6	4,67	5,40

Typologie des gestionnaires d'EHPAD (dont USLD) :

- public autonome : 11 %
- public rattaché : 35 %
- privé habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale : 43 %
- privé non habilité : 11 %

Bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (au 31/12/2007)

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale est relativement stable : 2 601 personnes en 2005, 2 538 en 2006, 2 710 en 2007.

Bénéficiaires de l'APA (au 31/12/2007)

6697 personnes, soit 88 % des personnes âgées en EHPAD.

2) Des alternatives à l'hébergement complet encore faiblement développées

Au 31 décembre 2008, l'accueil de jour représente 281 places – l'hébergement temporaire : 228.
Les taux d'équipement présentés ci-dessous sont calculés pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et +.
INSEE - Projection OMPHALE au 1er janvier 2007.

Capacité autorisée et taux d'équipement				
Territoire	Accueil de Jour	Taux Accueil de jour	Hébergement temporaire	Taux hébergement temporaire
Arrageois	38	2,59	38	2,59
Artois	59	2,52	44	1,88
Audomarois	33	3,80	18	2,07
Boulonnais	25	2,03	18	1,46
Calais	33	3,17	14	1,34
Hénin Carvin	15	1,63	21	2,28
Lens Liévin	42	2,08	46	2,28
Montreuillois	25	2,48	8	0,79
Ternois	11	1,93	21	3,68
Total département	281	2,45	228	1,99

Qu'est-ce que l'accueil de jour ?

Cette formule d'accueil s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus qui vivent à domicile et qui sont reçues à la journée ou par demi-journée, une seule ou plusieurs fois par semaine, dans des locaux spécifiques.

Objectifs : soulager les familles, aider les aidants, rompre l'isolement.

Le consentement de la personne âgée est essentiel.

Méotis : c'est le Réseau régional de la mémoire au service des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, de leur entourage et des professionnels. Basé sur le site du CHRU de Lille, ce réseau assure une meilleure complémentarité entre les acteurs de santé, pour optimiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

Il poursuit depuis 2002 les travaux du CAMA* et actualise chaque année un référentiel régional sur l'accueil de jour, mais aussi sur les unités de vie Alzheimer.

Qu'est-ce que l'hébergement temporaire ?

Il répond aux mêmes préoccupations que l'accueil de jour mais contribue davantage à préparer l'accueil permanent en établissement. Il ne peut excéder 90 jours par an**.

Sur les conditions de tarification de ces formules d'accueil :

Conformément aux préconisations du précédent schéma, le Conseil Général a adopté un dispositif d'accompagnement financier adapté qui vise à solvabiliser la personne et donc à favoriser le recours à ce type d'accueil.

Accueil de jour et hébergement temporaire ouvrent droit à l'APA et à l'aide sociale à l'hébergement, sans obligation alimentaire ni recours sur succession.

La prise en charge est forfaitisée pour l'accueil de jour - elle intègre un forfait transport. Ces principes et les forfaits sont réactualisés chaque année au regard des prix de journée fixés par l'autorité de tarification.

* CAMA : Comité Alzheimer et Maladies Apparentées

**Cf. règlement départemental d'aide sociale

3) L'offre non médicalisée : une réalité départementale fortement marquée par les logements foyers

Les logements foyers :

Avec un potentiel de 3 128 places pour 70 structures, le parc des **logements foyers** représente près d'1/4 de l'offre à destination des personnes âgées de 60 ans et +. 80 % du parc est géré par un CCAS. La capacité moyenne est de 45 logements par logement foyer. Point fort : une bonne intégration urbaine.

Les gestionnaires sont confrontés depuis quelques années au double écueil de l'augmentation de la perte d'autonomie des populations hébergées, et de la vétusté de certains équipements. Mis en difficulté par l'évolution du cadre réglementaire (réforme de tarification et classification EHPA ou EHPAD) mais aussi par le développement d'une offre concurrentielle locale (notamment de type béguinage), les gestionnaires ont eu à s'interroger sur leur devenir.

Le Conseil Général a accompagné cette réflexion en menant une **étude** intitulée « **le devenir des logements - foyers du département du Pas-de-Calais** » qui est parue en juin 2005. Cette étude, qui prolongeait l'enquête nationale « Patrimoine-Population » initiée fin 2003, a permis de dresser un état des lieux exhaustif du parc départemental (composé à l'époque de 77 structures, dont 19 bénéficiaient d'un forfait soins). Elle a aussi permis d'interroger les gestionnaires, propriétaires et élus sur leur stratégie, tout en prenant soin, pour chaque structure, d'analyser la faisabilité juridique, technique et financière de chaque stratégie, et le positionnement de chaque structure au regard du marché local de l'hébergement. 77 tableaux d'analyse personnalisés ont été dressés et transmis à chaque gestionnaire, enrichis d'un diagnostic.

Certains gestionnaires ont racheté leur bâti et lancé un programme de restructuration – mise aux normes. D'autres se sont engagés dans la transformation en EHPAD, en totalité ou sur un mode mixte EHPA – EHPAD. Une structure a été déconventionnée et banalisée.

Le Plan d'Aide à la Modernisation (PAM), mis en œuvre par la Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA), offre une aide à la modernisation des établissements, afin qu'ils améliorent la qualité de vie des résidents : personnes âgées ou personnes handicapées (enfants et adultes). Chaque année, la DDASS lance un appel à projets sur instruction de la CNSA, et priorise les dossiers. Les logements foyers peuvent y prétendre.

Les évolutions réglementaires récentes en matière de droit d'option et de sécurité-incendie* devraient faciliter la mise en œuvre de nouveaux projets et permettre aux gestionnaires et propriétaires de prendre toutes les mesures tendant à l'amélioration des conditions d'accueil.

Par ailleurs, l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article L.313-12-Ibis du CASF) et le décret n° 2007-793 du 9 mai 2007 pris pour son application instaurent de nouvelles modalités de médicalisation et de tarification des logements foyers : ils aménagent la possibilité de déroger aux règles du conventionnement tripartite et autorisent le conventionnement partiel pour certaines de ces structures.

Synthèse des dernières dispositions réglementaires** :

	si GIR 1 et 2 < 10%	si GIR 1 et 2 > 10%
GMP ≤ 300	. sécurité incendie : norme habitation . peut déroger au conventionnement . peut conventionner partiellement si les locaux accueillant les PAD (GIR 1 à 4) sont distincts ou organisés en unités de vie autonomes. condition : respect du type «J»	. sécurité incendie : ERP type «J»*** . peut déroger au conventionnement
GMP > 300	. sécurité incendie : ERP type «J» . peut déroger au conventionnement . peut conventionner partiellement si LFR non doté d'une section de cure médicale	. sécurité incendie : ERP type «J» . conventionnement obligatoire

*Cf. circulaire n° 2007-36 DDSC/DGAS/DGUHC du 15 mai 2007 relative au classement et à la réglementation « sécurité-incendie » (habitation ou ERP) applicable aux EHPA : elle libère de nombreux logements foyers des exigences de la nomenclature de type « J ».

**Cf. note d'information DGAS / 2C / 2008 / 103 du 26 mars 2008 relative aux nouvelles modalités de médicalisation et de tarification des logements foyers ainsi qu'aux nouvelles règles applicables en matière de sécurité incendie dans ces structures.

***Type « J » : nomenclature définie par l'arrêté du 19 novembre 2001 relatif à la sécurité – incendie des établissements recevant du public (ERP). Pour mémoire : le type U s'applique aux établissements relevant du sanitaire, le type J s'applique au champ médico-social.

Les dates butoir :

- **au 11 novembre 2007** : obligation pour les gestionnaires d'informer le Préfet et le Président du Conseil Général des **modalités de tarification** choisies.
- **au 31 décembre 2007** : évaluation de la dépendance des résidents de tous les logements foyers. Le Pas-de-Calais est engagé dans cette démarche depuis la mise en œuvre de l'APA.

L'admission des résidents : Depuis le 11 mai 2007 (date de publication du décret du 9 mai 2007), les logements foyers qui ont fait le choix de déroger au conventionnement tripartite **ne peuvent plus admettre de nouveaux résidents relevant des GIR 1 à 4**. Les résidents admis après le 11 mai 2007 et évoluant vers les GIR 1 à 3 doivent être orientés vers un établissement médicalisé dans un délai d'un an.

Le forfait de soins courants : il est maintenu au-delà du 1^{er} janvier 2008, pour les logements foyers présentant un GMP supérieur à 300 avec moins de 10 % de résidents en Gir 1 et 2. Les fonds non utilisés au cours d'un exercice devront être remboursés et seront supprimés pour les exercices à venir. Il est également maintenu pour les logements foyers dont le GMP est inférieur à 300.

La réglementation incendie : La mise aux normes de sécurité des logements foyers devra intervenir sous un délai de 3 ans à compter du 15 mai 2007. A l'issue de ce délai, la distinction entre les établissements accueillant des personnes autonomes et ceux qui accueillent des personnes dépendantes devrait s'imposer - cf. circulaire n° 2007-36 DDSC/SGAS/DGUHC du 15 mai 2007.

Afin de permettre à la Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (CCDSA) de vérifier la réglementation sécurité incendie applicable à chaque structure, la DDASS est chargée de transmettre au Préfet du département, chaque année à compter de 2008 (au plus tard le 30 novembre), la situation des logements foyers en terme de GMP et d'accueil de résidents relevant des GIR 1 et 2.

Les MARPA :

Le concept de Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées a été initiée par la MSA dans les années 1980.

Avec 3 structures et 62 places installées, plus 2 autorisations récentes, les **MARPA** offrent une réponse appropriée aux besoins des personnes âgées domiciliées en milieu rural, isolées ou en perte d'autonomie, souhaitant vieillir dans leur environnement habituel.

De conception architecturale moderne, d'une capacité inférieure à 25 lits (ce sont de petites unités de vie : PUV), elles développent une démarche qualité ciblée sur la qualification du personnel, l'élaboration d'un projet de maison et la formalisation de partenariats.

Logements foyers et MARPA présentent de nombreuses similitudes : un même statut d'établissement social et médico-social, un même public âgé en principe non dépendant, une même vocation sociale se traduisant notamment par la volonté d'une tarification accessible, la même ouverture sur les politiques de maintien à domicile.

Leur public, urbain pour les logements foyers, rural pour les MARPA, rend ces structures complémentaires. Leur défi pour demain : améliorer l'offre de service, proposer une réponse adaptée aux besoins.

Ce qu'il faut retenir de cette partie :

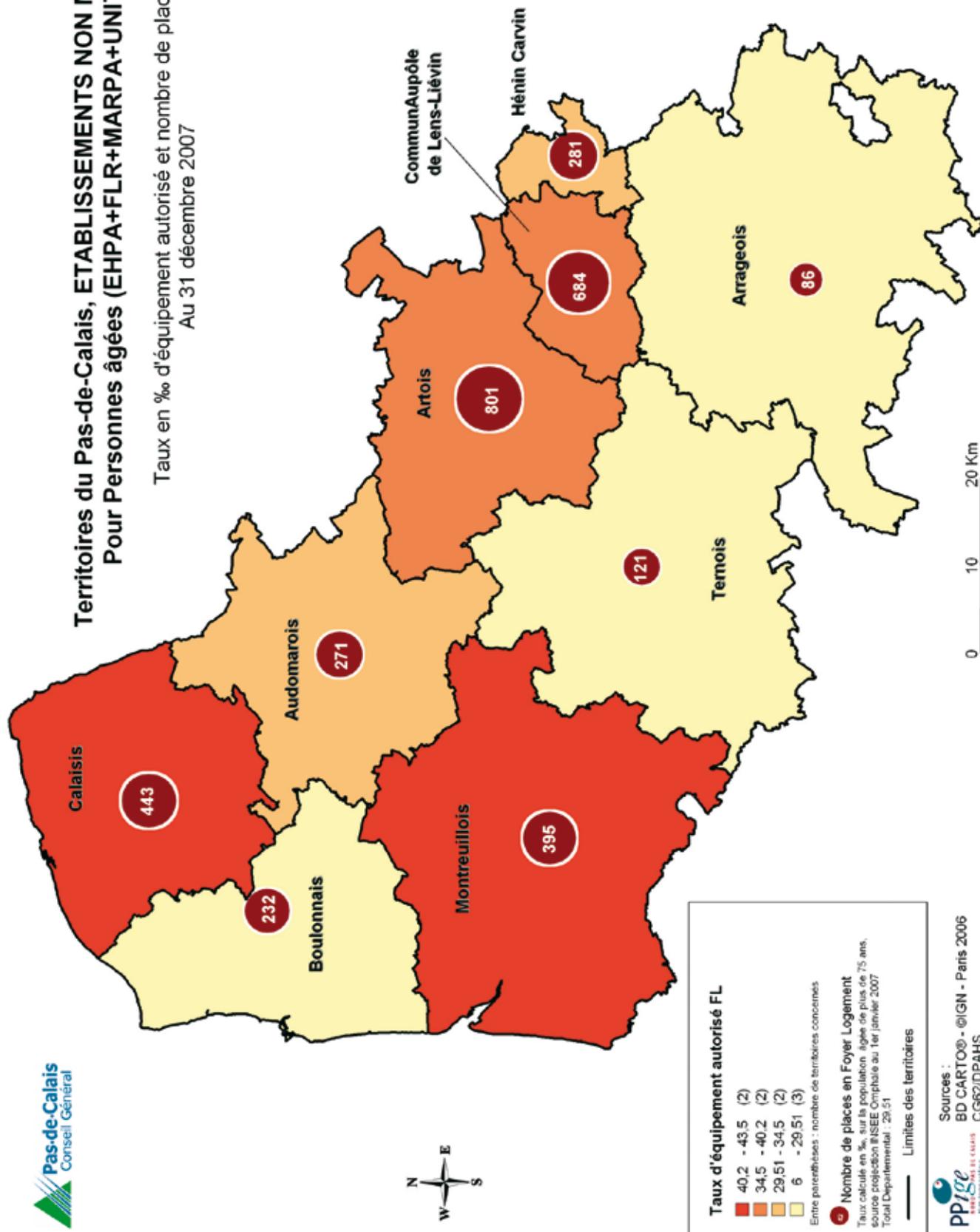
Une insuffisance de places médicalisées chronique, surtout sur les territoires de la CALL, de la CAHC, du Calaisis et de l'Artois. Cette insuffisance risque de se creuser au vu des perspectives d'évolution démographique des 75 ans et +.

Des EHPA complémentaires : logements foyers en milieu urbain, MARPA en milieu rural, dont l'objectif principal est de s'inscrire pleinement dans le champ médico-social.

Au vu de cette présentation, l'enjeu majeur consistera, pour les 5 années à venir, à offrir aux habitants du Pas-de-Calais un nombre de places suffisant et spatialement équitable, au regard de l'évolution de la population, d'une prise en charge qualitative (sécurité et soins à un coût optimal) et des évolutions pathologiques (Alzheimer notamment).

Territoires du Pas-de-Calais, ETABLISSEMENTS NON MEDICALISES Pour Personnes âgées (EHPA+FLR+MARPA+UNITES VIE)

Taux en % d'équipement autorisé et nombre de places
Au 31 décembre 2007



Taux d'équipement autorisé FL

- 40,2 - 43,5 (2)
- 34,5 - 40,2 (2)
- 29,51 - 34,5 (2)
- 6 - 29,51 (3)

Entre parenthèses : nombre de territoires concernés

Nombre de places en Foyer Logement

Taux calculé en %, sur la population âgée de plus de 75 ans,
source projection INSEE Omphale au 1er janvier 2007
Total Départemental : 29.51

— Limites des territoires

III : Les principes d'action et les enjeux pour le Pas-de-Calais :

L'analyse des données a permis de définir 5 principes d'action, qui constituent la trame de présentation des actions à entreprendre dans les 5 années à venir.

Ils sont déclinés ci-dessous en terme d'objectifs, numérotés de 14 à 18.

I Objectif 14 : Rattraper le niveau d'équipement en EHPAD

Le constat sur l'offre d'hébergement institutionnel pour personnes âgées posé ci-dessus est sans équivoque : le département du Pas de Calais présente un retard notable en terme équipement en faveur de personnes en perte d'autonomie. Alors que le taux d'équipement en EHPAD est de 109 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans au niveau national, il n'est que de 94 dans le Pas de Calais au 31 décembre 2008*.

Le déficit actuel se traduit par des difficultés d'accès en EHPAD (listes d'attente) pour des personnes dont l'état de dépendance le justifierait. Ces difficultés d'accès seront encore renforcées, à équipement égal, par le vieillissement prévisible de la population départementale (+ de 8700 personnes âgées de plus de 75 ans à l'horizon 2015).

Le développement du soutien à domicile ne saurait, à lui seul, pallier les insuffisances de la réponse institutionnelle. Aussi, **le comblement du déficit d'équipement en EHPAD dans le Pas de Calais est un objectif central du schéma.**

Un double objectif est donc retenu :

- **rattraper, sur le long terme, le taux d'équipement national,**
- **égaliser, à moyen terme (5 ans du schéma) les taux d'équipement des territoires du département en renforçant prioritairement les territoires de la CALL, de la CAHC, du Calaisis et de l'Artois.**

Si l'on projette l'évolution des taux d'équipement en EHPAD à partir de l'augmentation prévue des personnes âgées dans le département d'ici à 2015, il est proposé de faire passer le taux d'équipement départemental en EHPAD de 85, 4 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans en 2007 à 102 à la fin du schéma.** Ce chiffre demeure toujours en deçà de la moyenne nationale mais permet de réduire sensiblement notre retard.

Ce plan de rattrapage se traduira par la création **de près de 2000 places** entre 2008 et 2012 soit **environ 400 places par an.**

L'analyse rétrospective de l'effort réalisé ces dernières années en matière de rattrapage montre que cet objectif est compatible avec l'évolution des moyens que la CNSA est à même d'octroyer sur la même période dans le cadre du PRIAC. En effet, de 2006 à 2007, le nombre de places d'EHPAD créées a été, en moyenne annuelle, de 500 places.

Compte tenu des fortes disparités en matière d'équipement entre les neuf territoires (voir carte précédente) et afin d'homogénéiser les capacités d'hébergement offertes aux habitants du Pas-de-Calais, certains territoires bénéficieront massivement des créations de places prévues par ce plan de rattrapage.

*Calcul du taux d'équipement à partir des données de population INSEE personnes âgées de 75 ans et plus au 1er janvier 2008, soit 114 736 personnes dans le Pas de Calais

**Calcul du taux d'équipement à partir des données de population INSEE personnes âgées de 75 ans et +, moyenne entre 2005 et 2015 à partir de la projection OMPHALE, soit 116 115 personnes.

	Nombre de places décembre 2007	Taux équipement pour 1000 PA 75 ans et + Omphale 2005/2015	Taux équipement pour 1000 PA + 75 ans ciblé pour 2012	Capacité ciblée pour 2012	Places à créer
Artois	1907	81,0	102,0	2403	496
Calaisis	731	68,4	102,0	1091	360
CAHC	609	65,5	102,0	949	340
CALL	1534	76,5	102,0	2046	512
Audomarois	833	93,1	102,6	913	80
Boulonnais	1141	90,9	102,0	1281	140
Arrageois	1415	97,6	102,0	1479	64
Ternois	641	111,9	111,9	641	0
Montreuillois	1102	106,6	106,6	1102	0
TOTAL	9913	85,4	102,5	11905	1992

- Indicateur de population : 116 115 personnes âgées de 75 ans et +
(Moyenne entre 2005 et 2015 à partir de la projection OMPHALE de l'INSEE)

Ces créations nouvelles constitueront l'un des éléments central des futurs *projets gérontologiques de territoire*.

Près de vingt cinq nouveaux établissements devraient ainsi être autorisés à fonctionner d'ici à 2012 dans le Pas-de-Calais. Les projets éligibles devront être conformes aux principes retenus dans le schéma et offrir :

- un accompagnement spécifique des malades Alzheimer, dans des locaux organisés en petites unités de vie modulables (objectif 23),
- une palette d'offres d'accueil diversifiées : accueil temporaire, accueil de jour (objectif 17),
- une garantie de qualité de la prise en charge (objectif 16),
- une intégration satisfaisante aux réseaux préexistants (objectif 20),

Il sera par ailleurs, tenu compte de la nécessaire couverture du milieu rural (objectif 15).

De plus, le Conseil Général du Pas-de-Calais, au travers de son Agenda 21 a souhaité intégrer les principes du développement durable dans son propre fonctionnement, afin de relier les politiques qu'il mène à la lumière de ces mêmes principes. C'est pourquoi il sera particulièrement sensible à la promotion de bâtiments performants pour l'homme et l'environnement.

La garantie de l'accès pour tous à un accueil en établissement adapté est une préoccupation du Département. Aussi, l'habilitation totale ou partielle à l'aide sociale des futurs équipements sera systématiquement recherchée.

Il sera rendu compte annuellement au Comité de suivi du schéma de l'évolution du nombre de places créées.

Le schéma entend développer l'offre médicalisée en mettant en œuvre la **fiche action n° 14 : « rattraper le niveau d'équipement en EHPAD »**.

l'Objectif 15 : développer une offre de proximité

Le vieillissement entraîne une grande fragilité face au changement.

Promouvoir une offre d'accueil de proximité conduit à valoriser l'environnement de la personne pour éviter un déracinement douloureux et source de décompensation. Habitat, logement, quartier, secteur sont autant de repères importants sur le plan personnel. Ils sont riches de souvenirs, et cette référence au passé est d'autant plus importante qu'elle aide à maintenir le statut social acquis, que l'âge peut affecter*.

La mise à disposition systématique d'une palette large de types d'accueil sur une petite échelle (le canton, par exemple) est difficilement envisageable. Cependant, le schéma entend développer des réponses au plus près des personnes et de leur lieu de vie, pour respecter autant que faire ce peut, leur cadre de vie et leurs repères.

*En référence aux travaux de Paul Wallez sur « Proximité, vie associative et capital social : le cas de l'hébergement collectif des personnes âgées »

La recherche de proximité induit l'adaptation quantitative mais aussi qualitative de l'offre aux besoins.

L'adaptation quantitative vise à répondre aux besoins de placements identifiés.

L'adaptation qualitative implique de proposer un éventail large de modes d'accueil : accueil de jour, hébergement temporaire, structures non médicalisées, structures médicalisées ... pour une prise en charge adaptée à chaque situation individuelle.

L'accessibilité financière, eu égard au contexte socio-économique du Pas-de-Calais, devra par ailleurs être garantie.

Le schéma entend développer une offre de proximité en mettant en œuvre la **fiche action n°14 bis « développer une offre diffuse et adaptée en milieu rural »**.

l'Objectif 16 : inscrire l'offre médico-sociale dans une culture de la qualité

► Le conventionnement tripartite et la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fournissent aux établissements médicalisés des outils au service de la promotion d'une démarche qualité. L'amélioration de la qualité des prises en charge du public est pour les **EHPAD**, un objectif obligatoire.

Les objectifs « qualité » fixés dans le cadre du conventionnement tripartite s'appuient sur les constats établis lors de l'évaluation conduite sur la base du référentiel Angélique.

Le 3^e axe du Plan de développement de la Bienveillance* paru en mars 2007 confirme la démarche d'évaluation comme l'outil majeur d'une « démarche qualité dynamique ».

Le calendrier des évaluations :

Compte tenu du retard pris par ce chantier – installation tardive du Conseil National de l'évaluation sociale et médico-sociale remplacé depuis par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des ESMS (ANESM) – publication tardive du décret fixant le cahier des charges de l'évaluation externe – la date limite pour réaliser les évaluations internes est dépassée depuis le 3 janvier 2007, et celle pour les évaluations externes le sera le 3 janvier 2009 pour les établissements et services qui étaient autorisés antérieurement à la loi du 2 janvier 2002 – CASF. Art. L-312-8.

Déclinaisons du référentiel Angélique :

Les engagements pris par les gestionnaires en vue d'**améliorer la qualité de la prise en charge** portent notamment sur :

- la prévention et la lutte contre la maltraitance (droits des usagers, formations, repérage maltraitance, protocole de conduites, ...),
- les conditions d'accueil et d'admission,
- les conditions d'hébergement, de vie sociale, d'animation, du projet institutionnel,
- l'organisation des soins,
- les aides et soins spécifiques,
- la prévention de la dépendance, le maintien de l'autonomie,
- l'ouverture sur l'extérieur.

Bien que les EHPAD aient quasiment tous négocié et signé une convention tripartite au 31 décembre 2007, la démarche qualité n'est pas pour autant achevée, du fait notamment de l'évolution du public accueilli (âge et dépendance).

Les EHPAD doivent répondre à une double évolution :

- accueillir des personnes très âgées (les entrées se font de plus en plus tardivement),
- qui souffrent souvent de poly-pathologies.

La perte d'autonomie s'accroît et de nouveaux publics doivent être accueillis : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, personnes handicapées vieillissantes... induisant des besoins supplémentaires en personnels et la nécessité d'une meilleure organisation des locaux.

* Cf. orientation 5 « protéger la personne âgée »

► **La culture de la qualité doit par ailleurs être développée auprès des EHPA***, et notamment des logements foyers.

Ces derniers n'ont pas été accompagnés dans la mise en œuvre de la loi de 2002. De sorte que l'enjeu pour eux est moins celui de leur développement que de la montée en qualité du service rendu au résident, via notamment l'appropriation des outils de la loi.

Cette montée en qualité est d'autant plus importante que les logements foyers subissent la concurrence de produits très attractifs, de type béguinages, résidences services ...

Les enjeux pour les établissements, qu'ils soient dédiés à l'accueil de personnes en perte d'autonomie ou plutôt valides, se rejoignent et peuvent être synthétisés comme suit :

- 1° - mieux accompagner la personne accueillie,
- 2° - lui apporter une réponse adaptée en connaissant ses besoins et leur évolution,
- 3° - proposer des structures adaptées en terme d'organisation des locaux et du personnel.

Le schéma retient **2 axes** de travail, qu'il entend développer en mettant en œuvre 2 fiches actions :

- **Fiche action n°15 - «poursuivre la politique d'amélioration des conditions de prise en charge dans les EHPAD ».**

- **Fiche action n°16 - « promouvoir la démarche qualité dans les EHPA : logements foyers et MARPA ».**

I Objectif 17 : Promouvoir les alternatives à l'hébergement permanent

Le principe de l'accueil temporaire, destiné à soulager les aidants pendant un temps limité, a été reconnu par la loi de janvier 2002. Des décrets définissent ses modalités d'organisation et les conditions de sa tarification, les plans nationaux dédiés au public âgé** prévoient la création de nouvelles places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Or, malgré la reconnaissance de l'importance du développement de l'accueil temporaire dans les schémas gérontologiques, l'offre ne se développe pas de manière significative.

Le Pas-de-Calais ne déroge pas à cette tendance, et présente des taux d'équipements faibles bien que le développement de l'accueil temporaire ait déjà fait l'objet d'une attention particulière de la part du Conseil Général au cours du précédent schéma.

Le constat est fait de l'inadéquation de la réponse aux besoins, et d'une inégale répartition de l'offre sur le département. Ces mêmes constats peuvent être également étendus à l'accueil de jour.

Rappel de l'offre départementale :

Hébergement temporaire : 228 places soit 2.03 places/1000 PA de 75 ans et +
Accueil de jour : 208 places soit 1.85 places/ 1000 PA de 75 ans et +

Par ailleurs, ces formules d'accueil rencontrent aujourd'hui des problèmes de fonctionnement. Ainsi, l'hébergement temporaire est trop souvent embolisé par l'hébergement permanent (c'est le résultat d'une offre médicalisée insuffisante), l'accueil de jour souffre des fortes contraintes liées aux normes d'accessibilité et de sécurité des EHPAD (type J***) qui pèsent sur les coûts à charge des bénéficiaires, ce d'autant plus que les places sont saupoudrées au sein des structures. Quant aux formules de l'accueil de nuit**** et de l'accueil d'urgence*****, qui ne bénéficient pas à ce jour d'un cadre réglementaire, elles sont aujourd'hui peu développées sur le département .

* La DGAS a mis en place, début 2008, un groupe de travail chargé de construire un cahier des charges des logements foyers. Le Pas-de-Calais est susceptible de participer aux travaux, eu égard à sa représentativité et à la réflexion déjà menée (cf. l'étude sur le devenir des logements foyers du département du Pas-de-Calais parue en juin 2005).

**« Vieillesse et solidarité », « Solidarité Grand Âge », « Alzheimer »

*** Voir note de bas de page 77

**** Un cas sur le territoire du Ternois

***** Le développement de l'accueil d'urgence est à traiter en lien avec la fiche action n°24

L'enquête nationale parue en octobre 2007, réalisée par le CREAL* de Bretagne à la demande du GRATH** sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique en France, pointe les faiblesses et caractéristiques suivantes :

- une méconnaissance du dispositif tant chez les personnes âgées que chez leurs aidants et chez les professionnels,
- une communication insuffisante de la part des établissements,
- l'insuffisante solvabilisation de la personne âgée,
- les réticences des personnes âgées, du fait d'une image négative des établissements ou d'une appréhension à cohabiter avec des personnes moins autonomes,
- les réticences des aidants familiaux.

La demande d'accueil temporaire tendrait cependant à se développer, de sorte que les besoins autrefois réservés pendant les congés estivaux se généralisent toute l'année. A ce titre, l'accueil de jour et l'accueil temporaire peuvent constituer des formules de répit pour la personne âgée et sa famille.

De même, avec la progression de la maladie d'Alzheimer, il s'avère que l'accueil de jour des malades, dans des structures adaptées à l'accompagnement de ce public, constitue une réponse pertinente. C'est pourquoi le récent Plan Alzheimer fait du développement des places d'accueil de jour, une de ses mesures phares.

Le schéma départemental entend soutenir **les alternatives à l'hébergement permanent afin de diversifier la palette d'offres** en faveur des personnes âgées par la mise en œuvre de la **fiche action n°17 « développer, soutenir et optimiser l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, dont l'accueil d'urgence »**.

Cette action consiste à la fois à **engager un plan de création de places nouvelles** au cours de la durée du schéma, à **soutenir les promoteurs et les gestionnaires** d'offres d'alternatives et à **optimiser le fonctionnement** de ces réponses novatrices.

En terme quantitatif, le Département vise, d'ici à 5 ans, d'une part un taux d'équipement **en accueil temporaire** de 5 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, soit **le doublement de l'offre (+ 300 places)** et d'autre part, un **taux d'équipement en accueil de jour de 3 places** pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, entraînant la **création de 100 places supplémentaires**.

Ce double objectif est cohérent avec les perspectives de développement offertes par le PRIAC.

I Objectif 18 : promouvoir le principe de coopération

La perte d'autonomie s'accélère et de nouveaux publics doivent être accueillis : Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes... Cette évolution du public induit des besoins supplémentaires, notamment en personnels.

Développer les moyens d'action tout en maîtrisant les budgets et les coûts constitue un véritable défi, que les gestionnaires peuvent relever grâce à la mutualisation de moyens, notamment autour d'un **groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)**.

La **coopération** permet de mobiliser des moyens, de réaliser des acquisitions, ensuite mis à la disposition des membres du groupement qui, seuls, n'auraient pas la possibilité ou la souplesse financière de procéder à ces recrutements ou à ces acquisitions.

Elle constitue ainsi un levier d'action essentiel en permettant le développement des politiques publiques dédiées à un public cible, en l'occurrence la personne âgée en perte d'autonomie.

* CREAL : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées - association présente dans chaque région. Sa vocation est d'offrir des espaces d'analyse, de rencontre et de réflexion entre les divers acteurs du secteur social et médico-social.

** GRATH : Groupe de Réflexion et Réseau de l'Accueil Temporaire des Personnes Handicapées : association constituée en 1997 à l'initiative de parents et de professionnels, spécialiste de l'accueil temporaire en France.

Exemples techniques d'opérations :

- le recrutement de personnel administratif, social, médical, soignant ou thérapeutique,
- l'acquisition et le partage de moyens logistiques ou de moyens techniques...
comme le recours à une pharmacie à usage intérieur par adhésion pour les établissements médico-sociaux à un groupement de coopération sanitaire,
- l'acquisition et le développement de services communs : restauration, services à domicile comme le portage de repas aux personnes handicapées et aux personnes âgées, services d'accompagnement en milieu ordinaire au profit des différents publics pris en charge par les adhérents, encadrement soignant et médical des personnes, transports.

Au-delà du gain économique qu'elle permet, la coopération :

- favorise l'interdisciplinarité autour de la personne bénéficiaire et la mise en place de prises en charge «longitudinales» ou continues, au plus près des besoins évolutifs des personnes aux différents stades de leur vie tels que repérés par les opérateurs de terrain, membres du groupement.

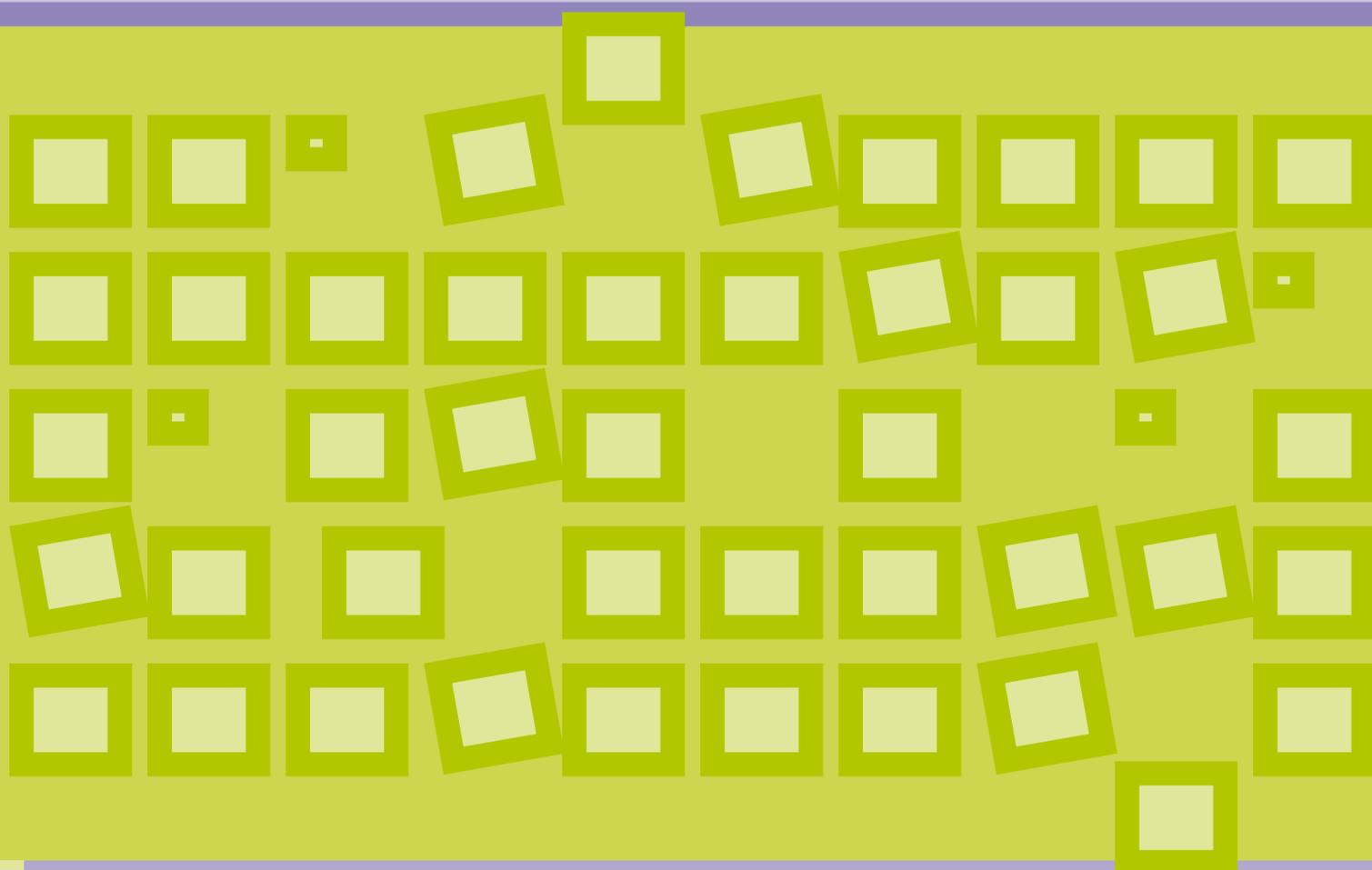
- favorise une mise en réseau qui procède au maillage du territoire social et médico-social. Elle facilite un développement coordonné de l'offre par les opérateurs et l'acquisition par ceux-ci d'une vision globale, évolutive et opérationnelle des besoins de prises en charge.

- s'inscrit dans une perspective dynamique de l'organisation de l'offre sociale ou médico-sociale, encore plus cohérente, pertinente, évolutive, et optimale, capable de recomposer de nouveaux périmètres d'actions, dépassant, sans les ignorer, les clivages institutionnels.

Ce mode opératoire reçoit par ailleurs des financements de la DGAS – Direction Générale de l'Action Sociale, rattachée au Ministère.

Le schéma promeut le principe de coopération comme un mode opératoire privilégié à l'usage des gestionnaires d'établissements et services intervenant dans le champ gérontologique, par la mise en œuvre de la **fiche action n°18** : « **Promouvoir le principe de coopération** ».

ORIENTATION 4 : PRÉVENIR ET SOIGNER LES PATHOLOGIES LIÉES AU GRAND ÂGE



Chaque année l'espérance de vie des français augmente, et en même temps l'âge d'entrée dans la dépendance s'élève.

Nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Cependant, cette réalité ne doit pas masquer la fragilité de certaines personnes atteintes de pathologies chroniques ou invalidantes, et susceptibles de devenir rapidement dépendantes. Avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal du maintien de la qualité de la vie.

La prévention constitue le meilleur moyen de retarder la survenue de la maladie et de la dépendance (objectif n° 19). Lorsque la pathologie survient, les réponses adaptées relèvent d'abord du système de soins. A cet égard, la structuration de la filière gériatrique hospitalière (objectif n° 20) et l'organisation des relations entre l'hôpital et le domicile (objectif n° 21) constituent des enjeux essentiels. Quand la maladie et la dépendance s'installent, les soins doivent être prodigués dans les lieux de vie et notamment en établissement (objectif n° 22). Le développement de la maladie d'Alzheimer impose, quant à lui, des réponses spécifiques (objectif n° 23).

I Objectif 19 : prévenir la maladie

Accéder à un âge élevé en ayant le moins d'incapacités possibles nécessite de posséder une « conscience » préventive dès le plus jeune âge, et d'apprendre à préserver son « capital santé ». Lorsque l'âge avance, il est nécessaire de prévenir la dépendance. Réussir son vieillissement implique d'y penser à l'avance, de s'y préparer et de pouvoir bénéficier de tous les dispositifs existants.

La survenue de la dépendance ou son aggravation sont au cœur de l'enjeu de prévention. Les nombreux facteurs de risque sont autant de portes d'entrée pour l'action. Sociaux, environnementaux et médicaux (physiques ou psychiques), ces facteurs de risques sont souvent liés entre eux et impliqueront des actions pluri-factorielles.

Le Programme Régional de Santé Publique (**PRSP**) arrêté en 2007 et dont le Département du Pas de Calais est partenaire à la mise en œuvre contient un programme de prévention à destination des personnes âgées : « **bien vieillir en Nord Pas de Calais** ».

Ce programme s'est fixé les objectifs suivants :

Etre acteur de son projet de vie (facteurs sociaux et environnementaux)

- favoriser la place des personnes âgées dans la société
- conserver l'estime de soi et le respect d'autrui tout au long de la vie
- permettre à chacun de continuer à vivre chez soi

Agir pour une hygiène de vie favorisant le bien-être (facteurs médicaux)

- prévenir les chutes pour préserver son bien-être et son autonomie
- prévenir les conséquences des troubles visuels et auditifs
- entretenir ses capacités d'attention, de réflexion et d'anticipation
- favoriser le bon usage des médicaments
- manger équilibré pour rester en bonne santé.

Le programme est principalement mis en œuvre à travers l'appel à projet lancé annuellement en vue de financer toute action répondant aux objectifs et au cahier des charges associé.

Le schéma gérontologique propose d'**intégrer les objectifs définis en la matière par le PRSP et que le Département participe activement à sa mise en œuvre avec ses partenaires (GRSP* et Charte**)**. Cependant, la **structuration des actions de prévention à l'échelle des territoires** est retenue comme un axe à développer, inscrit dans la **fiche action n° 19 du même nom**.

Actuellement, les axes de prévention sur lesquels le Département du Pas de Calais est positionné n'intègrent pas officiellement le domaine gérontologique. Un positionnement clair de l'institution départementale en faveur du soutien aux actions de prévention de la dépendance est donc un préalable indispensable.

* GRSP : Groupement régional de santé publique

** Charte : regroupe le GRSP et les collectivités territoriales des départements Nord et Pas-de-Calais, et de la Région Nord / Pas-de-Calais.

I Objectif 20 : structurer la filière gériatrique hospitalière

L'enquête conduite en 2003 au sein des services de court séjour de la région a montré :

- une faible valorisation de la gériatrie (orientation des personnels par défaut, faiblesse du management et du soutien psychologique),
- une insuffisante formation de l'ensemble des personnels pouvant aboutir à de la maltraitance passive,
- un manque d'organisation de la gériatrie, que ce soit en interne ou vis à vis de la ville et du secteur médico-social et une insuffisance quantitative sur certains secteurs.

Le **SROS* III**, arrêté en début d'année 2006 par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) définit l'organisation régionale souhaitée pour une prise en charge gériatrique de qualité. Cette organisation repose en grande partie sur les préconisations de la circulaire du 18 mars 2002 relative aux soins gériatriques, complétées par la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

La zone pertinente d'organisation retenue est la « **zone de proximité** », correspondant, dans le Pas de Calais aux 7 arrondissements : Arras, Lens, Béthune, Calais, St Omer, Boulogne, Montreuil.

La **structuration de la filière de gériatrie** s'organise à partir des établissements sites de court séjour gériatrique, avec plateau technique minimal et urgences. Ils doivent par ailleurs développer hôpital de jour et équipe mobile de gériatrie. Ils doivent développer ou passer convention avec des établissements développant : consultations mémoire, soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique, unités de soins de longue durée (USLD), soins palliatifs et psycho-gériatrie. Ils doivent avoir des conventions avec les structures médico-sociales et ambulatoires. Ils doivent avoir un plan de développement de la formation au niveau local et interne.

Le développement ou la structuration de ces filières gériatriques sont inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) que chaque établissement de santé conclut avec l'ARH. Ceci est le cas pour les établissements référents mais aussi pour les autres établissements afin de signifier les liens développés avec les établissements référents (conventions de partenariat). Ces filières doivent faire l'objet d'une visite de contrôle sur place au fur et à mesure de leur individualisation et d'une labellisation par l'ARH chaque année.

Un bilan de la mise en œuvre de ce schéma d'organisation a été réalisé en 2007 qui fournit les résultats suivants :

zone de proximité	établissement	court séjour gériatrique	équipe mobile de gériatrie	hôpital de jour	consultation mémoire	SSR gériatrique	USLD	plateau technique et urgences	filière interne complète
Arras Ternois	CH Arras	10 lits	oui		oui sans label	25 lits	oui	oui	
	Bon Secours					30 lits			
	HL St-Pol						oui		
	CH Frévent						oui		
	CH Bapaume						oui		
	Poly du ternois					24 lits			
Lens	CH Lens	18 lits	oui	2 pl	2 sites	60 lits	oui	oui	oui
	CH Hénin B	21 lits			oui sans label	30 lits	oui	convention nécessaire	
	Pol Liévin	projet	oui		oui sans label	13 lits	oui	convention nécessaire	
	La Mannaie					45 lits	oui		
	Le Surgeon					60 lits			
	La Roseraie					60 lits			
	CH Carvin				oui sans label	30 lits			

* SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

zone de proximité	établissement	court séjour gériatrique	équipe mobile de gériatrie	hôpital de jour	consultation mémoire	SSR gériatrique	USLD	plateau technique et urgences	filière interne complète
Béthune	CH Béthune	projet			oui	40 lits	oui	oui	
	CI Béthune (Mahaut)	16 lits						convention nécessaire	
	CH Lillers						oui		
Calais	CH Calais	12 lits		1 pl	oui		oui	oui	
St-Omer	CHRSO	15 lits			oui sans label		oui	oui	
	HL Aire/Lys						oui		
Boulogne	CH Boulogne	15 lits	oui		oui		oui	oui	
Montreuil	CHAM	projet			projet		oui	oui	
	Hopale				oui sans label				
	HL Hesdin						oui		
	CI des Acacias		oui			10 lits			
Pas-de-Calais		7 sites	5 sites	2 sites	11 sites	12 sites	16	7	1

Le SROS prévoit la mise en place d'une filière gériatrique par zone de proximité à l'exception des zones les plus peuplées où il en faudrait deux : Lens, Béthune, Arras.

Sur chacune de ces zones, des **partenariats et articulations avec les réseaux de santé « personnes âgées »** doivent être mis en place. Le SROS prévoit la généralisation des réseaux de soins gérontologiques en installant un sur chaque zone de proximité. Cet objectif ambitieux apparaît irréaliste à moyen terme. A cet égard, le développement prochain des MAIA pourra représenter une alternative partielle à l'impossibilité de créer de nouveaux réseaux de soins.

L'**HAD** est l'un des partenaires naturels de la filière dans la mesure où il peut offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein à domicile ou en EHPAD. La collaboration avec les **SSIAD** doit être recherchée pour les mêmes raisons.

Les acteurs médico-sociaux sont des partenaires obligatoires des hôpitaux. Les conventions passées entre eux dans le cadre des plans bleus doivent être élargies pour définir :

- modalités d'admission
- modalités de retour
- modalités et outils de partage de l'information médicale
- partenariats envisageables : formations communes, intervention expérimentale de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) au sein de l'EHPAD, modalités d'accès à l'hôpital de jour (HJ).

Le partenariat doit se développer avec les structures de coordination (**CLIC, coordinations gérontologiques, réseaux de santé, prochainement : MAIA**) afin de mettre en place des procédures de prise en charge et de partage d'informations notamment pour l'organisation du retour à domicile des patients hospitalisés dans la filière.

La structuration de la filière gériatrique relève principalement de la compétence de l'ARH. Cependant, la continuité totale des dimensions sanitaire et médico-sociale en matière gériatrique rend pertinente la réintroduction de cet objectif du SROS dans le schéma gérontologique départemental. Le Département s'engage par là à faciliter la structuration de la filière gériatrique, notamment en faisant de cette structuration une condition nécessaire au développement des outils de coordination gérontologique sur chaque territoire.

Cet axe de travail est développé dans la **fiche action n°20 « Structurer la filière gériatrique hospitalière sur chaque territoire »**.

GLOSSAIRE

| Etablissement site d'urgences (zone de proximité)

Etablissement de santé site d'un service d'accueil des urgences comprenant l'ensemble de la filière gériatrique et développant une dynamique gériatrique dans la zone de proximité et un lien avec le réseau régional des consultations de la mémoire.

| Etablissement de santé référent

Etablissement public, privé ou PSPH comprenant soit une unité de médecine gériatrique et/ou polyvalente, soit des soins de suite et des consultations avancées plus des conventions de partenariat avec les structures locales impliquées dans la prise en charge des personnes âgées.

| Court séjour gériatrique

L'unité de CSG prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques et problèmes sociaux surajoutés. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

Le mode d'accès privilégié est l'admission directe, on y assure une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement et une orientation adaptée après quelques jours d'hospitalisation.

| L'équipe mobile de gériatrie

Les EMG interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

L'EMG intervient dès la prise en charge aux urgences afin de faciliter l'entrée directe du patient dans les services d'hospitalisation. Il est souhaitable que l'EMG assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux et peut, dans un cadre expérimental, intervenir au sein des EHPAD.

| SSR gériatrique

Les soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient.

| Consultation gériatrique avancée

Evaluation gérontologique d'ordre somatique, cognitif et ou social réalisée par un gériatre ou un médecin coordonnateur d'EHPAD qui peut faire appel à un psychologue ou à un personnel paramédical et social formé à la gériatrie dans un établissement sanitaire ou médico-social voire dans un centre de santé.

| Hôpital de jour de gériatrie, de diagnostic et de suivi

Structure composée d'un plateau technique, permettant une évaluation gériatrique globale et coordonnée par un gériatre et assurant les bilans approfondis suite à une consultation gériatrique et/ou par les médecins généralistes ou urgentistes.

| Consultation mémoire labellisée

Evaluation du trouble mnésique réalisée par une équipe pluridisciplinaire (gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue, infirmier, assistant social, ...) dans un établissement de soins de court séjour avec accès à un hôpital de jour pour effectuer tous les examens nécessaires au diagnostic et au suivi.

| Consultation mémoire avancée ou de proximité

Ces consultations spécialisées sont dispensées dans le cadre ambulatoire soit en ville, soit en établissement de santé par des neurologues, des gériatres et des psychiatres spécialisés dans la mémoire (diplôme ad hoc), éventuellement aidés de psychologues.

| Réseau de santé gérontologique

Organisation du système de santé par valorisation de l'offre existante et par décloisonnement des champs sanitaires, médico-social et social, définie dans le cadre du SROS III et ayant pour but de faciliter l'accès aux soins et garantir la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge globales des personnes âgées comprenant éducation à la santé, actions de prévention, diagnostics, soins, accompagnement social et médico-social. Ils s'appuient sur des équipes mobiles comprenant au moins un temps de gériatre et une infirmière.

Il existe par ailleurs le réseau régional de la mémoire Nord-Pas de Calais (Meotis) qui coordonne ses actions avec ces réseaux locaux de gérontologie et les CLIC.

| CLIC : centre local d'information et de coordination

Accueil de proximité, d'information, de conseil, d'évaluation et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage (familles, intervenants, professionnels, bénévoles, institutions) et de coordination des intervenants. Ils sont définis selon trois niveaux en fonction de leurs missions (information et accueil, élaboration du plan d'aide, plate forme de services).

I Objectif 21 : organiser les relations entre l'hôpital et le domicile

L'éventail de solutions alternatives à l'hospitalisation s'est élargi à partir de 2006 avec la mise en place sur l'ensemble du territoire départemental de services d'Hospitalisation à Domicile (HAD). Ce mode de prise en charge vient s'intercaler entre l'hospitalisation classique et les Services de Soins Infirmier à Domicile (SSIAD).

L'articulation entre l'hôpital et les structures d'aval est un enjeu identifié par tous les acteurs de la prise en charge gériatrique.

Les relations entre l'hôpital, les structures d'HAD et les SSIAD sont aujourd'hui trop souvent marquées par la méconnaissance mutuelle, voire la méfiance et les réflexes concurrentiels. Des difficultés sont régulièrement rencontrées sur les territoires (aujourd'hui tous dotés des trois types de prise en charge) qui se traduisent par :

- une sous utilisation du dispositif HAD récemment mis en place,
- la saturation ou la lourdeur excessive des cas traités par les SSIAD,
- la difficulté pour les trois types de structure de trouver des solutions d'aval (ou d'amont) lorsque l'état du patient ne correspond plus à leur mission,
- l'incompréhension des malades et de leur famille face à des évolutions de prises en charge inadaptées, heurtées et ayant également des conséquences financières.

Il est nécessaire d'améliorer la connaissance par les acteurs (opérateurs ou prescripteurs) des différents modes de prise en charge existants et de l'intérêt pour eux (intérêt professionnel, financier) et pour le patient (prise en charge adaptée) de les utiliser au mieux.

Il est également indispensable de développer un cadre territorial à l'intérieur duquel les acteurs de ces trois types de prise en charge puissent définir ensemble leurs relations de travail.

La DDASS a lancé en 2007 un travail avec les fédérations représentatives des services d'HAD et de SSIAD en vue d'améliorer les relations et la coopération entre ces deux dispositifs ainsi qu'entre ceux-ci et l'hôpital.

La démarche a abouti à une proposition d'action unanimement partagée et articulée autour de plusieurs axes :

- **La conclusion, sur chaque territoire, d'une convention régissant les relations entre SSIAD et HAD à partir d'une convention cadre à décliner.**
- **L'organisation sur chaque territoire d'une démarche commune SSIAD et HAD d'information à destination des établissements hospitalier.** Il s'agira pour eux de présenter devant les instances médicales et exécutives de l'hôpital (Commission Médicale d'établissement et conseil exécutif) les prestations offertes par leurs services respectifs et l'intérêt médical, social et financier que l'hôpital peut trouver dans l'établissement de relations structurées et équilibrées avec ces prises en charges extra hospitalières.
- **La nécessité d'intégrer les soignants libéraux dans l'élaboration des parcours de soins en s'inspirant d'expériences réussies. Les soignants non institutionnels (généralistes, infirmières libérales, kinésithérapeutes, ...) constituent en effet des relais essentiels de la prise en charge et de la remontée d'informations relatives aux situations individuelles.**

Le lancement des initiatives territoriales par la DDASS est prévu en 2008.

La conclusion d'une convention sur chaque territoire en 2008 est recherchée.

Une fois l'articulation HAD/SSIAD acquise, l'extension de la démarche au domaine de l'aide à domicile (SAAD) pourra être envisagée. Cet élargissement sera organisé dans le cadre d'un co-pilotage DDASS/Département.

Ces axes de travail sont développés dans la **fiche action n°21 : « Organiser les relations entre l'hôpital et le domicile »**.

Pour un développement de la prise en charge en soins palliatifs

Le dispositif de prise en charge en soins palliatifs est organisé autour de plusieurs modalités :

- les unités, les lits identifiés et les équipes mobiles de soins palliatifs en structures de soins,
- les réseaux et structures d'hospitalisation à domicile, au domicile du malade.

Parallèlement, les associations ont émergé et les formations spécifiques, dispensées aux professionnels de santé ont vu le jour.

Le Nord - Pas-de-Calais s'est beaucoup investi dans le développement des soins palliatifs.

Au 31 décembre 2008, l'inventaire des structures et équipements en soins palliatifs dans le Pas-de-Calais est le suivant :

Etablissement	Statut	EMSP	USP		Lits identifiés		
			Lits MCO	Lits SSR	Lits MCO	Lits SSR	Lits USLD
Territoire de l'Arrageois							
CH Arras	public	oui			8		1
CH Bapaume	public	oui			5	5	
Hôp local St Pol	public				5		
CI Bon Secours	privé			10			
Territoire du Ternois							
Poly Ternois	privé				3		
Territoire de l'Artois							
CH Béthune	public	oui	9				
CI Divion	PSPH				7		
Etab la mannaie	PSPH					4	
Etab la Roseraie	PSPH					4	
Poly Anne d'Artois	privé			10			
CI Bruay la Buis-sière	privé				3		
Territoires CALL - CAHC							
CH Lens	public	oui			10	4	
CI Hénin	public				3		5
Poly Hénin	PSPH	oui			5		
Poly Liévin	PSPH				7	3	
Etab Le surgeon	PSPH					5	
Territoire du Calaisis							
CH Calais	public				6		
Territoire du Boulonnais							
CH Boulogne	public	oui			9	4	
CI Côte d'Opale	privé						
Territoire du Montreuillois							
CHAM	public	oui			4		
CI Acacias	privé						
Territoire de l'Audomarois							
CHRSO	public	oui			7	8	
Hôpital local Aire	public						4
TOTAL			19	30	82	37	10

Grille de lecture du tableau :

EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs

SSR : Soins de suite et de réadaptation

USP : Unité de soins palliatifs

USLD : Unité de soins de longue durée

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique

PSPH : Privé participant au service public hospitalier

Le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006/2011 définit quatre orientations en vue du développement de la prise en charge des soins palliatifs :

1. Augmenter de façon significative la capacité de prise en charge, favorisant toutes les formes d'organisation, en institution et à domicile :

- décliner la territorialisation des soins,
- poursuivre le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement dans les établissements de santé,
- développer les soins palliatifs et l'accompagnement à domicile ou dans le lieu de vie habituel,
- établir un maillage territorial de l'ensemble des dispositifs de prise en charge et une complémentarité dans cette prise en charge.

2. Sensibiliser l'ensemble des soignants et médecins aux besoins et attentes particulières des patients en fin de vie :

- diffuser la culture palliative,
- informer les professionnels de santé et la population.

3. Mieux connaître et organiser la présence de bénévoles et associations de patients au sein des structures de soins.

4. Mettre en place un réseau régional de soins palliatifs favorisant une meilleure cohésion de la prise en charge des soins palliatifs, et optimisant le travail en complémentarité des acteurs intervenant dans le domaine des soins palliatifs. Ce réseau devra :

- répondre aux missions de recherche et d'enseignement universitaire,
- favoriser une meilleure cohésion de la prise en charge (notamment entre la ville et l'hôpital),
- promouvoir la qualité de la prise en charge (référentiels, protocoles...),
- contribuer à l'évaluation régionale de l'activité,
- informer les professionnels de santé et les usagers.

La déclinaison des dispositifs est envisagée à l'échelle de la zone de proximité.
Le département du Pas-de-Calais est décomposé en sept zones de proximité.

Les recommandations sont les suivantes :

- offrir à la population, par zone de proximité, une capacité minimale de 10 lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants,
- répartir les lits de manière équitable sur les plans capacitaire et géographique sur l'ensemble de la région et au sein d'un même territoire de proximité,
- créer une unité de soins palliatifs au CHRU, d'une capacité d'au moins 10 lits,
- privilégier la création des lits identifiés soins palliatifs en dehors du CHR,
- installer préférentiellement ces lits dans les structures développant une activité de cancérologie, dans les hôpitaux locaux, dans les structures de proximité à orientation gériatrique ou développant des spécialités prenant en charge des personnes au stade palliatif,
- offrir à la population hébergée dans chaque établissement de plus de 400 lits la possibilité de recourir aux compétences d'une équipe mobile de soins palliatifs,
- implanter une équipe mobile par zone de 200 000 habitants.

Ces objectifs seront poursuivis par l'ARH, qui rendra compte de leur atteinte dans le cadre des réunions du Comité départemental de suivi du schéma.

I Objectif 22 : améliorer les soins en établissement

Les personnes entrant en EHPAD le font à un âge de plus en plus élevé. Leur séjour correspond souvent aux dernières années de la vie, quand la dépendance rend difficile, voire impossible, un maintien à domicile.

A la dépendance s'ajoute, pour ces personnes, les pathologies liées au grand âge. Aussi, chaque EHPAD est il tenu d'offrir à ses résidents une prise en charge permanente en soins de santé qui n'est bien sûr pas exclusive des soins médicaux spécialisés qui pourront, si le besoin s'en fait sentir, leur être prodigués dans un cadre ambulatoire ou hospitalier.

Aujourd'hui, les EHPAD fonctionnent tous dans le cadre d'une allocation et utilisation de moyens sur un mode ternaire. Leur budget est séparé en trois sections étanches : hébergement, dépendance et soins. La dotation relative aux soins versée par l'assurance maladie est fixée par la convention tripartite passée avec la structure.

La mise en place, à partir de 2001, de la tarification ternaire au sein des maisons de retraite autorisées en tant qu'EHPAD a donné lieu à un effort de renforcement global des moyens en soins des établissements. Celui-ci s'est traduit par des créations importantes de postes de médecins coordonnateurs, infirmières et aides soignantes. Ces créations ont été décidées et mises en œuvre dans le cadre de la conclusion de conventions tripartites passées entre l'établissement et ses financeurs (Etat et Département). Les renforcements de moyens étaient conditionnés à des engagements d'amélioration de l'organisation et de la qualité des prises en charge par l'établissement.

Les moyens alloués aux établissements au titre du soin l'ont été sur la base du niveau de dépendance constaté (mesuré par la grille AGGIR) parmi ses résidents.

Depuis 2007, un outil de mesure spécifique des besoins en soins des résidents est mis en place (outil PATHOS) qui permettra d'apprécier ceux-ci de manière plus adéquate. Il est prévu que l'installation du nouvel outil de mesure s'effectue au bénéfice systématique des établissements. Aussi, globalement, les moyens alloués aux établissements dans le cadre de leur dotation soins seront sensiblement renforcés.

La nouvelle estimation des besoins et les renforcements de moyens en soins seront mis en œuvre au gré des renouvellements de conventions tripartites qui interviendront à partir de 2008.

La qualité de la prise en charge sanitaire des personnes hébergées en EHPAD dépend également de la capacité de ce dernier à organiser le relais de prise en charge avec le secteur hospitalier ou ambulatoire lorsque c'est nécessaire.

Une convention type organisant les relations fonctionnelles souhaitables entre l'EHPAD et l'hôpital au sein d'une filière gériatrique complète a été établie par l'ARH. Sa déclinaison au niveau de chaque établissement sera garantie par l'effort et la vigilance conjoints de la DDASS et du Département.

Les difficultés de recrutement autour des métiers nouveaux du grand âge ont récemment justifié des initiatives en matière de communication (promotion du rôle de médecin coordonnateur) ou de formation (ouverture d'un diplôme universitaire d'infirmière coordonnatrice par la Faculté de Médecine de Lille).

Ces axes de travail sont développés dans la **fiche action n° 22 : « Améliorer la réponse aux besoins de soins en établissement »**

I Objectif 23 : la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles qui lui sont apparentés constitue un défi pour le système de soins, les dispositifs médico-sociaux et, avant tout, l'entourage de la personne malade.

L'ampleur et le caractère évolutif des troubles du comportement liés à cette pathologie dégénérative impliquent l'adaptation des réponses à tous les niveaux de la prise en charge de la maladie.

Les orientations retenues dans le cadre du schéma départemental visent à prolonger ou renforcer celles mises en œuvre dans le cadre du précédent schéma (unités Alzheimer, accueil de jour, hébergement temporaire) et à en développer de nouvelles (accueil de nuit, gardes itinérantes, ...) pour lesquelles la mise en œuvre du plan national « Alzheimer et maladies apparentées » constituera un levier privilégié d'action.

Le soutien aux aidants est une priorité dans la mesure où ce sont eux qui assument une part essentielle de l'aide aux malades. Les difficultés qu'ils doivent supporter sont particulièrement manifestes à trois moments principaux : l'annonce du diagnostic, l'organisation de l'aide lorsque la prise en charge est stabilisée et la gestion des crises. Afin de prévenir la solitude, l'épuisement ou la détérioration de l'état de santé de l'aidant, des mesures de soutien à leur égard doivent être prises dans les directions suivantes :

- *le développement et la diversification des structures de répit* : accueils de jour ou temporaires, transport. Ces solutions permettent d'offrir une prise en charge adaptée à l'état de la personne tout en permettant à l'aidant de continuer à fournir son aide dans des conditions acceptables.

- *le soutien psychologique et la formation apportés aux aidants* : la maladie d'Alzheimer est très éprouvante pour les proches du malade et ce d'autant plus que ceux-ci n'ont pas été formés. Un plan national de formation régulière des aidants est prévu. On considère que plus de la moitié des conjoints développent une dépression. Le soutien psychologique à travers une offre systématique de participation à des groupes de parole durant les périodes de répit est proposé.

Ces axes de travail sont développés dans la **fiche action n° 9 : « Soutien aux aidants »**

L'adaptation des plans d'aide aux besoins particuliers des malades est considérée nécessaire par les professionnels : la grille AGGIR ne suffit pas à une évaluation complète du besoin car ses items ne prennent pas en compte les différentes formes de démence, l'environnement du patient et le caractère évolutif de la maladie.

Un outil venant compléter l'outil existant permettrait d'affiner l'estimation des besoins et d'offrir des plans d'aide plus adaptés dans le cadre des plafonds financiers légaux. Cette démarche, à engager sur un mode expérimental, anticipe sur les évolutions à venir de l'APA dans le cadre de la convergence des dispositifs de compensation de la perte d'autonomie.

Cet axe est développé dans la **fiche action n°5 « L'évaluation APA, quelles évolutions ? »**

Le développement de l'hébergement adapté a été massivement recherché ces dernières années dans le département.

Offre de prise en charge des PA atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou apparentée)

Territoire	Hébergement permanent Alzheimer	Hébergement temporaire Alzheimer	Accueil de jour	Total des accueils Alzheimer	Taux d'équipement en accueil Alzheimer
Arrageois	115	6	25	146	10,20
Artois	118	2	46	166	7,20
Audomarois	85	2	28	115	13,69
Boulonnais	64	10	25	99	8,23
Calaisis	70	0	2	72	7,07
Hénin Carvin	104	4	9	117	12,95
Lens Liévin	261	7	37	305	15,40
Montreuillois	28	2	25	55	5,60
Ternois	92	16	11	119	21,13
Total départemental	937	49	208	1194	10,63

Les taux sont calculés sur la population âgée de 75 ans et plus, source Insee Projections Omphale, au 1^{er} janvier 2007

Toute création, extension ou transformation d'établissement (EHPAD) a donné lieu à une exigence de prise en compte des besoins spécifiques des malades Alzheimer tant sur le plan architectural qu'organisationnel.

Ces exigences seront maintenues et renforcées :

- toute construction nouvelle devra intégrer une ou plusieurs petites unités (12 à 15 personnes) qui soient un lieu à la fois d'hébergement et d'activité et répondant à tous les critères d'une unité de soins et d'activité adaptée. Plus largement, il sera proposé que tout nouveau projet soit envisagé sur un mode architectural modulaire, afin qu'en fonction de l'évolution du profil des personnes hébergées, l'adaptation des modalités de prise en charge puisse être envisagée sans travaux lourds supplémentaires.

- au sein de ces unités, l'organisation et le fonctionnement devront répondre à des obligations minimales recueillies dans un cahier des charges actuellement en cours de finalisation (travail commun Etat/ Département/réseau MEOTIS).

Ces orientations sont développées dans la **fiche action 14 « rattraper le niveau d'équipement en EHPAD »**.

La coordination des intervenants, enjeu central en matière gériatrique, l'est encore davantage dans le cas de la prise en charge de personnes malades Alzheimer. En effet, outre la spécificité de la maladie qui augmente le nombre d'acteurs potentiels (acteurs sanitaires spécialisés), son caractère évolutif et paroxystique induit la nécessité d'une coordination permanente des acteurs en vue de l'adaptation des réponses aux besoins.

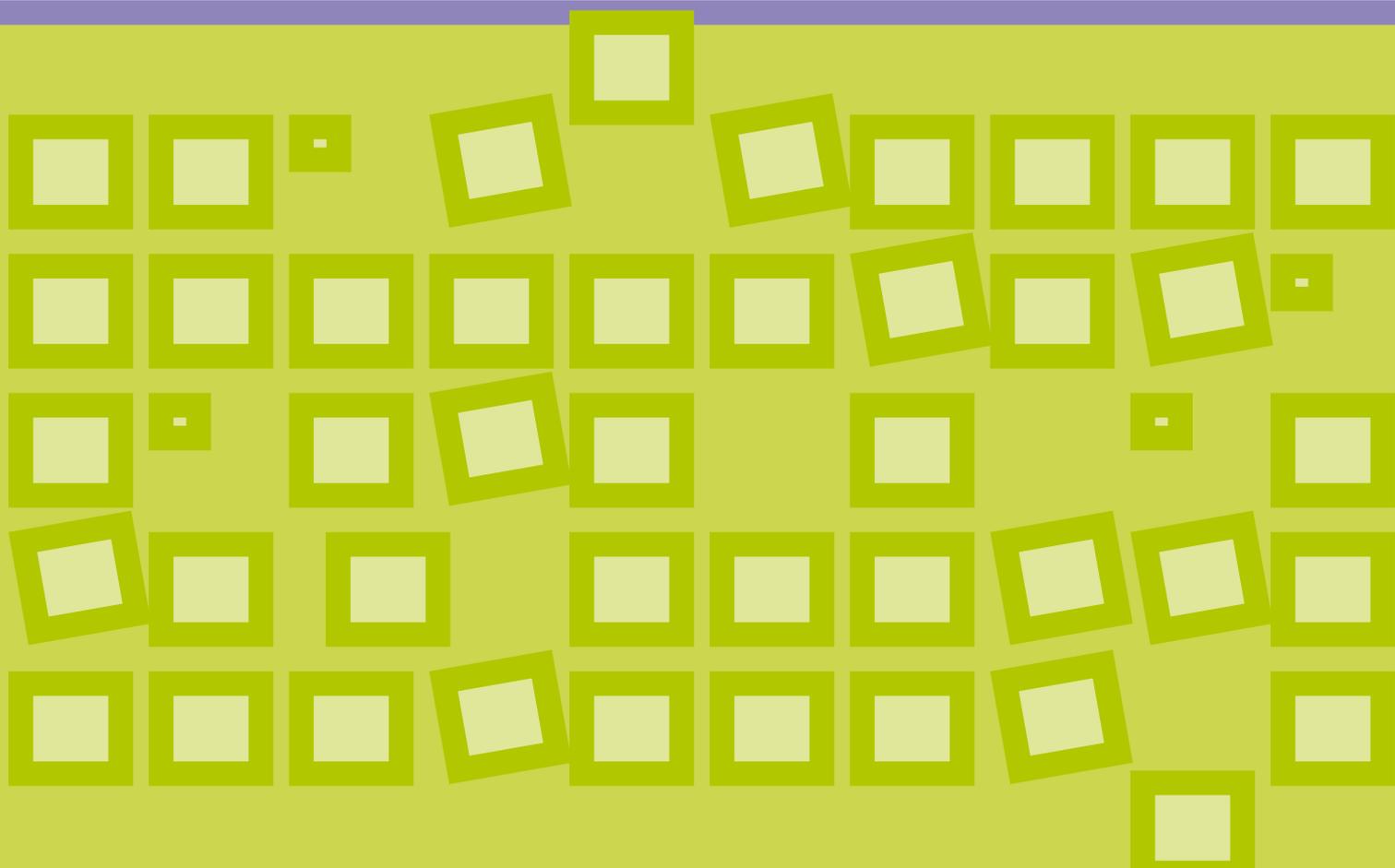
Le plan national Alzheimer offre, à cet égard, des perspectives intéressantes. La mise en place de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) et l'installation, dans ce cadre, de coordonnateurs « gestionnaires de cas » en sont les éléments principaux. Ces coordonnateurs auraient pour rôle exclusif d'être l'interlocuteur unique de l'entourage du patient et de coordonner, sur la longue période, l'ensemble des interventions sociales, médico-sociales et sanitaires le concernant.

Avec l'appui du réseau MEOTIS, qui structure depuis plusieurs années à l'échelle régionale la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies assimilées, le Département va pouvoir expérimenter cette MAIA sur un de ces territoires*.

Cette orientation est développée dans la **fiche action n° 28 « Expérimenter la labellisation des MAIA »**.

* Cf. appel à projet lancé par la CNSA en juillet 2008. 17 projets ont été retenus par la CNSA, dont celui du CLIC du Montreuillois.

ORIENTATION 5 : PROTÉGER LA PERSONNE ÂGÉE



Un engagement fort des acteurs départementaux en matière de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance

La maltraitance a longtemps été un phénomène sous estimé et tabou. Véritable atteinte aux droits fondamentaux de la personne, elle reste difficile à appréhender, tant par son ampleur que par la nature des violences qui la caractérisent, et ce qu'elle soit familiale ou institutionnelle.

I : La maltraitance : de quoi parlons-nous ?

Le Conseil de l'Europe (1987 - commission internationale « violence au sein de la famille ») en propose la **définition** suivante :

« Tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité physique ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et (ou) nuit à sa sécurité financière. »

Elle revêt différentes formes :

- **violences physiques** : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres...
- **violences psychiques ou morales** : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportement d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
- **violences matérielles ou financières** : vols, exigence de pourboires, escroqueries, locaux inadaptés...
- **violences médicales ou médicamenteuses** : manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...
- **négligences actives** : toutes formes de sévices, abus, abandon, manquements pratiqués avec la conscience de nuire...
- **négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage...
- **privation ou violation de droits** : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

Toute atteinte au **droit de vieillir dignement**, que la personne soit en perte d'autonomie ou pas, est susceptible de constituer un acte de maltraitance.

II : Une volonté politique forte à la hauteur de l'enjeu : garantir et préserver le bien-être et la dignité de nos aînés

Une politique nationale volontariste...

Prévention et lutte contre les maltraitements envers les adultes vulnérables ont fait l'objet de nombreuses initiatives des pouvoirs publics, dont les plus remarquables sont évoquées ci-dessous.

► En **janvier 2002**, le secrétariat d'Etat aux personnes âgées déclare la lutte contre la maltraitance de cette population « **cause nationale** », crée au sein de la Direction Générale des Affaires Sociales un bureau de la protection des personnes, et met en place un Comité National de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées (arrêté du 16 novembre 2002).

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale et ses décrets d'application formalisent les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux, au premier rang desquels « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité », ainsi que « le droit à une prise en charge et à un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion* . »

* Cf. section 2, des droits des usagers du secteur social et médico social - Art. L.311.3

Elle prévoit la mise en place de plusieurs outils destinés à garantir l'exercice effectif de ces droits ainsi que son contrôle (livret d'accueil, charte des droits et liberté, règlement de fonctionnement, contrat de séjour).

► **En mars 2007, le Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*** cible trois grands axes de travail en faveur des personnes qui vivent en établissement mais aussi à domicile. Leur mise en œuvre relève de la responsabilité des services de l'Etat et s'appuie sur la nécessaire mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés : DDASS, Conseils Généraux, ensemble des professionnels du secteur social et médico-social.

Vers des contrôles ciblés : Entre autres dispositions, la circulaire du 15 octobre 2008** relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle demande qu'une attention particulière soit portée à deux types d'établissements :

- les EHPAD présentant un GMP élevé,
- les établissements ayant un GMP supérieur à 300 non conventionnés.

Les 3 grands axes du plan Bientraitance

1. améliorer la procédure de signalement et la détection des situations de maltraitance :

- créer un numéro d'appel national unique pour les personnes âgées et les personnes handicapées avant fin 2009 : le 3977
- désigner un « référent maltraitance » dans chaque DDASS (date butoir : 16/04/2007)
- élaborer un protocole de signalement entre la DDASS et les établissements du département

2. renforcer l'efficacité et la fréquence des contrôles :

- contrôles réguliers et systématiques dans les établissements
- simplification des procédures et renforcement des pouvoirs du Préfet
- utilisation des pouvoirs de sanction

3. mettre en place une véritable politique de prévention et de promotion de la bientraitance :

- améliorer le repérage des risques de maltraitance et s'engager dans une démarche qualité dynamique : diffuser des recommandations de bonnes pratiques - mettre en place une démarche d'évaluation -(cf. loi 2002.2) - contrôle des embauches - accompagnement des personnels pour lutter efficacement contre le risque d'épuisement professionnel
- intégrer le concept de bientraitance dans l'organisation et la gestion des établissements : formation des directeurs, plan de formation du personnel, dispositions SAAD (avec cofinancement par section IV CNSA de formations à la prévention de la maltraitance) - projet d'établissement
- renforcer les partenariats : cf. circulaire 2002-280 du 3 mai 2002 qui a instauré un Comité Départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables (présidé par le Préfet et le Président du Conseil Général)
- démarches de planification : **les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale doivent prendre en compte systématiquement la prévention et la lutte contre la maltraitance**, en dressant le bilan des actions menées et en fixant des objectifs pluriannuels pour une meilleure protection des personnes vulnérables.

En abordant la maltraitance financière et le nécessaire renforcement de la protection juridique des personnes dépendantes, ce plan fait par ailleurs le lien avec **la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs**.

► **La réforme des tutelles** : un nouvel outil de lutte contre la maltraitance ...

La protection des majeurs est régie par deux textes*** dont l'inadaptation aux nouvelles données démographiques et sociales, doublée de l'exigence d'une protection de meilleure qualité, ont conduit le législateur à réformer la protection juridique des majeurs.

* Pour faire suite à sa communication de mai 2007 intitulée « Promouvoir la solidarité entre les générations », la Commission Européenne entend sensibiliser les différents acteurs et décideurs politiques de l'Europe entière sur les questions relatives aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Cf. conférence du 17 mars 2008 à Bruxelles, intitulée : « Protéger la dignité des personnes âgées – La prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes âgées ».

** Cf. circulaire DGAS / 2A/2008/XXX du 15 octobre 2008, d'application immédiate, relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées.

*** - la loi du 18 octobre 1966, instituant les mesures de tutelle aux prestations sociales (cf. Code de la Sécurité Sociale),
- la loi du 3 janvier 1968, organisant les mesures de sauvegarde de justice, de curatelle et de tutelle (cf. Code Civil).

Les mesures de protection des majeurs et mineurs émancipés :

Sauvegarde de justice : mesure temporaire et provisoire (2 mois + éventuellement 6 nouveaux mois) destinée à protéger immédiatement le patrimoine de la personne concernée par un risque de dilapidation et la conclusion d'actes qui seraient contraires à son intérêt. Le majeur sous sauvegarde de justice conserve ses droits politiques, civils et civiques.

Curatelle : mesure judiciaire permettant à une personne d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile par un curateur désigné par le juge des tutelles. La curatelle peut être selon l'état de la personne, allégée ou aggravée, et dans ce cas elle se rapproche d'une tutelle.

Tutelle : régime de protection d'une personne qui, en raison d'une altération de ses facultés personnelles, a besoin d'être représentée de façon continue dans tous les actes de la vie civile. Toutes les décisions concernant l'administration et la conservation de son patrimoine sont prises par le tuteur désigné par le juge des tutelles.

Mise en vigueur pour l'essentiel au 1^{er} janvier 2009, **la loi du 5 mars 2007** adapte le droit aux nouvelles données démographiques et sociales, en s'appuyant sur les principes fondamentaux qui structurent notre société dans son devoir de **protection des citoyens les plus fragiles**.

Les principaux apports de la loi :

- une meilleure prise en compte des souhaits et des choix des personnes : **création d'un mandat de protection future**. Toute personne peut prévoir les modalités de sa protection en désignant le tiers (proche ou professionnel) qui sera chargé de veiller sur ses intérêts en cas d'incapacité liée à un accident (coma prolongé ...) ou une maladie grave (type Alzheimer ...). Ce mandat s'appliquerait dès que l'altération des capacités est médicalement constatée, sans qu'un juge n'ait à intervenir. Les parents des enfants handicapés peuvent recourir à ce mandat. La délivrance du mandat est possible depuis la publication de la loi. Il ne prendra cependant effet qu'au 1^{er} janvier 2009, date d'entrée en vigueur de la loi.
- **l'ouverture d'un régime de protection juridique est conditionnée à la production d'un certificat médical**. Seule l'altération des facultés mentales pourra justifier la décision – la requête devra être accompagnée d'un certificat médical émanant d'un médecin inscrit sur une liste établie par le Procureur de la République.
- **la personne protégée et son entourage sont associés à l'exercice de la mesure de protection**. La personne est obligatoirement entendue lors de la procédure de mise sous tutelle. Les mesures prises devront être révisées tous les 5 ans. Les décisions en matière de santé et de logement seront prises par la personne concernée (dans la mesure de ses possibilités), le tuteur n'ayant sur ces sujets qu'un rôle d'information et d'aide. Les modalités de contrôle de l'exécution de la mesure de protection sont réorganisées et renforcées (comptes rendus obligatoires des actes et actions effectués pour le compte de la personne protégée).
- **affirmation du principe de la protection de la personne et non plus seulement de son patrimoine**. Les mandataires doivent s'assurer des conditions de vie, conserver le logement et les biens personnels aussi longtemps que possible - suppression des « comptes pivots » ouverts au nom des gérants ou associations de tutelle - maintien du droit de vote pour les majeurs sous tutelle...
- **application de règles communes de formation, de contrôle, d'évaluation et de rémunération des tuteurs et curateurs extérieurs à la famille** (mandataires judiciaires).
- **le Conseil Général devient acteur des mesures de protection*** : les tutelles aux prestations sociales sont supprimées et remplacées par la **mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)**.

C'est un contrat proposé par le Département à toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité sont menacées par les difficultés à gérer ses ressources.

En cas d'échec du contrat, le Président du Conseil Général peut demander une **mesure d'assistance judiciaire (MAJ)** ou une mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle).

La MAJ est prononcée par le juge des tutelles.

* Un groupe de travail, conduit par la Direction du Développement Social du Conseil Général, réfléchit au cadre et aux modalités d'intervention de ce dernier dans le dispositif MASP.

L'engagement du Pas-de-Calais dans la lutte contre la maltraitance...

Dès **1991**, le Conseil Général et la DDASS signent une convention qui définit la répartition des rôles et responsabilités de chacun, tant en matière de création et de tarification des établissements qu'en matière de contrôle. Cette convention constitue une **première étape dans le processus de gestion des plaintes**.

En **1998**, le Conseil Général produit un **référentiel à destination des directeurs d'établissement**, intitulé « La qualité de vie en établissement pour personnes âgées ». Annonceur de la démarche qualité qui sera mise en œuvre fin 1999 par la réforme de tarification (cf. décrets d'octobre 1999), ce document constitue un premier pas vers la culture de l'évaluation, indispensable à l'élaboration des conventions tripartites.

Très logiquement, le **deuxième schéma gérontologique 2000 – 2005 vise un PROCESSUS GLOBAL de QUALITE**. Le respect des droits et de l'intégrité de la personne âgée figure au rang de ses priorités. Le volet « agir contre la maltraitance » propose ainsi diverses actions : campagnes de communication, mise en place d'un service d'écoute, d'un dispositif conjoint DDASS / Département de gestion des plaintes en établissements, formation des professionnels intervenant auprès de publics âgés (en établissements mais aussi en milieu ouvert (travailleurs sociaux)).

De nombreux axes ont pu être développés :

- par les CLIC pour ce qui concerne le pilotage de réunions d'information, de groupes de travail, de création d'outils (cf. Lens-Liévin : guide « Bientraitance... Maltraitance des personnes âgées, quelques repères »),
- par les institutions : le dispositif de gestion des plaintes DDASS / CG est opérationnel depuis fin 2000
- intégration d'un volet « prévention de la maltraitance » dans les conventions tripartites - organisation d'une réunion d'information en mai 2005 en direction des établissements et services pour personnes âgées, à partir de laquelle ont été diffusés et valorisés des référentiels de bonnes pratiques, des actions de promotion de la bientraitance, tant à domicile qu'en établissement. Le service social de la CRAM Nord-Picardie a créé un guide destiné aux travailleurs sociaux intitulé « Maltraitements : identifier, agir, prévenir » et a produit une enquête pour quantifier et analyser la maltraitance à domicile,
- le PRIAC 2006 qualifie la création d'un service d'écoute départemental comme étant prioritaire.

Un outil essentiel : le protocole de traitement des plaintes DDASS / Conseil Général...

Opérationnel depuis fin 2000, actualisé en 2005, ce protocole organise le traitement de toute plainte :

- communication systématique de la plainte entre la DDASS et le Conseil Général,
- analyse conjointe pour définir le degré d'urgence et de gravité,
- définition conjointe des modalités de réponse
- en cas d'inspection, organisation et visite conjointe,
- co-signature du rapport par les représentants des deux institutions,
- instauration d'une procédure contradictoire : le gestionnaire dispose d'un droit de réponse sur les éléments inscrits dans le rapport.

Bilan sur le traitement des plaintes :

Entre janvier 2004 et mai 2005, 47 plaintes ont été enregistrées, dont 14 évoquaient la maltraitance. 8 de ces 14 plaintes évoquaient également un ou plusieurs autres motifs : attitude des professionnels, organisation de l'établissement ou du service, qualité de l'hébergement et gestion des ressources ou des biens de la personne. Au total, 5 cas de maltraitance ont été avérés et le procureur a été saisi à 7 reprises.

Les cas de maltraitements volontaires sont rares.

La signature d'une convention tripartite constitue un progrès. Au rang des principales améliorations, figurent :

- une meilleure adéquation des moyens à l'état de dépendance des résidents,
- l'engagement d'une réflexion de l'établissement sur ses pratiques,
- l'implication d'un médecin coordonnateur dans l'organisation des prises en charge,
- une meilleure visibilité des autorités de tutelle.

Un programme annuel d'inspections préventives des actes de maltraitance est établi par les services de l'Etat et du Conseil Général, notamment sur la base du suivi annuel des conventions tripartites.

Le processus de conventionnement tripartite* :

Les EHPAD du Pas-de-Calais sont engagés depuis 2001 dans une démarche qualité qui passe par la signature de conventions tripartites avec l'Etat, l'Assurance Maladie et le Conseil Général.

Ces conventions fixent les modalités d'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein de l'établissement, pour cinq ans.

⇒ voir présentation faite dans l'orientation 3 : Offrir un « chez-soi » adapté au degré d'autonomie de la personne - Objectif 3 « développer quantitativement et qualitativement l'offre en établissements.

III : Les axes de développement d' une politique départementale sensible au bien-être et à la dignité de nos aînés ...

« Protéger la personne et son cadre de vie » constitue le 1^{er} axe du **Projet Stratégique** bâti par le Conseil Général. Il vise « une qualité de vie optimale pour les habitants du Pas-de-Calais, du stade prénatal jusqu'à l'automne de leur vie ! ».

Conscients du défi majeur que constitue pour notre société la protection du bien-être et de la dignité de nos aînés, les services de l'Etat (DDASS) et le Conseil Général entendent poursuivre leur action en faveur du bien vivre des habitants du Pas-de-Calais, sans critère d'âge ni de condition.

L'accompagnement de la personne âgée, à domicile comme en établissement, trouve sa place au sein d'un dispositif que la DDASS et le Conseil Général développent conjointement dans le cadre du **Plan Départemental de la Bienveillance**.

Véritable clé de voûte du dispositif départemental de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bienveillance, ce plan départemental se propose de développer et promouvoir non seulement la bienveillance en établissement mais aussi à domicile, par l'accompagnement des personnels et de la personne âgée, dont le bien être est l'enjeu essentiel du schéma.

L'un des outils majeurs de ce Plan, la **cellule interinstitutionnelle de gestion des plaintes et des signalements est d'ores et déjà opérationnelle**.

Cette cellule s'est réunie pour la première fois le mercredi 26 mars 2008.

Elle vise trois objectifs :

- réduire le temps de transmission des informations entre les 2 institutions et donc le temps de traitement des plaintes,
- permettre d'apporter une réponse plus appropriée à la plainte,
- permettre d'établir une meilleure connaissance du problème de la maltraitance institutionnelle par un meilleur suivi des plaintes et l'élaboration de statistiques.

Le schéma vise la mise en œuvre de **3 objectifs** :

I Objectif 24 : Mise en place des outils du Plan Départemental de la bienveillance

1° - mettre en place le comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance

- Un dispositif de signalement a été présenté le 26 février 2008. Le protocole et ses annexes ont été mis en ligne sur le site de la D.D.A.S.S. et devrait l'être prochainement sur le site du Conseil Général.

- Le dispositif de mise en place du comité départemental est actuellement en négociation. Ce comité doit associer différentes institutions telles que la Gendarmerie, le Procureur de la République, les services du Préfet, la D.S.V., la D.D.T.E.F.P., ...

* Cf. décret du 26 avril 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

2° - mettre en place le médiateur - conciliateur prévu dans la loi 2002-2 pour les établissements

Après la cellule interinstitutionnelle de gestion des plaintes et le comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance, c'est le 3ème dispositif, en cours de constitution.

Ce dispositif devrait aider les personnes accueillies en établissement dans leurs démarches notamment auprès des directions d'établissements.

3° - examiner les conditions de mise en place d'une antenne ALMA dans le 62

Les modalités de mise en œuvre de ces outils sont précisées dans une seule **fiche action n°23 : « Mise en place des outils du Plan Départemental de la Bienveillance »**.

l Objectif 25 : Elaborer des procédures de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes concernant les personnes âgées vivant à domicile

Le contenu et les modalités de mise en œuvre de cet objectif sont développées dans la **fiche action n°24 : « Elaborer des procédures de recueil d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes concernant les personnes âgées vivant à domicile »**.

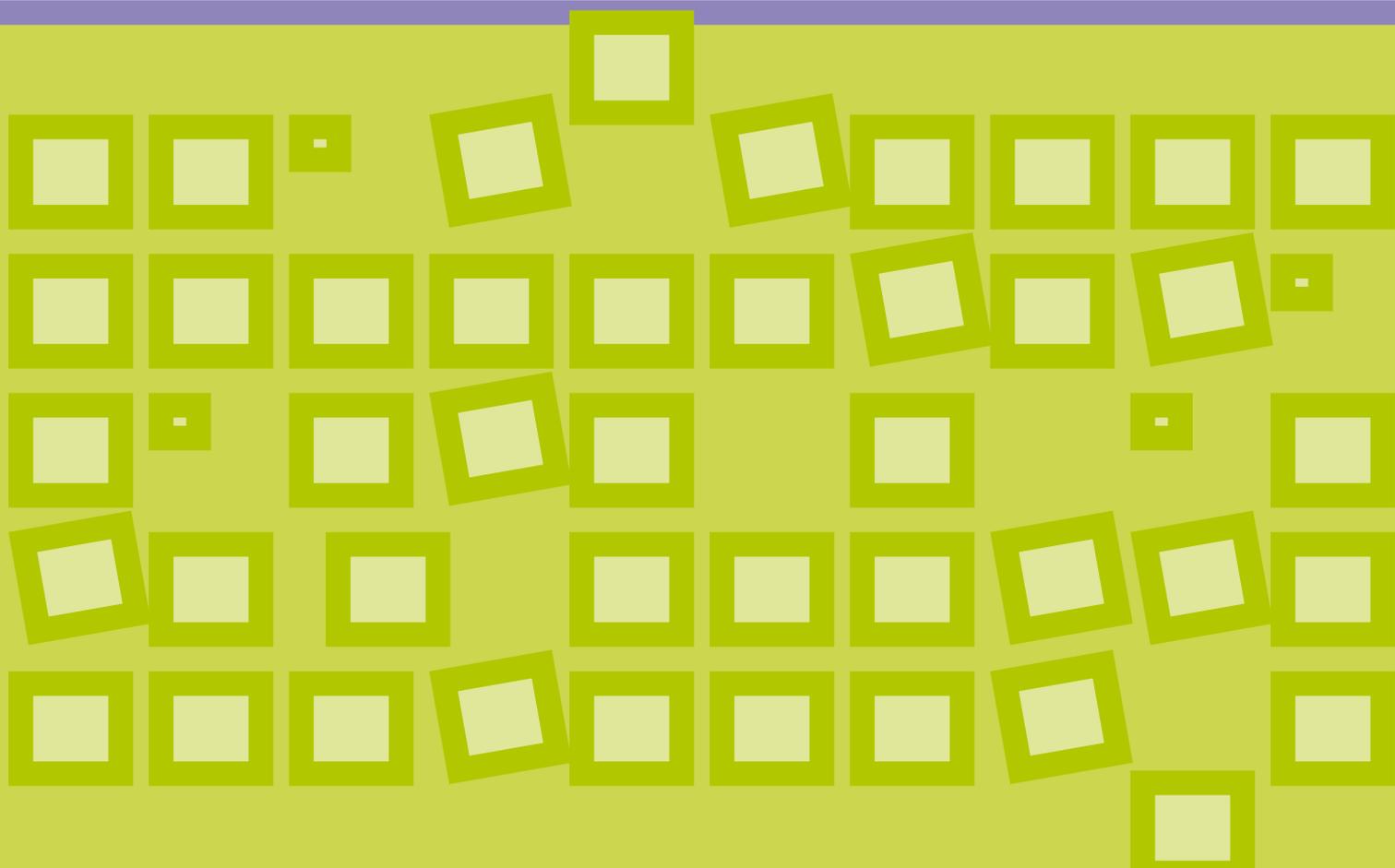
l Objectif 26 : Promouvoir la bienveillance par l'écoute et la communication

Le contenu et les modalités de mise en œuvre de cet objectif sont développées dans les **fiches action n°25 : «Accompagnement des personnels en établissements et services médico-sociaux »** (le principe : des personnels bien traités seront des personnels bien traitants.) et **n°26 : « Promouvoir l'écoute et la communication avec la personne âgée et son entourage, en établissement et à domicile »**.

Remarque : l'accueil d'urgence est traité dans la fiche action n°17 / Orientation 3 : « développer, soutenir et optimiser l'offre d'accueil de jour, d'hébergement temporaire dont l'accueil d'urgence»

ORIENTATION 6 :

ORGANISER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES



l Objectif 27 : Coordonner les dispositifs autour de la personne à l'échelle des territoires

La coordination gérontologique représente un double enjeu qui renvoie à deux définitions recouvrant des réalités clairement distinctes.

- Le premier niveau est celui de la **coordination institutionnelle** et de l'animation de la politique gérontologique. Ceci recouvre la coordination des projets de développement des établissements et services, de leurs projets institutionnels et l'organisation d'un cadre de concertation et de coopération. Cette coordination qui revêt un caractère stratégique fort, est quasiment inexistante sur les territoires.
- Le deuxième niveau est celui de la **coordination de la prise en charge individuelle autour de la personne âgée** : il s'agit à la fois de l'information / orientation des publics âgés et de leur famille, de l'animation des professionnels intervenants et de la gestion des cas individuels, missions pour lesquelles aujourd'hui le CLIC apparaît comme l'opérateur unique dans les zones rurales mais sur lesquelles les CCAS sont également présents dans les villes de moyenne et grande importance.

1) Une nécessaire coordination gérontologique :

Le secteur gérontologique se caractérise par la **diversité des acteurs et des institutions, des modes d'intervention multiples** (équipe médico-sociale, lieux d'information et d'écoute, animation gérontologique,...) et **des solutions d'accompagnement variées** (à domicile, en établissements et services médico-sociaux, en offres de service non institutionnel de type béguinage et autres résidences services).

Cette diversité nuit à la **lisibilité et à la cohérence de l'offre en direction des personnes âgées** :

- Des personnes âgées et leurs familles dont l'accès à l'information et à une écoute personnalisée en vue de trouver une réponse la plus adaptée à leur situation, reste à améliorer :

A l'échelle des territoires, les lieux d'information et/ou d'écoute de la personne âgée peuvent être nombreux : CLIC, Maison du Département Solidarité, CCAS,... Toutefois, il apparaît que des personnes âgées se trouvent dans des situations d'isolement ou ne font pas valoir leurs droits.

De plus, il n'existe pas encore de maillage complet et cohérent par territoire de ces différents lieux ressources pour personnes âgées.

La complexité des dispositifs en faveur des personnes âgées nécessiterait aussi, pour ces lieux d'information, un haut niveau de connaissances en matière notamment d'offres d'accompagnement et de prestations que tous n'ont pas pour garantir une réponse de qualité et ajustée à la demande. La question de la structuration des niveaux d'informations par territoire se pose.

- Des professionnels du champ gérontologique qui travaillent parfois de manière isolée sans véritable concertation avec les autres intervenants auprès de la personne.

- Des institutions (Etat, Caisses de retraites, CCAS, Département) mobilisant des moyens importants en faveur des personnes âgées mais dont l'articulation des politiques reste encore à parfaire.

La superposition des politiques vers un même public ou au contraire l'absence de réponse sur certains publics ou zones territoriales est une réalité.

Le caractère central de l'enjeu de la « coordination gérontologique » est perçu par l'ensemble des acteurs de la prise en charge gérontologique : institutions (Etat, ARH, CRAM, URCAM, Département) ; opérateurs (hôpitaux, médecins de ville, HAD, SSIAD, SAD, CLIC, équipes APA, services sociaux,) ou usagers (personnes âgées, familles, associations, élus).

Cependant, la coordination gérontologique, c'est-à-dire **la capacité des acteurs à collaborer concrètement pour une prise en charge globale et adaptée de la personne âgée**, est aujourd'hui un concept qui peine encore à imprégner et modifier les pratiques de terrain.

2) Un contexte favorable à la coordination gérontologique :

Le contexte est aujourd'hui favorable à un renforcement de la coopération inter-institutionnelle visant à donner corps au concept de coordination gérontologique dans le Pas-de-Calais :

- Etat, ARH, CRAM et Département du Pas-de-Calais entretiennent au quotidien, et ce depuis des années, des relations marquées par la coopération et la confiance ;
- L'ARH engage actuellement des démarches en vue de mettre en œuvre le volet gérontologique du SROS III (structuration territoriale des « filières gériatriques ») ;
- L'Etat, l'Assurance Maladie et le Département coopèrent en matière de prévention des risques du vieillissement à travers le PRSP ;
- Le Département a engagé la révision du schéma gérontologique en étroite concertation avec tous ses partenaires ;
- Les niveaux territoriaux d'intervention des différentes institutions sont compatibles : l'ARH intervient au niveau de la « zone de proximité » qui correspond aux 7 arrondissements, alors que le Département travaille sur 9 territoires (dont 5 correspondent globalement aux arrondissements, les deux autres en étant des subdivisions) ;
- ARH et Département ont placé au cœur de leur démarche l'enjeu de la coordination territoriale des acteurs : à partir de l'hôpital en direction du secteur médico-social et via les réseaux de soins gérontologiques pour l'ARH, à partir des CLIC pour le Département ;
- Les difficultés rencontrées aujourd'hui par l'ARH et l'URCAM pour développer des « réseaux de soins gérontologiques » invitent à inventer des modes de coopération alternatifs.
- Le département s'est engagé dans une démarche de contractualisation avec les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), permettant de recenser et d'acter les axes de coopération dont les actions en direction des publics âgés peuvent faire partie (logement, offre de service, information, observation,...).

3) La coordination des services à la personne âgée par et autour du CLIC

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré la responsabilité des CLIC aux Départements à compter du 1er Janvier 2005.

A ce jour, neuf CLIC existent dans le Pas-de-Calais, installés géographiquement sur les Territoires de l'Audomarois, l'Arrageois, l'Artois, le Boulonnais, le Calaisis, le Territoire d'Henin-Carvin, le Territoire de la Communauté de Communes de Lens-Liévin, le Ternois, le Montreuillois.

L'ouverture du CLIC du Montreuillois en avril 2008 achève le maillage de notre département.

La Commission Permanente du Conseil Général du 7 mai 2007 a entériné les orientations suivantes :

- **1 CLIC par territoire** avec une expérimentation d'un CLIC sous gestion départementale sur le Montreuillois,
- la désignation d'un ou plusieurs référents élus et techniciens pour participer aux instances de pilotage de chaque CLIC
- l'inscription du développement des missions des CLIC dans la **démarche de contractualisation avec les EPCI au travers de Contrats d'objectifs et de moyens**
- **l'élaboration d'un cahier des charges** reprenant les engagements liés aux missions de développement des réseaux avec l'ensemble des partenaires, les modalités de participation des élus et des techniciens aux instances de fonctionnement et enfin les moyens liés au fonctionnement
- **une contractualisation à 2 niveaux :**
 - interne à chaque territoire
 - départementale en associant les autres acteurs départementaux.
- **un pilotage départemental du dispositif CLIC.**

L'activité aujourd'hui développée par les CLIC dans le Pas de Calais correspond à ce que l'ancien classement en trois niveaux qualifierait de niveau 2 : fonction d'information du public, d'animation et de coordination des acteurs et, à la marge et dans la mesure des moyens disponibles, du traitement et du suivi de certaines situations individuelles. Les missions des CLIC sont fortement contraintes par les moyens dont ils disposent (2 ETP en moyenne : 1 coordonnateur et 1 secrétaire). De fait, il existe des réalités très variables d'un CLIC à l'autre sur le Département : leur niveau de partenariat avec leur environnement est varié et les missions sont remplies de manières différentes. De plus, la plupart des CLIC souffrent d'un isolement institutionnel, et sur certains territoires leur légitimité n'est pas avérée. Enfin, la mise en réseau des CLIC à l'échelle du département reste embryonnaire.

Le SROS III prévoit qu'à l'action des CLIC vienne s'adjoindre, dans un cadre coopératif, l'action de réseaux de soins gérontologiques dont la création est souhaitée sur chaque zone de proximité. Actuellement, 3 réseaux gérontologiques existent dans le Pas-de-Calais (St Pol, Lens et Hesdin) sans que l'extension de ce nombre soit considérée comme possible à court terme.

La redéfinition des missions et des moyens des CLIC permettra de mieux coordonner l'action des intervenants autour de la personne âgée, ce qui doit garantir une réponse plus adaptée à ses besoins, contribuant à améliorer sa qualité de vie et à soulager son entourage.

Dans le cadre des travaux du schéma départemental en faveur des personnes âgées a été imaginé un scénario de montée en charge des missions des CLIC. Le CLIC serait chargé de la coordination des interventions autour de cas particulièrement complexes permettant de répondre à un besoin unanimement reconnu : l'absence de cadre de traitement efficace des situations individuelles, dès lors que celles-ci nécessitent l'expertise et l'intervention d'acteurs multiples (intervenants sanitaires, médico-sociaux, sociaux, familles).

Afin de faire du CLIC un cadre de coopération véritablement pluri-institutionnel, en sus des financements départementaux existants, pourraient être mobilisées des ressources issues de l'hôpital, des intercommunalités ou des communes, de la CRAM.

Le CLIC pourrait alors devenir une véritable plateforme de coopération autour du cas individuel, à laquelle seraient rattachées les missions suivantes :

- information, écoute de la personne âgée et de son entourage (en partenariat notamment avec le réseau des CCAS)
- élaboration et suivi de plans d'accompagnement individuels pour les cas complexes (dénouer ces situations complexes en vue de les réinscrire rapidement dans les dispositifs de droit commun).

D'autres missions remplies aujourd'hui partiellement par les CLIC devront être réparties entre ceux-ci et les Maisons du Département Solidarité qui ont vocation à devenir les animateurs de la politique gérontologique de territoire :

- lieu ressource pour les professionnels (développement de programmes territoriaux de prévention, de formation, ...)
- contribution à l'observation des publics âgés, au diagnostic territorial et à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet gérontologique de territoire.

4) Les perspectives ouvertes par le Plan Alzheimer : la mise en œuvre de MAIA dans le Pas-de-Calais.

Le Plan Alzheimer rendu public au début du mois de février 2008, offre des perspectives nouvelles pour l'amélioration de la coordination gérontologique autour des cas individuels complexes.

En effet, le plan national entend expérimenter (dès 2008) et généraliser (dès 2010) un dispositif de coordination gérontologique des prises en charge, à destination des personnes malades d'Alzheimer dans un premier temps, et qui a vocation à concerner à terme l'ensemble des personnes en situation de dépendance.

Ce dispositif sera mis en œuvre autour de deux concepts nouveaux :

- la mise en place au niveau départemental d'une MAIA (Maison pour l'Intégration et l'Autonomie des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer) à partir des dispositifs existants : CLIC, MDPH, réseaux de soins. Sa fonction étant l'accueil, l'information et l'orientation et le soutien des malades et de leurs proches ;

- l'installation, dans le cadre de ces MAIA, de coordonnateurs, véritables gestionnaires de cas (concept anglo-saxon du « case manager »), dont l'unique mission sera de coordonner les interventions de tous les acteurs (sociaux, médico-sociaux, et sanitaires) en vue de répondre au mieux et de manière évolutive aux besoins de prise en charge des personnes âgées malades Alzheimer.

Le plan national étant chiffré et phasé de 2008 à 2012, ce sont 1000 coordonnateurs qui seront installés sur cette période (dont probablement entre 20 et 30 dans le Pas-de-Calais).

Les Départements seront responsables de la structuration de ces lieux uniques avec le soutien des Agences Régionales de Santé (A.R.S.).

C'est une réelle opportunité pour le Département, c'est pourquoi le Pas-de-Calais a pris rang pour être un Département pilote dans l'expérimentation des MAIA. Trois projets ont été déposés et le projet du territoire du Montreuillois figure parmi les 17 projets retenus par la CNSA sur le plan national.

Cette labellisation MAIA doit permettre d'aller plus loin dans le développement de l'accompagnement de la personne en perte d'autonomie : d'une part, mieux être identifié comme lieu privilégié d'accueil et d'écoute des situations complexes de personnes âgées, d'autre part, accroître ses compétences en coordination des intervenants (du médico-social et du sanitaire) autour de la personne âgée.

Ce travail de labellisation doit s'envisager en concertation étroite avec le réseau régional de la mémoire du Nord Pas-de-Calais MEOTIS.

Au-delà de la large réflexion engagée sur ce sujet, le Département du Pas-de-Calais a pu se prévaloir d'un certain nombre d' « atouts » pour prétendre au titre de territoire expérimental : une prévalence très précoce et forte de la dépendance, un réseau MEOTIS fortement structuré et reconnu, la mise en place en janvier 2008 à Lille d'un diplôme universitaire de gérontologie à destination principale des infirmiers qui pourrait constituer un vivier pour recruter les futurs coordonnateurs des MAIA.

5) Le Plan d'action à mettre en œuvre

Le scénario suivant peut être envisagé :

- signature d'une convention cadre avec nos partenaires dès le schéma adopté, permettant d'afficher des perspectives de développement de la coordination autour des situations individuelles des personnes âgées sur les territoires.

- engagement du Département du Pas-de-Calais, dès 2009, dans une expérimentation de mise en place de MAIA sur le territoire du Montreuillois.

- conclusion, en 2009, d'un contrat d'objectif et de moyens (COM) avec chacun des 9 CLIC sur la base d'un cahier des charges déclinant les missions de base d'un CLIC défini en concertation avec les principaux financeurs des CLIC.

- mise en place en 2009 d'une instance départementale de suivi de la coordination gérontologique (représentants des institutions partenaires et des CLIC).

L'objectif de **coordination des dispositifs autour de la personne à l'échelle des territoires** visé par ce nouveau schéma sera recherché au travers de la réalisation de deux fiches actions :

⇒ d'une part, « Améliorer le dispositif CLIC sur chaque territoire » (**fiche action 27**) :

A partir d'un **cahier des charges commun à l'ensemble des CLIC** permettant de stabiliser le socle des missions partagé par tous, le Département et les CLIC s'engagent sur un **Contrat d'Objectifs et de Moyens** propre à chacun.

Cette contractualisation garantira, à court ou moyen terme, sur tous les territoires, la mise en œuvre des missions des CLIC .

Le développement des missions CLIC sera facilité grâce à la **formalisation de leur mode d'intervention** (cahier des charges) et à un **accompagnement / suivi régulier de leur activité** (participations aux instances de pilotage du CLIC, contractualisation).

Le COM fera apparaître les objectifs à atteindre pour y répondre ; cela suppose qu'il y ait un diagnostic partagé de la situation de départ du CLIC et de l'écart par rapport à la situation à laquelle on veut arriver.

⇒ d'autre part, « Expérimenter la labellisation des MAIA dans le Pas-de-Calais » (**fiche action 28**).

Le département expérimentera la **labellisation MAIA sur le territoire du Montreuillois**. Cette expérimentation sur un territoire pourrait préfigurer un élargissement à l'ensemble des territoires à moyen terme.

I Objectif 28 : faire converger l'ensemble des dispositifs au service du maintien de l'autonomie (personnes handicapées, personnes âgées)

1) Etat des lieux : Vers une convergence des dispositifs PA /PH

L'organisation du système social français était jusqu'à récemment basé sur une approche particulariste des droits : accès à des prestations en fonction de son appartenance à un groupe ayant des droits particuliers. Grâce aux récentes lois portant sur les personnes âgées et personnes handicapées, la France a fait un pas en avant **vers une approche universaliste des droits sociaux** avec en perspective l'idée d'un citoyen universel sur un territoire relevant d'une collectivité publique.

Nous sommes passés du registre de l'allocation à celui de l'accompagnement de la personne dans son projet de vie, et donc à une réponse personnalisée adossée à des choix individuels ; cette vision nouvelle est commune aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Deux évolutions législatives récentes viennent renforcer ce principe de convergence. Le nouveau positionnement du Département comme chef de file de l'action sociale et donc des politiques en direction des personnes âgées et personnes handicapées sur son territoire (Loi du 13 août 2004) commence à se traduire par la construction partagée d'analyse des besoins et de construction de réponses communes aux deux publics. De plus, la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, dans son article 13, pose le principe de convergence, en annonçant la suppression de la barrières des âges pour les plus de 60 ans, afin de permettre l'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH) à partir de 2010*. Elle crée également un outil unique de suivi des deux thématiques, la Caisse Nationale de Soutien à l'Autonomie (C.N.S.A).

Les choix d'organisation et de gestion du Département du Pas-de-Calais tendent à cette convergence des dispositifs de soutien à l'autonomie : direction commune des services PA/PH, polyvalence des équipes médico-sociales qui interviennent dans l'évaluation des personnes pour l'attribution de l'A.P.A et de la P.C.H, tarification et futur conventionnement des services prestataires à domicile pour l'A.P.A et de la P.C.H sur les mêmes bases.

Le dossier de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ouvert dans le schéma départemental en faveur des adultes handicapés 2003-2008 fut un premier sujet de travail en commun entre les acteurs des deux politiques.

2) Pourquoi vouloir aller plus loin dans la convergence ?

Nonobstant des avancées récentes dans la convergence, des difficultés demeurent du fait de la superposition de deux dispositifs : un manque évident de lisibilité et d'accessibilité aux informations concernant les deux publics est perceptible sur les territoires et le cloisonnement des pratiques et des savoir-faire demeure entre les deux secteurs qui se connaissent peu.

C'est pourquoi **il est proposé d'accentuer la convergence entre les politiques et les dispositifs de soutien à l'autonomie durant toute la durée du schéma gérontologique**. Cet objectif a été érigé en principe de travail dès le démarrage des travaux de réécriture du schéma gérontologique. Il sera également repris dans le futur schéma départemental en faveur des personnes handicapées dont le chantier a été lancé en mai 2008.

Les raisons pour continuer à développer cette convergence des politiques sont multiples : Tout d'abord, faire naître **une nouvelle culture** tant dans les administrations que chez les prestataires de services en les faisant sortir d'une vision catégorielle des publics PA/PH pour aller vers une approche commune visant au soutien de l'autonomie, quelque soit l'origine de sa perte (handicap ou vieillesse). En effet, même s'il demeure des spécificités propres à l'accompagnement de ces deux publics, il existe des thèmes transversaux à traiter de manière commune : exercice de la citoyenneté, soutien au domicile, aide aux aidants, organisation des réponses sur les territoires, ... Ensuite, dans un contexte de finances publiques contraintes, il importe de **mutualiser les compétences et les moyens** investis dans ces deux politiques par les acteurs publics (Etat, Département, Caisses de Sécurité Sociale, E.P.C.I, C.C.A.S) afin d'en rationaliser les pratiques et d'en réduire les coûts. Enfin, à l'échelle du département mais également sur chacun de ses 9 territoires, afin de gagner en cohérence et en lisibilité pour les publics, il convient de **décloisonner les savoir-faire professionnels** et de **viser la mise en réseau des acteurs des deux secteurs**.

* Le scénario d'une prestation universelle de compensation mêlant handicap et dépendance semble toutefois à ce jour remis en cause. Il est plutôt évoqué « un droit universel à un plan personnalisé de compensation ». Le projet de loi sur la création du 5e risque qui devrait être déposé au cours du deuxième semestre 2008, donnera vraisemblablement des éclaircissements sur ses éléments de convergence.

Cet effort de convergence souhaité comporte toutefois plusieurs limites : l'évaluation des incapacités n'est pas commune aux personnes âgées et aux personnes handicapées et deux grilles d'évaluation coexistent (Grille A.P.A et grille P.C.H). La disparité de traitement entre les prestations financières accordées entre le public handicapé et le public âgé en défaveur de ce dernier pose un vrai problème. Ces questions devront trouver une réponse dans le cadre des discussions autour de la création du cinquième risque.

3) Les actions à mettre en œuvre

Trois actions visent à la convergence des dispositifs **au service du maintien de l'autonomie (Personnes handicapées, Personnes âgées) :**

Tout d'abord, **la mise en œuvre d'un réseau des lieux d'accueil, d'information et d'orientation des publics PA et PH (fiche action n°29)** . Cette action consiste à mettre en réseau les acteurs porteurs de lieux d'accueil, à travers un cahier des charges commun de l'accueil et de l'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées, de manière à offrir un service identique et de qualité à tous, quel que soit le point d'entrée dans le réseau. Cette mise en lien doit permettre d'améliorer la lisibilité et l'accessibilité pour le public des différents lieux et harmoniser les pratiques.

Ensuite, décloisonner les pratiques personnes âgées / personnes handicapées (fiche action n°30). Il s'agit d'une part de mettre en œuvre des échanges réciproques de savoir-faire et de pratiques en vue de préparer la convergence prévue en 2010, et d'autre part de développer des projets collectifs, des commissions de travail permanentes sur les sujets convergeants.

Enfin, **une observation des besoins et du suivi des réponses commune à la gérontologie et au handicap** sera engagée : base de données partagée sur les indicateurs de population, l'offre d'établissements et de services médico-sociaux, l'offre de logement adapté. Cette mesure est reprise dans la partie portant sur le pilotage du schéma.