

## OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1

### ORGANISER ET STRUCTURER UNE OFFRE MEDICO-SOCIALE DE PROXIMITE, ACCESSIBLE, ADAPTEE ET DIVERSIFIEE

#### OBJECTIF OPERATIONNEL N° 1-1

#### Réduire les inégalités entre territoires (départements et territoires infra-départementaux) pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux

#### Constats et enjeux

Les capacités de l'offre médico-sociale de la région Ile-de-France assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes sont en deçà du niveau national au regard des taux d'équipement, principalement pour ce qui concerne les EHPAD en hébergement complet (taux régional de 76 places pour mille personnes âgées de 75 ans et plus contre environ 90 au niveau national).

Malgré des efforts importants de création de places ces dernières années dans le cadre du PRIAC, cet écart n'a pas été réduit significativement et on peut donc considérer que la région Ile-de-France a encore besoin globalement de créer des places nouvelles pour répondre aux besoins, sachant que ceci dépendra des moyens nouveaux éventuels qui seront alloués par la CNSA.

L'offre existante en EHPAD (700 établissements et 60 000 places dont 4 000 financées ces trois dernières années) est inégalement répartie entre les départements avec un équipement moindre au centre de la région (Paris et petite couronne par rapport aux départements de grande couronne, ce qui ne garantit pas un égal accès de proximité, d'autant qu'au sein de chaque département, des écarts existent entre secteurs gérontologiques qui sont les territoires de proximité définis par les Conseils généraux. Outre l'accessibilité géographique avec une plus grande proximité à rechercher, la question est posée de l'accessibilité économique avec des difficultés qui vont croissant (écart accru entre tarifs et revenus des résidents).

Pour ce qui concerne les SSIAD (216 services et 16 000 places), la situation est plus homogène entre départements, la totalité des communes étant couverte par au moins un service. L'offre en accueil de jour et hébergement temporaire (2 500 places au total) est globalement insuffisante et inégalement répartie. Cette offre

L'hébergement complet en EHPAD constitue 77% de l'offre et les équipements soutenant le maintien à domicile (SSIAD, AJ, HT) 23%. alors qu'il est recommandé de disposer d'une part plus importante, 30% au minimum, 40% à plus long terme, pour les équipements soutenant le maintien à domicile.

Du côté des SAAD dont la création relève des Conseils généraux (autorisation) ou de la DIRECCTE (agrément qualité), il faut noter que ces services dont l'action est indispensable au maintien à domicile sont nombreux à être confrontés à de grandes difficultés conjoncturelles et structurelles (financement, solvabilisation des bénéficiaires, émiettement, prestations rendues, professionnalisation). Des réflexions sont en cours actuellement au niveau national (DGCS et députée chargée d'un rapport de mission). Au niveau régional, la DIRECCTE travaille actuellement à établir un état des lieux concernant les services agréés qui devrait être suivi d'un plan de développement et de structuration du secteur (ressources humaines et formation, etc.). Elle devrait procéder également au renouvellement des agréments qui arrivent à échéance pour la plupart, sur la base d'évaluations externes. Le secteur n'échappe pas au besoin d'innover et de s'adapter aux évolutions telles que l'affaiblissement des solidarités familiales et la multiplication des situations de rupture.

## Enjeux

S'agissant des EHPAD, il n'est pas certain que l'ARS dispose dans l'avenir des moyens pour accroître la capacité globale des EHPAD, et ceci malgré l'augmentation attendue des personnes âgées dépendantes, résultant d'un effet « vieillissement » quantitatif. Il faut prendre en compte les aspects qualitatifs comme l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées, l'âge d'entrée en dépendance et le niveau de cette dépendance, le choix de plus en plus fort en faveur du maintien à domicile avec des motivations diverses. Autre aspect, il faut améliorer la médicalisation des EHPAD mais en faisant attention de ne pas trop accentuer la dimension médicalisée au détriment de la dimension de lieu de vie. Il faut avant tout préserver et améliorer l'état du parc existant.

Les unités de soins de longue durée qui relèvent du secteur sanitaire, accueillent très majoritairement, elles aussi, des personnes âgées fortement dépendantes ayant besoin de soins plus importants. L'Île de France dispose de 5 300 places d'USLD inégalement répartie entre les départements, ce qui représente un taux d'équipement de 7 places pour mille personnes âgées de 75 ans et plus. Elles sont soumises aux mêmes règles de tarification que les EHPAD. Cela dit, il paraît difficile de mettre un signe égal entre EHPAD et USLD. Ces dernières ont vocation à accueillir en grande majorité, 60 à 70%, des personnes ayant besoin de soins médicaux et techniques importants (SMTI) et elles disposent à cet effet des personnels et des ressources médicales nécessaires tandis qu'il est préférable, pour les EHPAD de ne pas dépasser un certain pourcentage de résidents « SMTI » (plus ou moins 10 % selon la capacité de l'établissement). Il est donc important de conserver au niveau régional l'offre existante en USLD, avec, le cas échéant, un redéploiement entre territoires.

Le maintien à domicile doit être volontaire et ne pas être imposé pour des raisons de coût supporté par la personne accueillie en EHPAD, d'où l'attention à apporter à l'accessibilité économique, c'est-à-dire aux tarifs d'hébergement, dont la fixation relève bien entendu des conseils généraux mais dont l'ARS ne peut se désintéresser. La maîtrise du reste à charge en EHPAD est une question clé (1 500 à 2 200 € mensuels en moyenne face à un montant moyen de retraite de 1 400 €), ce qui induit souvent une participation des familles au financement de l'hébergement.

Dans la perspective d'accompagner l'évolution en faveur du maintien à domicile offrant à la fois une aide à la vie quotidienne et une prise en charge sanitaire, la priorité doit être donnée au renforcement des structures comme les SAAD et les SSIAD. L'offre libérale de proximité (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) à laquelle on peut ajouter les centres de santé et les centres de soins infirmiers, a aussi un rôle irremplaçable à jouer qu'il faut fortement souligner.

S'agissant des SAAD, il convient de contribuer non seulement à la préservation mais au renforcement d'un maillage territorial de services indispensables au maintien à domicile. En poursuivant la professionnalisation des personnels et en développant les démarches qualité et de certification, les démarches de prévention de la dépendance ainsi qu'en suscitant leur association, voire leur insertion, dans les dispositifs de coordination des parcours de soins.

S'agissant des SSIAD, il faut encore développer l'offre sur certains territoires et, pour l'ensemble des services, encourager et accompagner les nécessaires évolutions pour répondre de la façon la plus adéquate possible aux besoins. Une réforme de la tarification est en cours destinée à favoriser la prise en charge des cas les plus lourds en charge de soins, pour fluidifier les sorties des SSR et la complémentarité avec l'hospitalisation à domicile. Mais les SSIAD étant des services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes, il faut faire attention à ne pas aller vers une spécialisation excessive (exécution d'actes de soins lourds) au détriment de la prise en charge de certaines catégories de personnes fragilisées par leur âge et leur isolement, atteintes de poly-pathologies, avec des comportements liés à des addictions et l'absence d'aidant naturel.

L'accompagnement à domicile exige la présence de structures de répit, accueil de jour et hébergement temporaire, au service des personnes âgées et de leurs aidants familiaux (voir objectif opérationnel 1-2).

Leviers (Actions ó Recommandations)	N° action	Description des leviers	Catégorie de population	Liens inter schémas			Liens avec les partenaires
				Prév	Amb	Sanit	
<b>Améliorer la lisibilité et l'organisation des services intervenant à domicile SAAD</b>	<b>1-1-1</b>	<b>Améliorer</b> la connaissance des services implantés, les actions menées et leurs zones d'intervention et le partage des informations entre les différents acteurs (institutionnels d'abord et professionnels de terrain ensuite)	Personnes âgées (PA)				DIRECCTE Conseils généraux
	<b>1-1-2</b>	<b>Veiller</b> à une couverture territoriale équitable et encourager à l'implantation de services dans les zones non ou insuffisamment couvertes					
	<b>1-1-3</b>	<b>Améliorer</b> l'information des usagers (prestations, tarifs, etc.)					
	<b>1-1-4</b>	<b>Recenser</b> les initiatives innovantes : mode d'organisation et d'intervention (gardes de nuit), catégories particulières de population prises en charge comme par exemple les personnes les plus précarisées sur le plan de l'autonomie et des ressources, malades Alzheimer, patients en fin de vie					
	<b>1-1-5</b>	<b>Proposer</b> aux Conseils généraux et à la DIRECCTE de mener une réflexion commune sur le secteur (contrôle de la qualité, évaluation, spécificité éventuelle des SAAD autorisés, í )					
<b>Renforcer la couverture territoriale en SSIAD et améliorer la réponse apportée aux besoins</b>	<b>1-1-6</b>	<b>Développer</b> l'offre en places de SSIAD dans les zones les moins bien pourvues (cf. appels à projets) et adapter, le cas échéant, les aires d'intervention des SSIAD existants.	Personnes âgées dépendantes (PAD)				Conseils généraux
	<b>1-1-7</b>	<b>Favoriser</b> une évolution des modalités d'action des SSIAD pour une meilleure réponse aux besoins : amplitude des horaires d'intervention en soirée et les fins de semaine, organisation d'un dispositif de nuit sous forme d'une coopération entre SSIAD d'un territoire donné ou sous forme de SSIAD de nuit à créer.					
	<b>1-1-8</b>	<b>Promouvoir</b> les coopérations, les complémentarités et les mutualisations entre SAAD et SSIAD sous forme de SPASAD ou plus simplement au moyen de conventions de partenariat.					

	<b>1-1-9</b>	<b>Développer</b> les SSIAD « mixtes » pour personnes âgées et personnes handicapées avec des modalités d'action différenciées et adaptées auprès des PH				
<b>Adapter l'offre en EHPAD (hébergement complet)</b>	<b>1-1-10</b>	<b>Conforter</b> l'offre existante dans chaque département, au travers d'opérations de regroupement d'EHPAD, transfert d'autorisation, etc., permettant une rationalisation de l'offre et des redéploiements de capacités entre territoires d'action gérontologiques, au bénéfice des territoires les moins bien dotés	PAD			Conseils généraux Conseil régional pour l'aide à l'investissement
	<b>1-1-11</b>	<b>Analyser</b> régulièrement les flux des résidents en EHPAD entre départements afin de mesurer les mouvements existants et la proportion de personnes trouvant ou non une place dans leur département, et en faire un élément d'aide à la planification				
	<b>1-1-12</b>	<b>Promouvoir</b> le recours à des outils partagés au niveau départemental : dossiers d'admission en EHPAD, information sur les places disponibles auprès des CLIC				
	<b>1-1-13</b>	<b>Créer</b> des places nouvelles dans les territoires manifestement sous dotés, en fonction des ressources nouvelles allouées par la CNSA ou pouvant être redéployées dans le cadre de la dotation régionale et en tenant compte des indicateurs disponibles (flux des résidents entre départements, critères d'accessibilité économique, taux d'équipement, etc.)				
	<b>1-1-14</b>	<b>Encourager</b> et soutenir la rénovation des EHPAD n'offrant pas les conditions d'hébergement satisfaisantes (aide à l'investissement, sur la base notamment des enseignements de l'enquête sur le bâti, en cours de réalisation en 2011)				
<b>Maintenir l'offre existante en USLD</b>	<b>1-1-15</b>	<b>Conserver</b> les capacités existantes d'USLD en tenant compte des besoins de redéploiement entre départements et de rénovation	PAD			X
	<b>1-1-16</b>	<b>Préciser</b> la place des USLD dans le dispositif de prise en charge (filières gériatriques), de façon distincte des EHPAD				

<b>Améliorer l'accessibilité économique des EHPAD</b>	<b>1-1-17</b>	<b>Mesurer</b> le niveau et l'évolution des tarifs d'hébergement au moyen d'une enquête annuelle auprès des EHPAD (départements et secteurs gérontologiques, catégories juridiques)	PAD				Conseils généraux Conseil régional
	<b>1-1-18</b>	<b>Réaliser</b> une étude des pratiques relatives à l'aide sociale (totale, partielle, individuelle) des Conseils généraux, avec comme perspective éventuelle la définition de préconisations communes					
	<b>1-1-19</b>	<b>Prendre en compte</b> la dimension tarifaire en matière d'aides à l'investissement et lors d'appels à projets en vue de limiter le niveau des tarifs					
	<b>1-1-20</b>	<b>Mener</b> une concertation avec les Conseils généraux, le Conseil régional et les autres acteurs susceptibles de contribuer au financement des opérations d'investissement des EHPAD et mettre à jour régulièrement le guide des aides à l'investissement (exDRASSIF)					

### Indicateurs

### Calendrier de réalisation



document de travail

## OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1

### ORGANISER ET STRUCTURER UNE OFFRE MEDICO-SOCIALE DE PROXIMITE, ACCESSIBLE, ADAPTEE ET DIVERSIFIEE

#### OBJECTIF OPERATIONNEL N° 1-2

##### Diversifier l'offre et organiser les synergies entre domicile et établissement

### Constats et enjeux

Il est devenu indispensable de s'inscrire dans une logique de diversification de services et de prestations à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie ou malades ainsi qu'à leurs familles, pour faciliter leur choix dans le mode de prise en charge qui correspond à la fois à leur besoin de santé mais aussi au mode de vie qu'elles ont choisi.

Cet objectif passe la mise en place de modes d'accompagnement des personnes âgées, non plus centrés uniquement sur la vie en établissement, mais bien axés sur la vie à domicile, procurant également des temps de répit pour les aidants familiaux. Cela revient à développer des synergies entre les dispositifs d'accompagnement existants à domicile et en établissement, en abolissant les frontières du « tout institutionnel » et du « tout domicile ».

Ces dernières années, les capacités de structures de répit, accueil de jour et hébergement temporaire ont été accrues mais on constate des retards et des difficultés dans l'installation et la mise en œuvre effectives de ces places, ce qui se traduit souvent par une activité faible. Il n'en reste pas moins que l'accueil de jour et l'hébergement temporaire sont indispensables à la priorité que constitue le soutien à domicile.

Ce constat ne remet pas en cause la réalité des besoins et de la demande correspondante exprimée par les personnes âgées à domicile et leurs aidants familiaux. Il impose une révision des modes d'organisation et de fonctionnement de ces structures. Des premières mesures ont été décidées avec la détermination de capacités minimales (10 places pour un accueil de jour autonome, 6 places pour un accueil de jour adossé à un EHPAD), ce qui paraît encore trop faible.

Les dispositifs doivent par ailleurs davantage s'adapter aux besoins spécifiques des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, notamment de celles qui ont des troubles du comportement. Il faut à cet effet mettre en œuvre et suivre les mesures relevant du Plan Alzheimer.

Les EHPAD possèdent des ressources internes qui peuvent être utiles aux autres acteurs du territoire où ils sont situés et qu'il convient de repérer (ressources humaines, matérielles, équipements à partager, etc.). Les EHPAD peuvent être les lieux ressources pour les professionnels du maintien à domicile. Ils peuvent ouvrir certaines de leurs prestations aux personnes âgées vivant à domicile à proximité : restaurant, activités physiques, animations culturelles, création d'un espace de rencontre, d'un salon ouvert sur l'extérieur, accueil intergénérationnel, maintien et développement

d'un lien social, í Pour les personnels, l'ouverture peut offrir des opportunités positives : évolution vers des fonctions différentes ou nouvelles, variété plus grande des tâches, acquisition de nouvelles compétences, atténuation de l'usure professionnelle, création de certaines fonctions pour améliorer la complémentarité des prestations, formation des personnels à l'accompagnement (cf. recommandation de l'ANESM 2008 mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées)

Leviers (Actions ó Recommandations)		Description des leviers	Catégorie de population	Liens inter schémas			Liens avec les partenaires
				Prév	Amb	Sanit	
<b>Optimiser l'offre de structures de répit pour accompagner le maintien à domicile</b>	<b>1-2-1</b>	<b>Assurer la recomposition</b> de l'offre existante en places d'accueil de jour afin d'atteindre des seuils de capacités conséquents permettant d'élaborer un projet de vie et de soins spécifique aux malades Alzheimer, avec une équipe de professionnels dédiés et avec l'obligation d'apporter une attention particulière au problème des transports	PA atteinte de la maladie d'Alzheimer (PAMA)				
	<b>1-2-2</b>	<b>Veiller à garantir</b> une offre équitable sur l'ensemble de la région en accueil de jour en créant de nouvelles places dans les zones non ou peu pourvues					
	<b>1-2-3</b>	<b>Réfléchir</b> à des évolutions telles que l'accueil en alternance des personnes Alzheimer, non Alzheimer, Alzheimer jeunes et l'ouverture en nocturne et en fin de semaine					
	<b>1-2-4</b>	<b>Repenser et donner toute sa place</b> à l'hébergement temporaire en EHPAD, en déterminant les situations aux quelles ce mode d'accueil peut utilement répondre (capacités minimales, chambres dédiées à ce mode de prise en charge temporaire, conditions d'admission, réponse aux situations d'urgence, durée de séjour, taux d'occupation, í ) ; <b>prévoir</b> des					



	1-2-5	places en hébergement de nuit <b>Veiller à garantir</b> une offre équitable sur l'ensemble de la région en hébergement temporaire en créant de nouvelles places dans les zones non ou peu pourvues et en redéployant, si nécessaire, une partie de l'offre existante sous-employée					
<b>Développer les mesures plus spécifiques en direction des malades Alzheimer vivant à domicile</b>	1-2-5	<b>Veiller à assurer</b> une couverture homogène de l'intervention des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) des SSIAD sur l'ensemble du territoire francilien, de manière à ce que tout besoin exprimé puisse trouver une solution de prise en charge (cf. appel à projet auprès des SSIAD et SPASAD existants, pour la création de 59 nouvelles équipes spécialisées sur la région 2011-2012)	PAMA	X	X		
	1-2-6	<b>Communiquer</b> sur l'action menée par les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) à domicile auprès des professionnels de santé (notamment les médecins prescripteurs) et des familles (par l'intermédiaire des CLIC et autres lieux d'information)					
<b>Développer les mesures plus spécifiques en direction des malades Alzheimer ayant des troubles du comportement</b>	1-2-7	<b>Procéder à la labellisation</b> et au suivi de 250 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) au sein des EHPAD afin de diminuer les troubles du comportement des malades Alzheimer	PAMA				Conseils généraux
	1-2-8	<b>Soutenir la création</b> de PASA au sein des EHPAD par le biais d'une aide financière à l'investissement, afin de limiter l'impact du coût des travaux sur le tarif hébergement à la charge de l'utilisateur					
	1-2-9	<b>Procéder à la labellisation</b> et au suivi de 50 unités d'hébergement renforcé (UHR) au sein des				X	

		EHPAD et des USLD pour améliorer la prise en charges des malades Alzheimer avec des troubles du comportement sévères					
	<b>1-2-10</b>	<b>Soutenir la création</b> d'UHR au sein des USLD par le biais d'une aide financière à l'investissement					
	<b>1-2-11</b>	<b>Veiller à la bonne articulation</b> entre les unités cognitivo-comportementales (UCC) relevant des SSR des établissements sanitaires et les structures UHR en EHPAD et AJ					
<b>Développer une offre spécialisée d'accompagnement des malades Alzheimer jeunes</b>	<b>1-2-12</b>	<b>Créer</b> des places en établissement pour accueillir à temps complet des malades Alzheimer de moins de 60 ans (structures PA et/ou PH)	PAMA				
	<b>1-2-13</b>	<b>Assurer</b> un accompagnement adapté aux besoins spécifiques de ces malades jeunes					
<b>Encourager la création de dispositifs et structures innovantes</b>	<b>1-2-14</b>	<b>Recenser</b> les expérimentations en cours sur le territoire national en matière de prise en charge innovante	PAD		X	X	
	<b>1-2-15</b>	<b>Lancer</b> des appels à projets régionaux pour des structures innovantes			X	X	

<b>Ouvrir les EHPAD sur leur environnement et favoriser leur concours à l'accompagnement à domicile</b>	<b>1-2-16</b>	<b>Encourager</b> les EHPAD à devenir un appui aux services d'aide à domicile et d'accompagnement des personnes âgées qui leur sont proches géographiquement : mise à disposition de compétences, d'installations et d'équipements, participation à la formation des aidants familiaux, etc.	PAD				Conseils généraux
	<b>1-2-17</b>	<b>Permettre</b> aux EHPAD d'être offreur de services et d'activités pour des personnes âgées non résidentes (restauration, activités de loisirs, etc.)					
	<b>1-2-18</b>	<b>Inciter</b> les EHPAD avec un accueil de jour de dix places ou plus à être porteurs de plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants de malades Alzheimer					
	<b>1-2-19</b>	<b>Associer</b> les EHPAD à la diffusion des actions de prévention de la perte d'autonomie et de promotion de la santé dans leur environnement					
	<b>1-2-20</b>	<b>Organiser</b> les relations entre EHPAD et les logements-foyers et autres formules d'habitat intermédiaire pour préparer d'éventuelles entrées de personnes devenues dépendantes en EHPAD					

## Indicateurs

## Calendrier de réalisation

## OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1

### ORGANISER ET STRUCTURER UNE OFFRE MEDICO-SOCIALE DE PROXIMITE, ACCESSIBLE, ADAPTEE ET DIVERSIFIEE

#### OBJECTIF OPERATIONNEL N° 1-3

#### **Prendre en compte de façon coordonnée les problématiques du logement, de l'habitat et du déplacement pour rendre possible et plus facile la vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie**

##### Constats et enjeux

Le cadre de vie (habitat et transport, accès aux services, ...) constitue un facteur majeur pour permettre ou pas le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans des conditions favorables. Or, il est établi que les politiques d'aménagement urbain et d'habitat ne prennent pas pleinement en compte les problématiques du vieillissement et de la perte d'autonomie. Le cloisonnement des politiques publiques entre habitat et action médico-sociale (Conseils généraux et ARS) est bien réel et il est devenu indispensable d'agir pour y remédier, si on veut véritablement créer les conditions d'un véritable maintien à domicile.

La notion de parcours résidentiel est à prendre en considération avec une mobilité résidentielle se traduisant par exemple par des départs en province au moment de la retraite (définitive ou saisonnière) et aussi une mobilité de contrainte pouvant apparaître à certains moments comme le décès du conjoint ou de l'apparition de difficultés d'autonomie et amenant les personnes concernées à chercher à changer de domicile (logement plus petit, rapprochement de la famille, accès à des services de proximité et aux transports). Le statut de l'occupant du logement (propriétaire, locataire du parc social, locataire du parc privé) et le niveau de ses revenus ont une incidence évidente sur les parcours résidentiels.

La vie à domicile des personnes vieillissantes n'est possible que dans la mesure où leur logement ne constitue pas une difficulté face aux premiers signes de perte d'autonomie et de mobilité. Disposer d'un logement adapté à sa situation devient une condition substantielle pour maintenir une bonne qualité de vie de la personne âgée à son domicile et contribue à prévenir les risques d'accidents domestiques et plus largement d'isolement pouvant la faire basculer dans la dépendance.

La capacité à se déplacer dans un environnement extérieur proche contribue également à maintenir le lien social des personnes âgées en perte d'autonomie et à lutter contre leur isolement. Le facteur déplacement et transport est donc tout aussi important à prendre en compte.

Entre habitat individuel et hébergement collectif médicalisé, il existe une offre intermédiaire qu'il convient de ne pas négliger et qui présente un intérêt certain pour les personnes âgées, y compris après 75 ans qui demeurent autonomes ou en perte d'autonomie légère ou modérée et qui ne souhaitent pas rester isolées tout en conservant un domicile personnel et l'autonomie de vie qui s'y attache. Ainsi, occupant une place importante dans l'offre d'habitat pour personnes âgées autonomes, les logements-foyers sont appelés à perdurer à condition de se moderniser et d'améliorer leurs prestations.

Ce sont des alternatives pour proposer une solution à un problème de parcours résidentiel pour une personne donnée. De plus, ces lieux de vie semi-collectifs peuvent faciliter la mise en œuvre d'actions pour l'amélioration de la vie sociale et la prévention de la perte d'autonomie.

Le SROMS donne l'occasion à l'ARS de proposer des actions sur plusieurs aspects : l'adaptation des logements existants, la diversification et le développement d'une offre de logements intermédiaires, l'organisation d'une véritable concertation entre tous les décideurs et acteurs engagés dans les politiques de l'habitat et du secteur médico-social.

Leviers (Actions ó Recommandations)	N° action	Description des leviers	Catégorie de population	Liens inter schémas			Liens avec les partenaires
				Prév	Amb	Sanit	
<b>Adapter le logement à la situation des personnes âgées en perte d'autonomie afin de le rendre plus sécurisant et plus fonctionnel</b>	<b>1-3-1</b>	<b>Recenser</b> les aides existantes pour l'adaptation des logements individuels	PA				Conseils généraux Collectivités territoriales DRHIL PACT
	<b>1-3-2</b>	<b>Organiser</b> conjointement la mobilisation de toutes les instances pouvant informer et conseiller les personnes âgées CLIC, ADIL, CCAS,í					
	<b>1-3-3</b>	<b>Sensibiliser</b> les bailleurs sociaux constructeurs de logements sociaux destinés aux retraités aux problématiques des personnes âgées en perte d'autonomie					
	<b>1-3-4</b>	<b>Favoriser</b> le recours à la domotique et à l'usage des technologies de la communication					
<b>Contribuer à la promotion d'une offre alternative et diversifiée de logements pour favoriser des parcours résidentiels</b>	<b>1-3-5</b>	<b>Soutenir</b> le maintien, la modernisation, voire l'essor, du parc des logements-foyers, MARPA et autres maisons de retraite non médicalisés en veillant au soutien que peut leur apporter le secteur médico-social (SSIAD, EHPAD,í )	PA				Conseils généraux
	<b>1-3-6</b>	<b>Recenser</b> les autres formes d'habitat présentes dans la région : petites résidences locatives « seniors », domiciles collectifs, résidences services du secteur lucratif, logement intergénérationnel, autres					

	<b>1-3-7</b>	<b>Procéder</b> à l'analyse de ces formes d'habitat (création, territoire, organisme porteur, fonctionnement, financement, ...) pour en tirer des enseignements concernant leur besoin d'accompagnement médico-social					
<b>Organiser la concertation entre les responsables des politiques de l'habitat et du logement et l'ARS</b>	<b>1-3-8</b>	<b>Etablir</b> un état des lieux des actions en faveur des personnes âgées figurant dans les différents plans et programmes comme les plans départementaux de l'habitat (PDH), les plans locaux d'urbanisme (PLU) intégrant le vieillissement dans leur partie diagnostic et orientations et les plans locaux de l'habitat (PLH) des communes et intercommunalités)	PA				Conseils généraux DRIHL
	<b>1-3-9</b>	<b>Mettre en œuvre</b> la mise en place d'une concertation pérenne de l'ensemble des acteurs concernés pour une approche partagée des problématiques du vieillissement et de la perte d'autonomie et de l'action médico-sociale dans les politiques territoriales de l'habitat et du logement à chacun des niveaux territoriaux, régional, départemental et local					
	<b>1-3-10</b>	<b>Solliciter</b> la consultation de l'ARS sur les plans et programmes territoriaux et instaurer un lien avec les bailleurs sociaux avec l'appui de la DRIHL					
<b>Faciliter les déplacements des personnes âgées dans leur environnement extérieur afin de maintenir le lien social</b>	<b>1-3-11</b>	<b>Faire</b> de la problématique des déplacements (accessibilité et transports collectifs ou adaptés) des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur environnement immédiat un sujet de réflexion et d'action au niveau régional	PA				Conseil régional STIF Conseils généraux Collectivités locales
	<b>1-3-12</b>	<b>Recenser et soutenir</b> les actions menées par les départements et les communes pour aider les personnes âgées à se déplacer (transport, accompagnement)					

**Indicateurs**

**Calendrier de réalisation**

**OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1**

**ORGANISER ET STRUCTURER UNE OFFRE MEDICO-SOCIALE DE PROXIMITE, ACCESSIBLE, ADAPTEE ET DIVERSIFIEE**

**OBJECTIF OPERATIONNEL N° 1-4**

**Prendre en compte les spécificités de certaines catégories de populations**

**Constats et enjeux**

Île-de-France comprend un nombre important de personnes en situation de fragilité et/ou de précarité dont il faut prendre en compte les spécificités et à ce titre, prévoir des actions adaptées venant compléter les actions relevant du droit commun. Il en est ainsi des personnes âgées issues de l'immigration et des personnes âgées en grande précarité.

Des liens sont à établir entre SROMS et autres documents de planification comme le PRAPS (ARS) et le PRIPI (DRJSCS).

Il convient également de porter une attention particulière aux personnes détenues et sortant de prison pour lesquelles un volet du schéma relatif à l'offre de soins est prévu.

Leviers (Actions ó Recommandations)	N° action	Description des leviers	Catégorie de populatio n	Liens inter schémas			Liens avec les partenaires
				Prév	Amb	Sanit	
Les migrants âgés	1-4-1	Améliorer la connaissance des besoins de ces populations		X	X		Conseils généraux DRJSCS (PRIPI) DRIHL
	1-4-2	Développer les mesures de soutien à la vie à domicile (lutte contre l'isolement, maintien du lien social, accompagnement à l'accès aux droits,í )					
	1-4-3	Créer ou adapter des structures d'hébergement existantes en formant les personnels pour un accompagnement adapté					
Les aînés en situation de grande	1-4-4	Améliorer la connaissance des besoins de ces populations		X	X	X	

<b>précarité</b>		(besoins relatifs au logement et à un accompagnement médico-social ou autre (cf. PRAPS))					
	<b>1-4-5</b>	Veiller à assurer le lien entre dispositif chargé des urgences sociales et dispositif médico-social					
	<b>1-4-6</b>	Développer les mesures de soutien à la vie à domicile (quand il y a domicile)					
	<b>1-4-7</b>	Créer ou adapter des structures d'hébergement existantes en formant les personnels pour un accompagnement adapté					
<b>Les personnes détenues et sortant de prison</b>	<b>1-4-8</b>	<p>Un volet thématique du schéma régional de l'organisation des soins est en cours d'élaboration avec une fiche action sur la prise en charge médico-sociale de ces personnes</p> <p>Il semble préférable de dissocier les détenus et les personnes sortant de prison</p> <p>Les mêmes items sont à traiter : connaissance des besoins, hébergement collectif et, pour les sortants de prison, accompagnement dans l'hypothèse d'un parcours vers un domicile individuel</p>				X	

## Indicateurs

### Calendrier de réalisation





## OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2

### AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT POUR GARANTIR L'ADEQUATION DU PARCOURS DE VIE ET DE SOINS AUX BESOINS DES PERSONNES

#### OBJECTIF OPERATIONNEL N° 2-1

#### Mener une politique d'accès aux dispositifs de soins de premier recours et de prévention de la perte d'autonomie

##### Constats et enjeux

Les personnes âgées constituent une part importante des patients pris en charge par les professionnels de santé libéraux. La priorité donnée à l'objectif de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ne peut prendre tout son sens et porter ses effets qu'avec le concours effectif des professionnels de santé libéraux, médecins généralistes et spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes et/ou à des structures alternatives comme les centres de santé et les centres de soins infirmiers.

Il résulte de la diminution qui va accentuer du nombre de médecins libéraux une dégradation de leurs conditions d'exercice, notamment dans leur action auprès des patients âgés poly-pathologiques. Il faut rechercher les moyens de soutenir ces médecins généralistes dans leur activité de soins de premier recours. L'enjeu est d'améliorer le soin des malades âgés poly-pathologiques et dépendants pour permettre leur maintien à domicile dans de bonnes conditions de prise en charge et pour éviter, ainsi, un recours inadapté à l'hospitalisation.

La prévention de la perte d'autonomie doit être une préoccupation tout au long de la vie et être renforcée au grand âge.

La perte d'autonomie des personnes âgées résulte d'une déficience liée à une ou plusieurs pathologies et en même temps de la dynamique positive ou négative entre cette déficience et l'environnement qui peut la réduire ou la compenser. La prévention de la dépendance ne peut se limiter à la réponse apportée en termes de soins médicaux même si les médecins généralistes et les autres professionnels de santé ont un rôle majeur à jouer en matière de prévention. La prévention de la dépendance comporte deux autres dimensions, sociale et environnementale. L'isolement social constitue sans conteste un facteur de fragilité et de vulnérabilité et, par conséquent, un risque de perte d'autonomie.

La multiplicité des acteurs et des financeurs (caisses de retraite, départements, assurance maladie, ARS, ...) ne facilite pas la mise en place d'actions transversales et globales de prévention au service d'une prise en compte globale du vieillissement dans les politiques publiques. Il faut donc mener des actions de prévention diversifiées et complémentaires aussi bien pour les personnes âgées à domicile que pour celles accueillies en établissement.

Dans les EHPAD, il convient également de mettre en place des mesures de prévention dans plusieurs domaines qui touchent à la qualité des soins et de la prise en charge : nutrition, santé bucco-dentaire, risques infectieux,í

Leviers (Actions ó Recommendations)		Description des leviers	Catégorie de population	Liens inter schémas			Liens avec les partenaires
				Prév	Amb	Sanit	
<b>Favoriser l'accès à l'offre de santé de premier recours de droit commun</b>	<b>2-1-1</b>	<b>Permettre</b> que chaque personne âgée puisse disposer d'un médecin traitant, professionnel indispensable dans l'organisation et le suivi du parcours de soin de la personne âgée	PA				URPS
	<b>2-1-2</b>	<b>Mieux informer et former</b> les étudiants en médecine et les médecins aux problématiques du vieillissement et de la gériatrie (à domicile et en établissement)			X		
	<b>2-1-3</b>	<b>Favoriser</b> la participation des paramédicaux libéraux et des pharmaciens à l'offre de premier recours					
	<b>2-1-4</b>	<b>Solliciter</b> plus particulièrement les centres de santé et les autres structures d'exercice collectif (cabinets de groupe,í )					
	<b>2.1-5</b>	<b>Soutenir</b> des expérimentations : exemple des maisons de santé gériatriques, plates-formes pour les malades chroniques complexes avec une organisation des activités de soins visant à améliorer la prise en charge et à soutenir les médecins généralistes en exercice en épargnant le temps médical  Les réseaux gériatriques et les MAIA sont aussi en mesure de contribuer à la prise en charge des cas complexes					

<b>Mener des actions de prévention pour les personnes âgées vivant à domicile pour maintenir leur autonomie le plus longtemps possible</b>	<b>2-1-6</b>	<b>Prévenir et lutter contre l'isolement social</b> - en s'appuyant sur le réseau des services locaux tels que portage de repas, services de téléalarme, clubs du 3 <sup>ème</sup> âge, foyers restaurants, sorties, visites à domicile, etc. - en s'appuyant aussi sur les associations locales, les acteurs de santé, les acteurs de la vie sociale et les associations locales, pour ce qui concerne notamment le repérage des situations d'isolement - en favorisant leur participation à la vie sociale et culturelle, avec des activités de rencontre et de loisirs , en promouvant la solidarité intergénérationnelle (cf. plan Bien vieillir)	PA	X		Conseils généraux CNAV-IDF CRAMIF Autre opérateurs et financeurs  Conseils généraux Collectivités territoriales
	<b>2-1-7</b>	<b>Recenser</b> les multiples actions menées par les acteurs institutionnels et autres ainsi que les outils existants (cf. kit de formation de l'INPES pour les aides à domicile)		X		
	<b>2-1-8</b>	<b>Entreprendre de réunir</b> les organismes menant des programmes de prévention de la perte d'autonomie en vue de coordonner leurs actions au niveau régional et dans les territoires		X		
	<b>2-1-9</b>	<b>Sensibiliser</b> et former les acteurs de santé et sociaux intervenant à domicile aux problématiques du vieillissement et à la prévention de la perte d'autonomie : - repérage des risques : situations de fragilisation et points de vulnérabilité - information des personnes (accès aux droits, à la prévention, à la santé) - accompagnement des personnes (activité physique, alimentation, etc.)		X		
	<b>2-1-10</b>	<b>Poursuivre</b> les actions de prévention menées dans le cadre du plan national Bien vieillir (un nouveau plan est prévu) et <b>mobiliser</b> les acteurs de santé et sociaux sur les orientations et actions retenues par le schéma régional de prévention concernant les seniors : hygiène de vie pour préserver son capital santé, activité physique, nutrition, santé bucco-dentaire, prévention des chutes				

	<p><b>2-1-11</b> Promouvoir les pratiques cliniques préventives</p> <p><b>2-1-12</b> Prévoir des actions de prévention et de promotion de la santé ciblées en faveur des populations socialement fragiles</p> <p><b>2-1-13</b> Prévoir des actions de prévention et de promotion de la santé ciblées en faveur des aidants non professionnels</p> <p><b>2-1-14</b> Inscrire des actions de prévention en faveur des personnes âgées dans les contrats locaux de santé et dans des contrats locaux sur le thème « Bien vieillir »</p>					
--	--	--	--	--	--	--

document de travail

<b>Mener des actions de prévention au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes</b>	<b>2-1-14</b>	<b>Actions de prévention dans le domaine de la nutrition</b>  Poursuivre les actions relatives à l'aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée notamment dans le cadre du programme des actions relevant de la gestion du risque GDR)		X		X	CIRE CCLIN
	<b>2-1-15</b>	<b>Actions de prévention en santé bucco dentaire</b> (cf. plan régional en cours d'élaboration)				X	
	<b>2-1-16</b>	<b>Actions de prévention des risques infectieux :</b> - veiller à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections associées aux soins dans les EHPAD et à la diffusion des recommandations professionnelles sur la prévention des infections en EHPAD (cf. document de l'observatoire du risque infectieux en gériatrie ORIG)	PAD				
	<b>2-1-17</b>	<b>Actions relatives à la prescription des médicaments</b> en établissement portant sur le circuit du médicament et l'établissement d'une liste préférentielle de médicaments					
<b>Améliorer la vigilance vis-à-vis de la santé des aidants familiaux de personnes âgées atteintes ou non de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>2-1-18</b>	<b>Sensibiliser</b> les médecins traitants et les autres professionnels de santé sur les effets négatifs sur la santé des aidants de l'accompagnement à domicile d'une personne âgée dépendante		X		X	URPS Conseils généraux
	<b>2-1-19</b>	<b>Informier</b> les aidants sur les services et dispositifs existants qui permettent d'améliorer la qualité de vie à domicile et prévenir leur épuisement : solutions alternatives à l'hébergement complet de la PA, séjours de vacances, formation des aidants de malades Alzheimer, groupes de parole plates-formes d'accompagnement et de répit	PAD	X			

Version  
22/09/2011

## **Indicateurs**

## **Calendrier de réalisation**

---

document de travail

## OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2

### AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT POUR GARANTIR L'ADEQUATION DU PARCOURS DE VIE ET DE SOINS AUX BESOINS DES PERSONNES

#### OBJECTIF OPERATIONNEL N° 2-2

#### Favoriser la continuité et la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes âgées

#### Constats et enjeux

L'amélioration de la qualité de vie et de soins de la personne âgée passe par l'existence d'une réponse d'accompagnement ou de prise en charge adaptée à ses besoins, et par conséquent par l'articulation de ces dispositifs entre eux. Or, en l'état, l'organisation sanitaire et médico-sociale compte une multitude de dispositifs et d'acteurs chargés de les mettre en place que la personne âgée n'est pas en mesure de connaître et de solliciter au bon endroit et au bon moment. Ce sont donc aux professionnels de s'organiser et se coordonner entre eux pour proposer à l'utilisateur les solutions existantes les plus adaptées à sa situation et correspondant à ses besoins immédiats et éviter les ruptures dans l'accès aux soins.

Il est établi qu'une hospitalisation est propice à révéler les défaillances de coordination dans la prise en charge d'une personne âgée. La continuité de la prise en charge à l'entrée à l'hôpital comme à la sortie et au retour à domicile est déterminante.

Une attention particulière doit donc être portée aux situations d'entrée et de sortie de l'hôpital : éviter le passage des personnes âgées dans les services d'urgence et organiser un accès direct dans les services d'hospitalisation ; préparer les sorties des services de court séjour ou des services de soins de suite et de réadaptation et le retour à domicile en lien étroit avec les structures oeuvrant au maintien à domicile. Il en va de la qualité du service rendu et de son efficience.

Il s'agit d'améliorer la coordination à tous les niveaux du dispositif et, également, de donner la meilleure lisibilité possible de ce dispositif aux usagers.

Leviers (Actions ó Recommandations)	Description des leviers	Catégorie de population	Liens inter schémas			Liens avec les partenaires
			Prév	Amb	Sanit	
Améliorer l'accès à l'information, au diagnostic, au conseil et à l'évaluation des situations individuelles	2-2-1 Consolider le maillage territorial en CLIC et autres instances de coordination gérontologique en matière d'accueil, information et conseil aux personnes âgées et à leurs familles	PA				Conseils généraux

	<b>2-2-2</b>	<b>Soutenir</b> une démarche d'harmonisation des prestations et du service rendu par les CLIC et autres instances de coordination gériatologique		X		X	
	<b>2-2-3</b>	<b>Contribuer</b> à la mutualisation des moyens d'information (outils et documents)					
	<b>2-2-4</b>	<b>Rendre</b> plus lisible l'action des centres de consultation mémoire en informant sur leur implantation et l'action qu'ils mènent auprès des professionnels de santé	PAMA				
<b>Décloisonner et coordonner les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social</b>	<b>Les filières gériatriques</b>						
	<b>2-2-5</b>	<b>Procéder</b> à l'évaluation de l'action des filières gériatriques déjà implantées sur la région et communiquer sur les facteurs de réussite et les freins rencontrés				X	
	<b>2-2-6</b>	<b>Valoriser</b> les expériences de coopération et de coordination menées à bien dans les filières gériatriques et proposer les outils pouvant faciliter leur généralisation	PA				
	<b>2-2-7</b>	<b>Rechercher</b> la cohérence et la lisibilité entre territoires des filières gériatriques et territoires d'action gériatologique					
	<b>Les dispositifs favorisant la fluidité</b>						
	<b>2-2-8</b>	<b>Développer</b> l'action des équipes mobiles gériatriques intra et extrahospitalières (évaluation, intervention, préparation du retour à domicile, formation) comme membres des filières gériatriques		X			X
	<b>2-2-9</b>	<b>Renforcer</b> les moyens des équipes mobiles existantes, en y associant une compétence psychiatrique, et créer de nouvelles équipes dans les zones jugées prioritaires	PAD				
	<b>2-2-10</b>	<b>Mieux prendre en compte</b> la place et l'activité des réseaux de santé gériatologiques : freins rencontrés et facteurs de réussite	PA				
	<b>2-2-11</b>	<b>Poursuivre</b> les démarches de rapprochement et d'échange entre CLIC et réseaux sur leurs pratiques, engagés depuis					



		plusieurs années ainsi qu'entre eux et les autres acteurs (psychiatrie, EHPAD et structures de répit, í )					
	<b>2-2-12</b>	<b>Améliorer</b> l'accueil et les conditions d'hospitalisation des personnes âgées : coordonner l'action des professionnels autour des entrées et sorties d'hospitalisation, améliorer la prise en charge aux urgences des personnes âgées, quand elle est inévitable, anticiper et organiser le retour en établissement ou à domicile (au moyen par exemple d'une infirmière coordinatrice des sorties, voire d'un binôme infirmière/assistante sociale)				X	
	<b>2-2-14</b>	<b>Favoriser</b> l'articulation des prises en charge médico-sociales et sanitaires (exemple SSR-HAD-SSIAD) par le biais d'outils communs d'information et d'orientation, des conventions de partenariat, í					
		<b>La psychiatrie</b>					
	<b>2-2-15</b>	<b>Organiser</b> la réponse aux besoins de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées à domicile et en établissement			X	X	
	<b>2-2-16</b>	<b>Faciliter</b> l'échange entre professionnels des secteurs psychiatrique et gériatologique (à domicile et en établissement) ; notamment concertation entre équipes psychiatriques de liaison et équipes mobiles gériatriques et réseaux gériatologiques	PA				
	<b>2-2-17</b>	<b>Bien identifier</b> la place de la psychiatrie dans les filières gériatriques et créer  (cf. volet santé mentale du SROS en cours d'élaboration)					

<b>Développer au sein de la région les dispositifs d'intégration des services afin d'améliorer la qualité de réponse apportée aux usagers</b>	<b>2-2-18</b>	<b>Assurer</b> un suivi de la mise en œuvre des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)	PAMA	X	X	X	Collectivités locales, partenaires institutionnels et professionnels du champ social, sanitaire et médico-social
	<b>2-2-19</b>	<b>Poursuivre</b> le développement du dispositif MAIA au sein de la région, notamment sur les départements non encore pourvus à ce jour					
	<b>2-2-20</b>	<b>Mutualiser</b> avec les partenaires locaux les expériences menées en matière de coordination et d'intégration des services					
<b>Améliorer la qualité de la fin de vie à domicile et en établissement et la place des soins palliatifs</b>	<b>2-2-21</b>	<b>Permettre</b> aux personnes en fin de vie de pouvoir rester à domicile grâce à l'intervention des professionnels de l'hospitalisation à domicile (HAD) délivrant des soins palliatifs	PAD			X	
	<b>2-2-22</b>	<b>Soutenir</b> l'intervention des SSIAD dans la prise en charge de la douleur et de la fin de vie.					
	<b>2-2-23</b>	<b>Développer</b> l'intervention des équipes mobiles et réseaux dans la prise en charge des soins palliatifs					
	<b>2-2-24</b>	<b>Améliorer</b> l'organisation des soins palliatifs en EHPAD : partenariat à encourager avec équipes mobiles, réseaux,					
	<b>2-2-25</b>	<b>Diffusion de la culture et des démarches palliatives</b> au sein des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes : formation du personnel .					

**Indicateurs**

**Calendrier de réalisation**

**OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2**

**AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT POUR GARANTIR L'ADEQUATION DU PARCOURS DE VIE ET DE SOINS AUX BESOINS DES PERSONNES**

**OBJECTIF OPERATIONNEL N° 2-3  
Améliorer la qualité de l'accueil et du soin en EHPAD**

**Constats et enjeux**

Les EHPAD sont de plus en plus confrontés au très grand âge avec une entrée à l'âge moyen supérieur à 83 ans de personnes lourdement dépendantes, atteintes de pathologies multiples ainsi que des pathologies cognitives telles que la maladie d'Alzheimer. Le besoin de soin et de médicalisation s'accroît mais il ne faut pas oublier que les EHPAD ont une double dimension de lieu de vie et de lieu de soin, et il convient de préserver au maximum la dimension de lieu de vie et donc de rechercher le bon équilibre entre les deux.

Leviers (Actions ó Recommandations)	Description des leviers	Catégorie de population	Liens inter schémas			Liens avec les partenaires
			Prév	Amb	Sanit	
Améliorer la prise en charge dans les EHPAD	2-3-1	PAD				Conseils généraux
	2-3-2					
	2-3-3					

	2-3-4	<b>Développer</b> l'intervention de l'HAD en EHPAD					
	2-3-5	<b>Expérimenter</b> l'intégration du financement des transports sanitaires dans la dotation de soins des EHPAD					
	2-3-6	<b>Recenser et veiller</b> à la diffusion et l'application des guides, référentiels et autres recommandations (HAS, ANESM, SFGG et autres)					
	2-3-7	<b>Faire</b> de la bientraitance et de la prévention et la lutte contre la maltraitance un sujet de préoccupation majeur de chaque EHPAD, par le biais des formations, des réunions de professionnels, des échanges de pratiques (cf. enquêtes annuelles « bientraitance » en EHPAD)					
	2-3-8	<b>Organiser avec les Conseils généraux</b> , dans chaque département le signalement et le traitement des plaintes et plus généralement les actions de prévention de la maltraitance  <i>Fiche « bientraitance et lutte contre la maltraitance » commune PA-PH-PDS</i>					
	2-3-9	<b>Mener</b> à bien les actions relevant de la gestion du risque (GDR) : nutrition, prescription des médicaments en EHPAD, í					
	2-3-10	<b>Promouvoir</b> le recours à la télé-médecine en soutenant les expérimentations de télé-médecine gériatrique					
	2-3-11	<b>Utiliser</b> pleinement les conventions tripartites comme levier de négociation et de définition de mesures d'amélioration de la prise en charge					
	2-3-12	<b>Exploiter</b> les évaluations externes pour déterminer les axes de progrès propres à chaque établissement					

<b>Favoriser les coopérations entre établissements</b>	2-3-12	<b>Promouvoir</b> les mutualisations de moyens humains et matériels entre les EHPAD	PAD				
	2-3-13	<b>Promouvoir</b> le partage d'expériences et de pratiques en interne et avec les partenaires extérieurs					
	2-3-14	<b>Promouvoir</b> l'utilisation d'outils communs et partagés : dossier unique de pré-admission, autresí .					

### Indicateurs

### Calendrier de réalisation

document de travail

## OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2

**AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT POUR GARANTIR L'ADEQUATION DU PARCOURS DE VIE ET DE SOINS AUX BESOINS DES PERSONNES**

### OBJECTIF OPERATIONNEL N° 2-4

**Former les professionnels et accompagner les aidants familiaux**

#### Constats et enjeux

##### Professionnels de santé et du médico-social

Pour assurer un accompagnement et une prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie tant à domicile qu'en établissement, il faut pouvoir disposer des professionnels compétents en nombre suffisant. Cela concerne les médecins et l'ensemble des professions paramédicales ainsi que les professions de l'aide à domicile.

Ces personnels exercent leur activité en secteur libéral, en secteur sanitaire et en secteur médico-social, ce dernier n'étant pas le plus attractif en termes de conditions d'activité et de rémunération.

La région Ile-de-France dispose d'un appareil de formation conséquent (IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.). Mais cela n'empêche pas une pénurie touchant plus particulièrement le secteur médico-social. Ainsi, une part importante de personnes formées quitte la région peu après leur formation, ce qui fragilise en permanence les établissements et services confrontés à des problèmes de recrutement, de turn-over et de postes vacants. En effet, les EHPAD et les services spécialisés dans l'accueil ou la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes concentrent les difficultés de recrutement et de maintien en poste des professionnels qualifiés en raison d'un important phénomène d'usure.

Le nombre de professionnels paramédicaux et sociaux en charge de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes est appelé à croître à un rythme soutenu du fait des créations de postes dans les établissements et services médico-sociaux, notamment dans le cadre des mesures du Plan Alzheimer. Cette situation nécessite un effort pour dynamiser le recrutement de nouveaux professionnels paramédicaux et sociaux.

Il convient d'avoir une vision d'ensemble en matière de démographie et de formation des professionnels quelque soit leur mode et leur lieu d'exercice. Il convient également de veiller à ce que les formations dispensées traitent des problématiques du vieillissement et de la prise en charge de personnes âgées et en perte d'autonomie.

### **Aidants familiaux**

Les aidants familiaux ont un rôle indispensable et primordial dans l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes âgées dépendantes, quelque soit le niveau d'intervention des services. Il importe de ne pas laisser s'installer une situation d'isolement des familles confrontées à la perte d'autonomie d'un proche et par conséquent leur apporter toute l'aide possible pour qu'ils puissent y faire face dans des conditions permettant de préserver leur santé et de leur offrir des solutions de répit.

Il s'agit en premier lieu de leur apporter les connaissances pour comprendre le comportement des personnes âgées dépendantes et leur présenter les possibilités d'aides existantes. Il s'agit aussi de faire appel aux professionnels intervenant dans le cadre du soutien à domicile pour les informer et mettre en œuvre des actions de formation de proximité : groupes de soutien aux aidants, groupes de parole, conseils et formations destinées à leur faciliter leurs tâches auprès de la personne.

Il appartient aussi aux intervenants professionnels de veiller à inscrire leur action dans une association complémentaire et continue avec celle des aidants familiaux.

			Catégorie de	Liens inter schémas			Liens avec les
				Prév	Amb	Sanit	

Leviers (Actions ó Recommendations)		Description des leviers	population				partenaires
<b>Former les professionnels en nombre suffisant</b>	2-4-1	<b>Disposer</b> d'une situation précise de la démographie des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux	PA	X	X	X	DRJSCS Conseil régional
	2-4-2	<b>Apprécier et anticiper</b> les besoins de formations et mettre l'appareil de formation en capacité d'y répondre (formation initiale et en cours d'emploi)		X	X	X	
	2-4-3	<b>Etablir un état des lieux et un diagnostic</b> sur la situation de l'emploi dans les services et établissements (problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel)					
<b>Valoriser les métiers du médico-social (grand âge)</b>	2-4-4	<b>Promouvoir</b> ces métiers auprès des écoles d'infirmières et autres professionnels, des établissements d'enseignement et de Pôle Emploi (accueil, information, orientation)	PA				Conseil Régional Conseils généraux
	2-4-5	<b>Permettre</b> le développement des compétences et des savoirs pour une meilleure professionnalisation (organisation de stages, í )					
	2-4-6	<b>Favoriser</b> les échanges entre équipes médico-sociales (EHPAD notamment) et équipes hospitalières, les unes ayant à apprendre des autres et vice-versa					
	2-4-7	<b>Encourager</b> la diversification des parcours professionnels (mobilité fonctionnelle et institutionnelle, í )	PAMA				
	2-4-8	<b>Favoriser</b> la signature de conventions entre écoles et structures d'accueil pour l'accueil en stage des étudiants des filières concernées					
	2-4-9	<b>Développer</b> la formation des assistants de soins en gérontologie auprès des AS et AMP au bénéfice des malades Alzheimer pris en charge en établissement ou à domicile (au sein des UHR, PASA, UCC et ESA)					



<b>Accompagnement des aidants familiaux</b>	<b>2-4-8</b>	<b>Sensibiliser</b> les professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes sur la nécessité de faire le lien avec les aidants familiaux pour une approche continue et globale					Partenaires locaux (institutionnels, usagers, í )
	<b>2-4-9</b>	<b>Soutenir et accompagner</b> les aidants de malades Alzheimer au moyen notamment des plateformes de répit qui s'installent progressivement et, plus généralement, des accueils de jour					Représentants des usagers
	<b>2-4-10</b>	<b>Développer</b> les formations destinées aux aidants de malades Alzheimer, via le lancement d'appels à candidatures auprès des porteurs potentiels pour assurer ces formations					Partenaires membres du comité régional Alzheimer
	<b>2-4-11</b>	<b>Finaliser et diffuser</b> largement auprès du grand public le « guide d'aide à l'orientation des malades Alzheimer et de leur famille » décliné sur chaque département					

**Indicateurs**

**Calendrier de réalisation**

document de travail