

ANNEXES

BILAN DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL 2008-2012

BIEN VIEILLIR EN HAUTE-SAVOIE

BILAN DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL 2008-2012

En 2008, dès mon arrivée à la Présidence du Conseil Général, nous engageons ensemble le second schéma gérontologique de la Haute-Savoie.

De nombreuses actions ont été menées au bénéfice des aînés haut-savoyards au cours de ces 4 années, avec le concours et la mobilisation de tous les acteurs.

Cette plaquette présente la diversité des réalisations et dresse un premier bilan sur lequel nous allons nous appuyer pour aller encore de l'avant.

Tous mes remerciements vont aux collectivités, organismes, services, structures, associations, professionnels médico-sociaux, de santé et bien sûr aux familles qui contribuent à l'accompagnement au quotidien des personnes âgées dans notre département.

L'engagement de tous est nécessaire à l'heure d'entamer la préparation du nouveau schéma qui guidera nos actions pour la période 2013-2017, schéma que je souhaite placer sous le signe du « Bien Vieillir en Haute-Savoie ».

Christian Monteil
Président du Conseil général
de la Haute-Savoie



Quelques chiffres au 1^{er} janvier 2012

- 5 652 lits d'EHPAD en Haute-Savoie, dont 227 à installer
- 70 structures agréées Qualité pour l'aide et l'accompagnement à domicile
- Bénéficiaires de l'APA :
6 001 à domicile
- 4 019 en établissement
- Bénéficiaires de la Téléalarme : 5 678

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE ACTION SOCIALE ET SOLIDARITÉ
DIRECTION DE LA GÉRONTOLOGIE ET DU HANDICAP

BILAN DU SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL 2008-2012

Deux axes forts

> PERMETTRE UN SOUTIEN À DOMICILE DE QUALITÉ, AUSSI LONGTEMPS QUE SOUHAITÉ ET POSSIBLE, EN DÉVELOPPANT NOTAMMENT LES OFFRES ALTERNATIVES : ACCUEIL DE JOUR, HÉBERGEMENT TEMPORAIRE...

- Au 1^{er} janvier 2012, en Haute-Savoie, 117 places d'accueil de jour et 143 places d'hébergement temporaire autorisées.
- 70 services d'aide à domicile dont 14 sous le régime de l'autorisation. 1 102 788 heures réalisées en 2011 au titre de l'APA.
- Des actions d'aides aux aidants sur tous les territoires.

> POURSUIVRE L'EFFORT DE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE EN STRUCTURE D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES, ACCESSIBLE AU PLUS GRAND NOMBRE

- De 2008 à 2012, 1 220 lits nouveaux installés, 391 nouveaux lit autorisés.
- Un coût moyen à la charge de l'usager légèrement inférieur à 60€/jour.



Bilan des 8 orientations

Pour les 8 orientations retenues, de nombreux travaux ont été entrepris afin d'atteindre les objectifs fixés. Parmi ceux-ci, quelques exemples significatifs sont présentés ; non exhaustifs de l'ensemble des actions menées.

> ORIENTATION N° 1 : AMÉLIORER LE SOUTIEN À DOMICILE

■ Portage de repas : à la demande des acteurs de terrain, des rencontres ont été organisées qui ont permis de mutualiser les pratiques et de développer une réflexion et une culture communes. Au 1^{er} janvier 2012, la quasi-totalité des secteurs du département disposent d'un accès au portage de repas.

■ 2010 a été l'année de l'aide aux aidants, avec l'ambition de développer des actions de soutien aux aidants naturels sur l'ensemble du département. Une représentation du spectacle Griottes & Coccinelles, proposée en partenariat avec la MSA a constitué un temps fort de la mobilisation sur ce sujet.

Elle a réuni 800 spectateurs sur 2 représentations, à Rumilly et Cluses les 14 et 15 octobre 2010.

Des actions d'aide aux aidants sont proposées sur tous les territoires (groupes de parole, conférences, forums...)



> ORIENTATION N° 2 :

DÉVELOPPER L'OFFRE ALTERNATIVE ET LA QUALITÉ DE VIE EN ÉTABLISSEMENT

■ Pour faciliter la connaissance et l'accès à l'hébergement temporaire, mise en place d'un système de consultation des places d'hébergement temporaire disponibles sur le site age+74.fr, ouvert au grand public (professionnels et usagers). Mise en ligne en décembre 2011 .

■ Pour faciliter les liens intergénérationnels, installation d'ateliers Cyber-Espaces en EHPAD.

Installation de matériels informatiques adaptés dans 11 structures à partir de mars 2009.



Age+74
le site au service
des personnes âgées



**> ORIENTATION N° 3 :
STRUCTURER LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE POUR FACILITER
LES PARCOURS DE SOINS ET EVITER LES RUPTURES**

- Filières gérontologiques : travail de coopération des acteurs et structuration sur les bassins sanitaires Nord et Sud.
- Développement d'une Cellule Interface entre le Conseil général et le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy pour mieux accompagner les situations complexes ayant abouti à la création d'un dispositif de type MAIA sur les pôles gérontologiques d'Annecy.
- Dossier unique d'entrée en Ehpad : adoption du dossier unique régional travaillé par l'URML avec les départements de la région. Mis en ligne sur age+74.fr.

> ORIENTATION N° 4 : PROMOUVOIR LES MÉTIERS DE LA GÉRONTOLOGIE

- Mobilisation conjointe de la Délégation Territoriale de l'ARS, du Conseil Régional, du Conseil général et des représentants des structures, services et usagers...
- Travaux sur la formation VAE Aide-Soignante visant à une démarche collective territoriale de mise en réseau et de formation.

> ORIENTATION N° 5 : PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE

- Mise en place du Comité Départemental de Lutte contre la Maltraitance réunissant l'ensemble des acteurs dont ALMA 74, le Coderpa... en janvier 2009 et menée de travaux conjoints entre les services du Conseil général et de la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé pour l'examen des plaintes et signalements.
- Travaux avec les Procureurs de la République et les Magistrats en charge des mesures de protection juridique.

**> ORIENTATION N° 6 :
MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

- En 2010, ouverture d'une structure spécifiquement dédiée aux malades d'Alzheimer Les Coquelicots à Rumilly.
- 2011 : année des Gérontechnologies, avec la conclusion de l'expérimentation de dispositifs de géolocalisation GPS et RFID, à domicile et en établissement, dans le cadre du projet ESTIMA. 2 technologies ont été expérimentées et reliées au dispositif Téléalarme du Conseil général. Rendu des travaux lors d'un colloque le 25 octobre 2011.



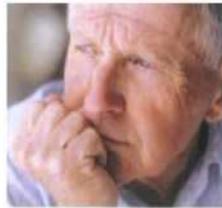
> ORIENTATION N° 7 : PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS SPÉCIFIQUES

- Ouverture de l'Alouette : unité pour personnes handicapées vieillissantes au sein de l'Ehpad La Bartavelle à Meythet, géré par l'EPI2A, en collaboration avec l'ADIMC.
- Enquête sur la prise en charge des Personnes Handicapées Vieilles (PHV) sur le secteur de la Vallée de l'Arve. Réalisation d'un état des lieux et des besoins à court, moyen et long terme.

> ORIENTATION N° 8 : PRÉVENIR ET INFORMER

- Prévention du suicide : mise en place d'un groupe de travail départemental de prévention des conduites suicidaires chez la personne âgée et création d'une plaquette informative sur la prévention du suicide à destination des familles.
- Mise en ligne en janvier 2009 du site Age+74 dédié aux personnes âgées en perte d'autonomie du Département, le site vise à apporter des réponses aux questions que se pose le grand public.
- En 3 ans, 43 000 visites d'internautes.





NOUVEAU SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL « BIEN VIEILLIR EN HAUTE-SAVOIE » 2013-2017

Les étapes de la concertation

- **Mars 2012 :** Lancement des travaux
- **Avril à août 2012 :** Recueil des contributions des partenaires sur age+74.fr
Etudes - Analyses
- **Septembre 2012 :** Semaine de concertation « Bien Vieillir en Haute-Savoie »
avec l'ensemble des acteurs et des partenaires
- **Automne 2012 :** Adoption du Schéma Départemental par le Conseil général



CONSEIL GÉNÉRAL DE LA HAUTE-SAVOIE

Direction Générale Adjointe Action Sociale et Solidarité
Direction de la Gérontologie et du Handicap

12, avenue de Chevène - 74000 ANNECY

Tél. 04 50 33 22 06

www.cg74.fr

Pôles Gérontologiques

■ **Anncyy-Est et Ouest**
39 avenue de la Plaine
74000 Annecy
04.50.33.20.10

■ **Vallée de l'Arve**
187 rue du Quai
74970 Marignier
04.50.47.63.12

■ **Chablais**
1 rue Casimir Capitan
74200 Thonon-les-Bains
04.50.81.89.34

■ **Genevois Français**
2 bis rue Léon Bourgeois
74100 Ville-la-Grand
04.50.84.40.00

AVIS DU CONSEIL GENERAL SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE



Extrait du Registre des Délibérations de la
Commission Permanente

SEANCE DU 01 OCTOBRE 2012

n° CP-2012-0585

Sous la Présidence de : M. Christian MONTEIL, Président du Conseil Général

Présents :	Vice-Présidents : M. MUDRY, M. de MENTHON, M. BARDET, Mme CAMUSSO, M. DUVERNAY, M. BOUCHET, M. MOGENET, M. HEISON, M. BAUD-GRASSET, M. RABATEL
	Autres membres : M. PUTHOD, M. PEILLEX, M. BEL, M. AMOUDRY, M. MORAND, M. PITTET, M. ZORY, M. MARTIN, M. VIELLIARD, M. NEURY, M. GALLAND
Absent(s) Représenté(s) :	
Absent(s) excusé(s) :	M. CHAVANNE, M. EXCOFFIER, M. JEANTET, M. LOSSERAND, M. MIVEL, M. RIGAUT, M. SONNERAT

Membres en exercice :	29
Présents :	22
Adopté à la majorité	
20	Voix Pour
	Voix contre
2	Abstention(s)

OBJET : PROJET REGIONAL DE SANTE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE RHONE-ALPES 2012/2017 - AVIS DU CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-SAVOIE

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, dispose que l'Agence Régionale de Santé (ARS) a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional, des objectifs de la politique nationale de santé, dans le respect des principes de l'action sociale et médico-sociale, d'une part, et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), d'autre part, conformément aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, l'ARS Rhône-Alpes a élaboré un Projet Régional de Santé (PRS) pour la période 2012/2017 destiné à répondre aux enjeux de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, de renforcement de l'égalité d'accès à la santé, et de l'amélioration de l'efficacité du système de santé. A cet effet, le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), le représentant de l'Etat dans la région et les collectivités territoriales disposent de deux mois, à compter de la publication de l'avis de consultation sur le PRS au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région, pour transmettre leur avis à l'ARS.

A cet effet, l'ARS Rhône-Alpes a saisi le Conseil Général de la Haute-Savoie afin de rendre un avis avant le 16 octobre 2012 sur les documents suivants dont l'ensemble constitue le PRS :

- *le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)*, première étape du PRS, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région et prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le PSRS Rhône-Alpes sur lequel la Commission Permanente du Conseil Général avait rendu un avis le 12 juillet 2011 (délibération n° CP-2011-0417) a été arrêté par l'ARS le 4 août 2011 ;
- ces objectifs prioritaires sont déclinés dans *trois schémas régionaux* : le *Schéma Régional de Prévention (SRP)*, le *Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)* désormais assorti d'un volet ambulatoire, et le *Schéma Régional d'Organisation Médico Sociale (SROMS)* nouvellement institué par la loi HPST ;
- les modalités spécifiques d'application de ces schémas sont définies dans *trois programmes* : le *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS)*, le *Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)*, et le *Programme Régional relatif au développement de la Télémédecine* ;
- *cinq programmes territoriaux* précisent le contenu des objectifs et la mise en œuvre des actions pour chacun des cinq territoires de santé arrêtés par l'ARS en Rhône-Alpes : le Programme Territorial - *Territoire de santé Sud*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Ouest*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Centre*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Nord*, et le Programme Territorial - *Territoire de santé Est* dans lequel le département de la Haute-Savoie est intégré.

Dans un document intitulé « Thèmes chapeaux », l'ARS Rhône-Alpes a souhaité présenter les orientations stratégiques et les axes d'intervention communs aux trois schémas régionaux concernant les droits des usagers, les systèmes d'information en santé, et les ressources humaines. Y est joint également l'avis du CRSA.

Ces treize documents sont mis à la disposition des élus sur le portail extranet du Conseil Général qui leur est dédié, et sont consultables sous forme papier à l'Hôtel du Département.

Pour malaisée que soit l'analyse des presque 2 000 pages que constitue le PRS, l'avis du Conseil Général sur leur contenu n'en revêt pas moins une importance certaine dans la mesure où :

- le PRS doit tenir compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par le Conseil Général ;

- certaines dispositions du PRS sont opposables, qu'il s'agisse du Schéma Régional d'Organisation des Soins, ou des zones déficitaires pour la médecine libérale (zones fragiles), ou bien encore du PRIAC qui est l'outil de programmation financière du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale notamment pour la réalisation de places nouvelles dans les établissements sanitaires et médico-sociaux destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
- certaines priorités du PRS en matière de programmation peuvent obliger le Conseil Général au plan financier dans le cadre des appels à projet conjoints, en particulier dans le domaine de l'accueil, de l'accompagnement et des soins en faveur des personnes adultes handicapées.

Il importe donc de veiller à la cohérence du PRS au regard des missions sociales et médico-sociales dont le Conseil Général assume la responsabilité, des priorités arrêtées dans ses schémas départementaux, et des besoins de la population haut-savoyarde sur un territoire départemental spécifique à bien des titres.

Tel était d'ailleurs le sens des observations formulées par les élus départementaux dans l'avis rendu par la Commission Permanente du 12 juillet 2011 (délibération n° CP-2011-0417) ; partir des réalités du terrain, se donner les moyens de son action, tenir compte de la dynamique et de la spécificité de chaque territoire.

A cet égard, l'examen des documents constitutifs du PRS devant la 5^{ème} Commission Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, Logement et la 4^{ème} Commission Enfance, Famille, Grand Age, et Handicap, de même que la participation aux travaux de la CRSA et à ceux de la commission de coordination des politiques publiques de l'ARS, conduisent à formuler les réserves sur :

- le contenu et l'ordre des priorités du PRS ;
- les moyens humains nécessaires à leur mise en œuvre ;
- les moyens financiers disponibles pour leur réalisation ;
- la prise en considération des spécificités de la Haute-Savoie ;
- la coordination entre le sanitaire et le médico-social aux échelons régional et départemental.

*

- **Sur les priorités du PRS**

- Il est légitime de s'interroger d'emblée sur la possible mise en œuvre en 5 ans d'un projet qui contient 3 axes, 13 orientations, 18 priorités, et pas moins de 70 actions transversales déclinées en 270 sous-actions. Des priorités avec lesquelles chacun ne peut certes qu'être d'accord, qu'il s'agisse du développement de la prévention notamment en réponse aux risques environnementaux, de l'accès à une offre de santé adaptée et efficiente, et de la fluidité des prises en charges et accompagnements. Cependant, ces priorités, orientations et autres actions ne sont pas toutes mises sur le même plan, certaines relevant de la programmation ou de la prescription, quand d'autres sont l'expression d'un simple vœu. Si l'on ne peut que saluer l'effort pour favoriser une réponse globale à partir d'actions transversales, on ne retrouve pas dans le PRS leur traduction opérationnelle ni chiffrée.

- Se pose également la question de l'articulation entre le PRS et les nombreux plans nationaux en cours dans le domaine sanitaire et médico-social, en particulier pour les personnes âgées et handicapées (Plan psychiatrie et santé mentale, Plan solidarité grand âge, Plan Alzheimer, Plan autisme, etc.). C'est aussi le cas pour la petite enfance lorsque les orientations de l'ARS (accompagnements mis en place par les réseaux périnataux) et celles de la CPAM (dispositif PRADO) se superposent.

- Avant d'envisager de nouvelles actions, il eût été logique d'achever la mise en œuvre de ces plans et d'en dresser un bilan. De même pour le Schéma Régional d'Organisation des Soins, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS), et le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui existaient déjà. Or, dans le PRS, tel n'est pas le cas.

Ceci est particulièrement sensible en ce qui concerne le nouveau Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) institué par la loi HPST de 2009. Son contenu semble avoir été arrêté en fonction des moyens financiers prévus au PRIAC alors que le PRIAC devrait, au contraire, être la déclinaison financière des priorités du SROMS. A titre d'exemple, le PRS indique sans autre explication que la priorité sera donnée par l'ARS à l'offre sur les adultes handicapés alors que ce domaine relève plutôt de l'intervention du Département, principal prescripteur et financeur, tandis que la responsabilité première de l'Etat concerne les enfants porteurs d'un handicap. Le constat est identique pour les personnes âgées avec la confusion entre les enjeux sanitaires et médico-sociaux autour des lits de soins de suite et de rééducation (SSR) et des lits en unités de soins de longue durée (USLD).

- **Sur les moyens humains**

- La question de la mise en œuvre des nombreuses priorités et actions inscrites au PRS se pose avec d'autant plus d'acuité que la région Rhône-Alpes, en général, et le département de la Haute-Savoie, en particulier, se heurtent au manque de professionnels de santé.

C'est tout aussi vrai pour les infirmières (taux le plus bas avec 83,7 pour 100 000 dans le territoire Est contre 98,9 pour 100 000 en Rhône-Alpes), que pour les médecins généralistes (106 médecins généralistes pour 100 000 en Haute-Savoie, contre 107/100 000 en Rhône-Alpes, et 110/100 000 en métropole).

- Ça l'est plus encore pour les personnels soignants. Ainsi, dans les établissements sanitaires, la Haute-Savoie a le taux de vacance de postes sur le total des postes budgétés le plus élevé (10,9 % pour les infirmiers, 16,1 % pour les aides-soignants). C'est aussi le département dont les établissements de santé ont la part la plus importante de faisant-fonction d'aides-soignants sur le total des postes budgétés (17,86 %), et qui connaît le plus de départs vers la Suisse (77,57 % pour les infirmiers, 87,88 % pour les aides-soignants). En 2010, les départs vers la Suisse ont été la cause d'un tiers des postes vacants d'infirmiers en Haute-Savoie, et d'un poste vacant sur 10 d'aides-soignants.

Quant aux établissements médico-sociaux, la Haute-Savoie affiche le taux de vacance pour 100 lits le plus important de Rhône-Alpes (1,07 pour les infirmiers, 10,8 pour les aides-soignants) et compte le plus de faisant-fonction (10,44/100 lits pour les aides-soignants).

- C'est ainsi une part essentielle des missions médico-sociales du Conseil Général qui risque de s'en trouver pénalisée. En particulier pour ce qui concerne le soutien au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, priorité n° 1 du Département. De même pour l'autorité sanitaire contrainte de fermer des lits en EHPAD hospitaliers, comme ce fut le cas en 2011 à l'hôpital de SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS et sans réouverture depuis. Il y a donc urgence à agir.

Au-delà de l'augmentation des quotas de places en formation qui dépend non seulement de l'autorité sanitaire et de la Région, mais aussi de la capacité d'accueil en stage dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, la situation exceptionnelle de la Haute-Savoie appelle de la part de l'ARS des solutions exceptionnelles qui passent notamment par une évolution de la coopération franco-genevoise dans le domaine de la santé. Cette évolution doit concerner aussi bien les écarts de rémunération que les conditions de travail proposées aux professionnels de santé de part et d'autre de la frontière. Sans quoi il est à craindre qu'un projet comme celui de la reconstruction et de l'agrandissement de l'école d'infirmières d'ANNEMASSE vienne alimenter prioritairement les hôpitaux genevois ainsi que le futur établissement hospitalier annoncé près de LAUSANNE, plutôt que contribuer à une amélioration de la situation des établissements français.

- Quant à la démographie médicale, autre enjeu essentiel, il est préoccupant de constater que, à la lecture du SROS, les zones fragiles établies en nombre limité par l'ARS pour le territoire de la Haute-Savoie sont loin de couvrir la réalité des besoins dans un département dont la population progresse de 9 000 habitants par an. A fortiori avec l'importance des zones de montagne dont les habitants ont moins facilement accès aux soins. Sur ce point, l'Assemblée Départementale se prononcera prochainement sur la mise en œuvre d'un dispositif de soutien au développement de l'offre de soins de premier recours prenant en considération le zonage plus large établi en lien avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé Rhône-Alpes (URPS) avec laquelle une convention de coopération a été signée.

- **Sur les moyens financiers**

- La mise en œuvre effective de ce PRS dépend également des moyens financiers disponibles. A fortiori, chacun en convient, dans le contexte de forte exigence budgétaire résultant de la crise économique sans précédent qui perdure. Dans cette perspective, l'inscription au PRIAC des seuls projets autorisés et financés marque un changement significatif.

- Toutefois, comment ne pas s'inquiéter devant le net écart entre les besoins constatés et les programmes envisagés, ainsi qu'en témoignent l'accueil, les soins et l'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes ?

Le taux d'équipement du Territoire Est s'avère inférieur à la moyenne régionale (124 places pour 1 000 habitants contre 139/1 000 au niveau régional) avec d'importantes disparités entre territoires (par exemple : la filière gériatrique des Hôpitaux du Mont-Blanc est notoirement sous-équipée avec un taux de 88,9/1 000). Or le cadrage budgétaire du PRIAC présenté par l'ARS fait ressortir une création de 391 places en EHPAD pour les 8 départements de Rhône-Alpes sur la période 2012/2016, dont 200 places déjà autorisées. A titre de comparaison, pour le seul département de la Haute-Savoie, 391 lits autorisés sont en attente de réalisation et le besoin était évalué à 819 lits supplémentaires dans le schéma départemental gérontologique 2008/2012. Soit une projection régionale bien éloignée de nos prévisions départementales dont l'ARS doit, selon la loi, tenir compte dans le PRS.

- Il convient également de souligner le risque de transfert de charges entre l'autorité sanitaire et le Département, à l'exemple des réponses à apporter aux personnes handicapées.

En maintes occasions, le Conseil Général a fait montre de volontarisme en apportant son concours financier et technique à la réalisation d'établissements, équipements et autres services dans le champ sanitaire. Et tout récemment encore en cofinçant avec l'ARS une structure expérimentale à LA ROCHE-SUR-FORON pour l'accueil et la prise en charge d'enfants souffrant de difficultés multiples et objets d'une mesure de protection. De même pour l'expérimentation de consultations spécialisées (gynécologie, bucco-dentaire) au Centre Hospitalier de la Région d'ANNECY (CHRA) pour les personnes en situation de handicap dans le cadre du nouveau dispositif « Handiconsult » qui aura vocation à s'étendre au reste du territoire dans le cadre d'unités mobiles.

Dans le cadre du PRS, il importe que l'autorité sanitaire prenne pleinement ses responsabilités dans les domaines d'action qui lui incombent en propre. Cela vaut pour l'enfance handicapée et l'ouverture de places en Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSAD) pour lesquels les besoins sont avérés (128 enfants en liste d'attente en Haute-Savoie en 2011 alors que le PRS prévoit + 138 places à l'échelle du Territoire Est à l'horizon 2016).

En Haute-Savoie, il est également indispensable que le soutien aux Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) soit effectif et constitue une priorité pour l'ARS. Or, dans le PRIAC, seulement 9 places pour le Territoire Est sont annoncées en cours d'installation et aucun projet nouveau ne figure. Ceci alors que le taux d'équipement (0,89 ‰) est le plus bas de la région (moyenne à 1,40 ‰). Comme le démontre le rapport d'activités de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la situation en Haute-Savoie est préoccupante, avec une capacité totale de 84 places pour 10 admissions faites en 2010 et 22 enfants en attente, des orientations n'étant pas prononcées faute de places disponibles.

L'argument vaut tout autant à propos des Instituts Médico Educatifs (IME) pour lesquels le PRS ne prévoit, en tout et pour tout, que 3 places à réaliser pour tout Rhône-Alpes dans les cinq ans à venir. En Haute-Savoie, cette question est d'autant plus cruciale que, malgré les demandes réitérées du Département, l'offre d'hospitalisation publique en pédopsychiatrie est absente et que certains établissements médico-sociaux voire sociaux (Aide Sociale à l'Enfance), sont souvent contraints d'accueillir par défaut des enfants qui nécessitent une prise en charge sanitaire adaptée.

Enfin, une réponse doit être apportée au déficit de places en Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) dans le Territoire Est. Celui-ci présente le ratio le plus bas (0,39 ‰ contre 0,62 ‰ en Région), avec une projection pour 2016 à 0,42 ‰ en fourchette basse (0,63 ‰ Région) et 0,44 ‰ en fourchette haute (0,64 ‰ Région). Même si les moyens annoncés (+ 65 places) devaient être entièrement mobilisés sur le Territoire Est, ceux-ci ne changeraient pas ou peu la donne actuelle. Le Territoire de santé Est, dont la Haute-Savoie fait partie, serait toujours déficitaire.

- **Sur les spécificités de la Haute-Savoie**

- Si le Territoire de santé Est est classé prioritaire dans le PRS, celui-ci ne permet pas de savoir ce qu'il pourrait advenir concrètement de la Haute-Savoie dans l'ensemble des axes, orientations et actions présentées. A raisonner à l'échelon régional à partir de territoires de santé englobant tout ou partie du territoire de plusieurs départements, le PRS manque de lisibilité, d'autant que les programmations ne sont pas individualisées département par département.

- Pour bâtir son PRS, l'ARS s'est fondée sur des indicateurs de taux d'équipement rapportés à une moyenne régionale et à une moyenne nationale qui ne prennent pas en compte de manière dynamique l'évolution des besoins sur le terrain. Ainsi le PRS ne mesure-t-il pas les spécificités des besoins de la Haute-Savoie :

- . avec le taux d'espérance de vie à la naissance le plus élevé de Rhône-Alpes (79 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes), ainsi que l'indice de vieillissement et le taux de mortalité les plus faibles de Rhône-Alpes ;

- . avec 9 000 habitants supplémentaires par an depuis le début des années 2000, soit une population haut-savoyarde (747 965 habitants) qui approchera le million d'ici à 25 ans ;

- . avec un niveau élevé et constant des naissances (plus de 9 500 naissances en moyenne ces 3 dernières années), soit au total 56 675 enfants de moins de 6 ans en Haute-Savoie, nécessitant une offre de soins et des modes de garde adaptés ;

- . avec le vieillissement de la population (+ 38,92 % d'habitants âgés de 75 ans et plus d'ici à 2020, soit deux fois plus vite que la moyenne régionale) justifiant de diversifier l'offre de soins et d'accompagnement médico-social ;

- . avec un flux migratoire qui explique l'arrivée en nombre d'une population jeune (essentiellement 25-40 ans avec enfants), soit autant de besoins en matière de prévention et de soins ;

. avec l'afflux régulier d'une population vacancière et saisonnière en Haute-Savoie qui est l'une des plus importantes destinations touristiques (une population de près d'1 million d'habitants en période de pointe, multipliée par 10 dans certaines communes) et la nécessité de soins de proximité de qualité dans les territoires de montagne ;

. avec l'urbanisation croissante du territoire (la population en secteur résidentiel a doublé en 30 ans, dont + 47 % dans les communes résidentielles et rurales) liée à l'afflux de population qui se heurte au manque et au surcoût du foncier et accroît le besoin de services publics.

- Cette dynamique démographique explique pourquoi, malgré l'effort considérable du Conseil Général depuis dix ans avec l'aide de l'Etat, la Haute-Savoie a un retard en équipements médico-sociaux (personnes âgées, personnes handicapées). Si le PRS reconnaît que le Territoire Est doit être prioritaire dans les cinq ans à venir, ses annexes territoriales et les annexes des schémas régionaux n'indiquent pas comment la Haute-Savoie pourra être soutenue dans ce but.

- Or des besoins importants existent et concernent :

. le renforcement et la diversification de l'offre de soins hospitaliers avec la nécessité de développer des plateaux techniques et des soins de pointe qui évitent aux Haut-Savoyards d'être obligés d'aller se faire soigner à GRENOBLE ou à LYON, et de renforcer la mutualisation avec le CHU de GENEVE dont l'accès pour les Haut-Savoyards est pour l'instant limité ;

. le maintien d'une offre de soins de premier recours de qualité s'adossant à des filières de soins et d'accompagnement médico-social de proximité pour permettre aux Haut-Savoyards de se soigner près de chez eux et aux plus dépendants de continuer à vivre à leur domicile ;

. la création de places d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes correspondant aux besoins à couvrir par rapport aux estimations du futur schéma gérontologique 2013/2017 en cours d'élaboration. De même, le conventionnement avec l'ARS permettant le maintien de tarifs accessibles pour des personnes aux ressources souvent modestes, et la diversification des solutions de soutien au domicile qui passe par un accompagnement accru des aidants et le fléchage de places en Service de Soins Infirmiers au Domicile (SSIAD) ;

. la prise en charge des différents handicaps pour permettre aux personnes handicapées de choisir leur projet de vie, le développement de réponses innovantes aux personnes handicapées vieillissantes, et surtout le renforcement des moyens de la psychiatrie adulte préalable nécessaire à une bonne articulation des soins et de l'accompagnement médico-social pour les personnes en situation de handicap psychique ;

. le développement d'une offre de soins qui fait actuellement défaut en Haute-Savoie pour l'hospitalisation complète en secteur public pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et pour la prise en charge en réanimation néonatale, de même que le renforcement de l'accompagnement pré et post-natal et des réseaux de prise en charge multifonctionnels, ainsi que la prise en charge ambulatoire pour les accompagnements psychologiques mères-enfants. Sans oublier un accompagnement éducatif adapté (ITEP, IME).

- **Sur la coordination du sanitaire et du médico-social**

- L'ARS est dans son rôle en déclinant, à l'échelon régional, les objectifs de la politique nationale de santé. Ce PRS qui traduit une démarche descendante depuis LYON vers le terrain en est la concrétisation. Cependant, l'autorité sanitaire ne peut méconnaître le rôle ni la place du Département tels que la loi les a déterminés au travers des missions médico-sociales et sociales qu'elle lui a confiées. Pas davantage que l'ARS ne peut ignorer l'impact de certaines de ses décisions sur les propres actions du Département.

Ainsi, en privilégiant à l'avenir les ouvertures de places en FAM, la révision du ratio MAS (Maison d'Accueil Spécialisé avec financement Etat) / FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé avec cofinancement Etat/Conseil Général) ne sera-t-elle pas neutre pour les finances départementales. A fortiori lorsqu'il s'agit, par exemple, de développer les places en FAM pour adultes handicapés psychiques dans le but d'y accueillir les personnes hospitalisées par défaut en hôpital psychiatrique, du fait du manque de services ambulatoires. Au plan financier, la tarification à l'acte dans les hôpitaux (T2A) ne doit pas fournir le prétexte à orienter la demande vers le médico-social financé par le Conseil Général.

Il en va de même pour le développement du travail à temps partiel dans les Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) pour les personnes handicapées vieillissantes, question dont l'ARS entend faire l'une de ses priorités dans son PRS. Le Conseil Général de la Haute-Savoie y souscrit d'autant plus volontiers qu'il s'est emparé de ce problème, voici plus de 10 ans, en créant des Service d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Vieillissants (SATTHAV). Alors que le manque de places en ESAT est avéré et que plusieurs fiches actions du PRS ont pour objectif de pallier cette difficulté, le manque de places en ESAT ne peut être résolu par un simple partage du temps de travail, à charge pour le Conseil Général d'occuper le temps non travaillé.

Qu'il s'agisse des places en ESAT ou en FAM envisagées dans le PRS, l'ARS ne peut et ne doit pas ignorer que leur ouverture s'accompagne de la création en nombre équivalent de places en foyer d'hébergement à la charge financière du Département. Devant les contraintes budgétaires qui appellent à une programmation pluriannuelle vigilante des investissements, il importe que l'ARS en tienne compte dans le lancement des appels à projets qui ne peuvent qu'être conjoints avec le Conseil Général.

- La seconde observation sera pour s'étonner de certaines orientations ou actions proposées dans le PRS sans tenir compte suffisamment des réalités du terrain ni des contraintes propres à l'action médico-sociale et sociale dans le département. Ainsi en est-il du PRAPS qui vise en priorité les habitants des quartiers prioritaires dans le cadre de la politique de la ville, les personnes sans domicile fixe, les migrants en difficulté. Une telle approche méconnaît de nombreuses autres personnes fragiles, à l'exemple des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active pour lesquels la loi a prévu un volet santé. Par ailleurs, d'autres populations méritent notre attention : les saisonniers, les migrants âgés, les personnes vivant en logement insalubre, les personnes âgées isolées, etc.

- Enfin, la révision générale des politiques publiques a eu pour conséquence de laisser les services sociaux et médico-sociaux du Département en première ligne, d'autant que les délégations territoriales de l'ARS n'ont reçu ni délégation de pouvoir, ni moyens humains suffisants. Dans ce contexte, à l'exemple de l'aide aux aidants, on ne peut qu'être surpris de certaines orientations du PRS qui relèvent du médico-social et pour lesquels l'ARS voudrait agir sans disposer de relais sur le terrain. Tout comme les actions pour lesquelles l'ARS envisage de prendre appui sur la MDPH et la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) quand l'essentiel de leurs moyens relèvent du Conseil Général.

*

La 4^{ème} Commission Enfance, Famille, Grand Age, et Handicap et la 5^{ème} Commission Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, Logement, consultées les 19 septembre et 26 septembre 2012, ont approuvé l'avis proposé dans le présent rapport.

Elles ont souligné la nécessité pour l'autorité sanitaire de prendre, dès à présent, en considération la situation spécifique de la Haute-Savoie, avec d'autant plus d'acuité que la remise en cause du droit d'option et l'obligation pour les travailleurs frontaliers de cotiser à l'assurance-maladie posera, quoi qu'il arrive, et au plus tard le 31 mai 2014, le problème de l'accès aux soins pour plus de 80 000 frontaliers résidant en Haute-Savoie, et, par conséquent, la question de la capacité des filières de soins à faire face aux besoins accrus dans notre département.

La Commission Permanente ayant reçu délégation générale de l'Assemblée Départementale, il est proposé d'émettre un avis sur le Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes pour 2012/2017.

Après en avoir délibéré et enregistré les abstentions de MM. BEL et ZORY,

LA COMMISSION PERMANENTE,

à la majorité de 20 voix pour

PREND ACTE des réserves formulées.

APPROUVE l'avis proposé dans le présent rapport.

**Délibération télétransmise en Préfecture
le 03 octobre 2012.**

Publiée et certifiée exécutoire

le 04 octobre 2012

Pour le Président du Conseil Général,
Le Responsable du Service de l'Assemblée,
Jean-Pierre MORET

Le Responsable du Service de l'Assemblée,
Jean-Pierre MORET



Ainsi fait et délibéré,
Pour extrait conforme,

**Le Président du Conseil Général,
Christian MONTEIL**



QUESTIONNAIRE « AIDE AUX AIDANTS »



Questionnaire destiné aux aidants familiaux non professionnels d'une personne âgée

Ce questionnaire est destiné aux aidants familiaux non professionnels, intervenant régulièrement auprès d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA à domicile.

Dans le cas où nous aurions mal orienté le courrier, nous vous remercions de transmettre ce questionnaire à l'aidant principal non professionnel qui intervient le plus fréquemment auprès de votre proche âgé.

Le questionnaire ne peut être rempli que pour une seule personne aidée. Si vous aidez plusieurs personnes, vous pouvez contacter le pôle gériatrique de votre secteur pour obtenir un deuxième questionnaire.

Les données recueillies sont anonymes.

Qui êtes-vous ?	
1. Vous êtes : <input type="radio"/> Une femme <input type="radio"/> Un homme	8. Quel moyen de locomotion utilisez-vous pour vous rendre au domicile de votre proche ? <input type="radio"/> Marche à pied <input type="radio"/> Véhicule personnel <input type="radio"/> Transport en commun <input type="radio"/> Autre
2. Quelle est votre situation familiale ? <input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> En couple	9. A quel rythme intervenez-vous au domicile du proche que vous aidez ? <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour <input type="radio"/> Une fois par jour <input type="radio"/> Une à plusieurs fois par semaine <input type="radio"/> Une à plusieurs fois par mois
3. Quel est votre âge ? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	10. Depuis combien de temps aidez-vous votre proche à ce rythme ? <input type="radio"/> Moins d'un an <input type="radio"/> De 1 à 5 ans <input type="radio"/> Plus de 5 ans
4. Sur quelle commune habitez-vous ? <input style="width: 350px; height: 20px;" type="text"/>	11. Quelle aide apportez-vous à votre proche âgé à ce rythme ? <input type="checkbox"/> Activité domestique (linge, ménage, courses, entretiens extérieurs) <input type="checkbox"/> Soins, hygiène, aide à l'alimentation <input type="checkbox"/> Organisation des services (aide à domicile, infirmière, portage de repas...) <input type="checkbox"/> Démarches administratives <input type="checkbox"/> Accompagnement aux rendez-vous, sortie...
5. Quelle est votre situation ? <input type="radio"/> En activité professionnelle <input type="radio"/> Au chômage <input type="radio"/> Retraité <input type="radio"/> Autres	12. En tant qu'aidant, comment jugez-vous l'intervention que vous apportez à votre proche ? <input type="radio"/> Facile <input type="radio"/> Difficile <input type="radio"/> Ne sais pas
6. Quelle lien avez-vous avec le proche que vous aidez ? <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Autre lien familial <input type="radio"/> Voisin, ami	13. En tant qu'aidant, comment qualifieriez-vous l'aide que vous apportez à votre proche ? <input type="radio"/> Complémentaire <input type="radio"/> Utile mais pas suffisante <input type="radio"/> Indispensable
7. Habitez-vous sous le même toit que le proche que vous aidez ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
7.1. Si Non, à combien de kilomètres résidez-vous (aller simple) ? <input type="radio"/> Moins de 10 km <input type="radio"/> Entre 10 et 30 km <input type="radio"/> Plus de 30 km	

Qui aidez-vous ?

14. La personne que vous aidez est :

- Une femme Un homme

15. Quel est l'âge de la personne que vous aidez ?

16. Quelle est la commune de résidence de la personne que vous aidez ?

17. Quel est son niveau de dépendance ?

- Peu dépendant Dépendant Très dépendant

18. Connaissez-vous le GIR correspondant ?
(C'est-à-dire le niveau de dépendance de la grille APA)

- Oui Non

18.1. Si Oui, cochez le GIR correspondant :

- GIR 1 GIR 2 GIR 3 GIR 4

19. La personne que vous aidez, bénéficie-t-elle d'interventions de professionnels à domicile ?

- Oui Non

19.1. Si Oui, cochez les interventions correspondantes

- Médecin traitant
 Kinésithérapeute
 Infirmier libéral
 Orthophoniste
 Aide à domicile
 Service de soins infirmiers à domicile
 Portage de repas.

19.2. Si votre proche ne bénéficie pas d'une (ou plusieurs) intervention(s) ci-dessus, est-ce parce qu'il est en attente d'une prise en charge ? Précisez pour quel(s) intervenant(s).

20. Pensez-vous que les différentes interventions des professionnels s'articulent bien ?

- Oui Non

21. Communiquez-vous avec les professionnels qui interviennent auprès de votre proche ?

- Oui Non

21.1. Si Oui, quels sont vos moyens de communication avec les professionnels ?

- Cahier de liaison Contacts téléphoniques
 Rencontres Autre

Si 'Autre', précisez :

22. Globalement, la communication vous paraît-elle satisfaisante ?

- Oui Non

23. Est-ce que vous jugez l'organisation du maintien à domicile de votre proche satisfaisante ?

- Oui Non

24. Selon vous, les professionnels sont-ils conscients de votre rôle d'aidant ?

- Oui Non

Connaissez-vous les autres services et aides possibles ?

25. Connaissez-vous les dispositifs suivants ?

	Oui	Non
Le Pôle Gériatrique du Conseil Général de votre territoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les bilans de santé proposés aux aidants familiaux par les organismes de protection sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les instants Alzheimer (Accueil de jour) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dispositif de téléalarme du Conseil Général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le site Internet Age+74	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La fiche contact (pochette verte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Avez-vous besoin de plus d'information sur ?

	Oui	Non
Les aides techniques possibles (aménagement du logement, aides matérielles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aides financières possibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Votre proche a-t-il envisagé un entrée en établissement ?

- Oui Non

27.1. Si Oui, avez-vous effectué des demandes d'entrée en établissement ?

- Oui Non

28. Connaissez-vous l'hébergement temporaire ?

- Oui Non

28.1. Si Oui, votre proche a-t-il déjà effectué un séjour temporaire au sein d'un établissement ?

- Oui Non

29. Connaissez-vous l'accueil de jour ?

- Oui Non

29.1. Si Oui, votre proche a-t-il déjà passé quelques jours en accueil de jour ?

- Oui Non

Quels sont vos besoins ?

30. Ressentez-vous le besoin d'être relayé (aide au répit) ?

- Oui Non

30.1. Si Oui, est-ce :

- Du fait de votre état de santé (fatigue ou autres)
 Du fait de votre activité professionnelle
 Du fait de vos absences (vacances, loisirs, hospitalisation...)
 Autres

Si 'Autres', précisez :

30.2. Si Oui, avez-vous besoin d'être relayé ?

- A la journée
 Certains soirs
 Des nuits
 Certains week-end
 Une semaine
 Plusieurs semaines

31. En tant qu'aidant, ressentez-vous le besoin d'être mieux informé ?

- Oui Non

31.1. Si Oui, classer de 1 (plus important) à 3 (moins important) les thèmes qui vous intéresseraient ?

- La prévention des chutes/gestes et postures
 L'aménagement du logement et matériel technique
 L'alimentation des personnes âgées
 Les technologies aidantes (Ex : Bracelet GPS)
 Les troubles de la mémoire, comment consulter ?
 La maladie d'Alzheimer
 Les troubles du comportement de la personne âgée et incidence sur l'entourage
 Comment détecter et éviter l'épuisement de l'aidant ?
 Les différents types d'accueils et d'hébergement : Accueil de jour, hébergement temporaire, EHPAD, Foyer Logement
 Les différents services et aides possibles
 Relations avec les aidants professionnels
 Les mesures de protection juridique (tutelle, curatelle...)
 La préparation à la cessation d'activité
 Comment penser à la fin de vie et en parler

32. Ressentez-vous le besoin d'être plus aidé financièrement ?

- Oui Non

33. Ressentez-vous le besoin d'être aidé par la mise en place de plus d'aides techniques ?

- Oui Non

34. Ressentez-vous le besoin d'un soutien moral ?

- Oui Non

34.1. Si Oui; souhaiteriez-vous ?

- Un accompagnement individuel (médecin, psychologue...)
 Un accompagnement collectif (participation à des groupes de paroles, des rencontres thématiques...)

35. Avez-vous déjà participé à une action d'aide aux aidants familiaux (tels que conférences, groupes de paroles, rencontres thématiques) ?

- Oui Non

35.1. Si Non, quelles sont les raisons de votre non participation ?

- Vous n'avez pas connaissance d'une telle action sur votre secteur
 Vous rencontrez des problèmes de déplacement
 Vous rencontrez des problèmes de remplacement auprès de votre proche
 Les horaires ne conviennent pas
 Vous ne ressentez pas le besoin de participer à ce type d'action
 Ce qui est proposé ne répond à vos attentes
 Autre

Si 'Autre', précisez :

35.2. Si Oui, est-ce que cela a répondu à vos attentes ?

- Oui Non

Commentaires :

Merci pour votre participation et de retourner ce document
avant le 28/03/2012
au moyen de l'enveloppe T jointe à l'adresse suivante :

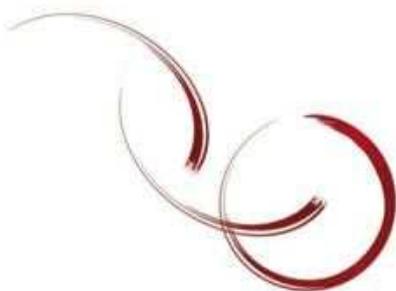
Conseil Général de la Haute-Savoie
Pôles Gériatriques Annecy Est et Ouest
Secrétariat de coordination
39, Avenue de la Plaine
74000 ANNECY

ANALYSE DU QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES AIDANTS



Conseil Général de Haute-Savoie

Etude et concertation préalables à la rédaction du schéma
géronologique départemental



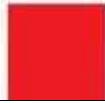
Analyse du questionnaire à destination des aidants

**Réflexion sur leurs besoins et les dispositifs
à mettre en place pour y répondre**





Sommaire



- Caractérisation des aidants répondants
- Caractérisation des aidés
- Connaissance des services et aides disponibles
- Besoins des aidants répondants

Caractérisation des aidants répondeurs (1/2)

- Les aidants répondeurs sont en grande majorité des femmes (à 68%).
- Ils ont en moyenne 60 ans :
 - Plus de 80% d'entre eux ont 50 ans ou plus.
 - La tranche d'âge la plus représentée est celle des 60-69 ans (31%), suivie des 50 à 59 ans (29%) puis des 70 ans ou plus (21%).
- 75% d'entre eux sont en couple.
- La part des aidants retraités (46%) et celle des aidants exerçant une activité professionnelle (41%) sont similaires.
- Plus de la moitié des aidants répondeurs sont les enfants (à 57%). 21% d'entre eux ont un autre lien familial avec l'aidé et 18% des aidants sont les conjoints.
- 58% n'habitent pas sous le même toit. 70% habitent à moins de 10km et 78% utilisent leur véhicule pour se rendre chez la personne aidée.

La moyenne d'âge des aidants est de 60 ans ; il s'agit donc d'une population elle-même vieillissante. Par ailleurs, plus de la moitié des aidants sont les enfants ; ils n'habitent donc pas sous le même toit que la personne aidée, ce qui soulève la problématique des transports.

Caractérisation des aidants répondeurs (2/2)

- **40% des aidants interviennent plusieurs fois par jour**, 34% une à plusieurs fois par semaine. 48% interviennent depuis 1 à 5 ans, 44% depuis plus de 5 ans.
- L'aide apportée concerne en premier lieu les **démarches administratives** (89%), **l'accompagnement aux RDV et sorties** (82%), **les activités domestiques** (79%), puis dans une moindre mesure l'organisation des services (61%), et les soins, l'hygiène et l'aide à l'alimentation (49%).
- **53% des aidants jugent leur intervention difficile**. **72%** qualifient l'aide qu'ils apportent d'**indispensable**, 22% l'estiment plutôt complémentaire.

Une grande partie des aidants interrogés le sont depuis plus de 5 ans, ce qui fait d'eux une population particulièrement sujette au risque d'épuisement. De plus, la propension à ressentir la nécessité d'être relayé s'accroît avec l'antériorité de l'aide apportée, d'où l'importance de cibler en priorité les aidants de longue date.

Par ailleurs, les conjoints aidants sont ceux qui apportent le soutien le plus fréquent (plusieurs fois par jour), ce qui accroît leur risque d'essoufflement. Ils ressentent d'ailleurs davantage que les enfants la nécessité d'être relayé.

Il faut également noter que la moitié des aidants répondeurs déclarent apporter une aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (soin, alimentation), ce que l'APA devrait en théorie couvrir par le biais de l'aide à domicile. Cela interroge également les capacités des proches à effectuer ces actes, la toilette pouvant être assimilée à un acte technique pour lequel il convient d'être formé.

Caractérisation des aidés (1/2)

- Les personnes aidées sont **en majorité des femmes** (à 70%). Ces personnes sont âgées de 84 à 90 ans (39%), de 77 à 83 ans (25%), 91 ans et plus (20%).
- Les aidants qualifient à 49% les proches qu'ils accompagnent de « dépendant », 29% de « très dépendant » et à 17% de « peu dépendant ». **73% des aidants dépendants connaissent le GIR de leur proche :**
 - 36% des proches aidés sont en GIR 4, 30% en GIR 3, 24% en GIR 3 et 5% en GIR 1.
- **91%** des personnes aidées bénéficient d'**interventions de professionnels à domicile** : 93% d'aide à domicile, 57% de visites du médecin traitant, 47% d'un infirmier libéral.

*Les aidants interrogés évaluent globalement correctement le niveau de dépendance de leur proche : on note une correspondance entre le niveau estimé et le GIR.
Notons toutefois que parmi les aidants des personnes âgées de GIR 1, ils sont encore 13% à considérer leur proche comme étant « peu dépendant ».*

Caractérisation des aidés (2/2)

- **88% des aidants** estiment que les différents services intervenant après de la personne aidée s'articulent bien.
- **89% des aidants communiquent avec ces professionnels.** Ils le font le plus souvent de visu (à 60%) mais également par contacts téléphoniques (52%), et par le biais du cahier de liaison mis à disposition au domicile de l'aidé (44%). 83% des aidants jugent la communication avec les professionnels satisfaisante.
- **85%** des aidants jugent l'organisation du maintien à domicile satisfaisante.
- **80% des aidants** pensent que les professionnels sont conscients de leur rôle d'aidant, 12% pensent le contraire.

Une grande majorité des aidants répondants juge très favorablement l'organisation générale du maintien à domicile de leur proche, l'articulation des différents services entre eux et la communication avec les professionnels. Toutefois, les résultats sont légèrement inférieurs concernant l'identification par les services du domicile du rôle tenu par l'aidant. Il semblerait donc pertinent de réaffirmer l'importance d'identifier clairement les rôles tenus par l'entourage de la personne âgée, et d'adapter la communication en conséquence, afin que l'aidant se sente reconnu et valorisé dans ses « fonctions ».

Connaissance des services et aides disponibles (1/2)

La **connaissance des aides possibles** par les aidants est très **hétérogène** selon le service considéré :

- Les pôles gérontologiques du Conseil général sont relativement bien connus (à 67%) ;
- Ils sont 79% à ne pas connaître les bilans de santé proposés aux aidants familiaux par les organismes de protection sociale ;
- 67% ne connaissent pas les instants Alzheimer (Accueil de jour),
- En revanche, 76% des aidants connaissent le dispositif de téléalarme du Conseil Général ;
- 81% d'entre eux ne connaissent pas le site Internet Age+74 ;
- 75% des aidants répondants ne connaissent pas la fiche contact (pochette verte).

Au vu de ces résultats, il semble que la communication doive être renforcée, en priorité concernant les bilans de santé proposés par les caisses de retraite, les instants Alzheimer, le site internet Age+74 et la fiche contact. En revanche, les pôles gérontologiques et la téléalarme semblent relativement bien identifiés par les aidants.

Connaissance des services et aides disponibles (2/2)

- **La moitié (52%) des aidants** estime avoir besoin de **plus d'information sur les aides techniques possibles** (aménagement du logement, aides matérielles). 45% des aidants réclament également davantage d'information concernant **les aides financières possibles**.
- Seules **20% des personnes aidées ont envisagé une entrée en établissement**. En revanche, lorsque cela a été envisagé, 80% d'entre elles ont effectué des demandes d'entrée.
- Concernant les possibilités d'accueil séquentiel, **l'hébergement temporaire semble davantage connu** (à 49%) **que l'accueil de jour** (36% seulement).
- Lorsque ces solutions sont connues, une majorité ne les a pas utilisées. Seules 28% des personnes aidées ont alors déjà effectué un séjour en hébergement temporaire, et 20% en accueil de jour.

Il semblerait qu'il faille davantage communiquer auprès des aidants sur les aides disponibles, en particulier sur les aides de nature technique. D'autre part, une majorité des aidants répondants n'a pas connaissance des solutions d'accueil séquentiel qui lui sont offertes, en particulier l'accueil de jour. Il s'agit donc de mieux communiquer sur ces possibilités d'aide au répit. D'autre part, même lorsqu'elles sont connues, elles ne sont que peu utilisées. Il conviendrait donc d'agir en parallèle sur les freins à l'utilisation des ces services. Ces freins sont souvent de nature financière (les plans d'aide APA ne couvrant pas l'intégralité du coût de fréquentation), logistique (difficultés de transport) et/ou psychologique (sentiment de culpabilité à laisser le proche dans ces structures).

Besoins des aidants répondeurs (1/2)

- La proportion d'aidants ressentant le besoin d'être relayé (47%) égale celle qui n'en ressent pas le besoin (46%).
 - Lorsque le besoin d'aide au répit est ressenti, il l'est d'abord du fait des absences (vacances, loisirs, hospitalisation...) à 50%, puis de l'état de santé à 46%, et enfin du fait de l'activité professionnelle à 35%.
 - Cette demande de relai concerne avant tout les journées (37%) et certains week-ends (31%).
- 48% des aidants ressentent le **besoin d'être mieux informés**. Lorsque tel est le cas, les 5 thèmes d'intérêt les plus cités sont :
 - Les différents services et aides possibles
 - Les différents types d'accueils et d'hébergement : Accueil de jour, hébergement temporaire, EHPAD, Foyer Logement
 - Les troubles du comportement de la personne âgée et incidence sur l'entourage
 - La prévention des chutes/gestes et postures
 - Comment détecter et éviter l'épuisement de l'aidant ?

Le besoin de répit n'est pas un sentiment partagé par tous les aidants. Notons toutefois que ce besoin est souvent sous-représenté du fait du sentiment de culpabilité de l'aidant à demander un soutien. Par ailleurs, ce besoin peut naturellement varier en fonction de l'intensité de l'aide prodiguée, de l'âge de l'aidant, de la relation avec l'aidé... D'autre part, il semble opportun d'axer les prochaines réunions destinées aux aidants sur les 5 thèmes ressortant du questionnaire.

Besoins des aidants répondeurs (2/2)

- **Un tiers des aidants (34%) ressent le besoin d'être davantage aidé sur le plan financier, près d'un quart (23%) d'être aidé par la mise en place de plus d'aides techniques, et un cinquième (21%) ressent le besoin d'un soutien moral.**
 - Les modalités préférées de ce soutien moral sont variées : 48% des aidants ressentant ce besoin souhaiteraient un accompagnement individuel (médecin, psychologue...) et 39% un accompagnement collectif (groupes de paroles, rencontres thématiques...).
- **85% des aidants n'ont jamais participé à une action d'aide aux aidants familiaux** (tels que les conférences, groupes de paroles, rencontres thématiques).
- Les raisons de cette non-participation sont nombreuses. Tout d'abord, **37% d'entre eux n'ont pas connaissance d'une telle action** sur leur secteur, et une proportion identique ne ressent pas le besoin de participer à ce type d'action. D'autres raisons sont avancées : l'aidant rencontre des problèmes de remplacement auprès de son proche (11%), ou les horaires ne conviennent pas (10%). En revanche, **ces actions ont répondu aux attentes d'une grande majorité (65%) des aidants** y ayant déjà participé.

Le besoin d'être davantage soutenu financièrement doit être relativisé au vu de la forte proportion d'aidants qui estime avoir besoin de plus d'information concernant les aides financières possibles. En effet, il est probable que toutes les aides disponibles ne soient pas connues, et donc sous-utilisées.

Par ailleurs, une forte proportion d'aidants n'a jamais participé aux actions qui leur sont destinées, avant tout parce qu'ils n'en avaient pas connaissance. Il s'agit donc de communiquer davantage sur ces actions. D'autre part, au vu de la diversité des besoins des aidants, il convient de proposer une multiplicité de réponses. Sur le plan du soutien moral, par exemple, l'accompagnement proposé pourra être collectif ou individuel.

DEMARCHE D'ELABORATION DU SCHEMA

1

INSTANCES DE SUIVI & DE PILOTAGE DES TRAVAUX

Le suivi de l'élaboration du schéma a été assuré par deux instances : le comité de pilotage et le comité de suivi technique.

Le comité de pilotage, composé des élus départementaux de la Commission Enfance – Famille – Grand Age - Handicap, est à la fois un espace de débats et de définition des orientations stratégiques, et un lieu d'arbitrage des propositions d'évolution.

Ce comité s'est réuni à plusieurs reprises et notamment :

- ✓ après la concertation avec l'ensemble des acteurs départementaux pour valider le plan d'actions ainsi que l'architecture du schéma (novembre 2012) ;
- ✓ avant le vote par l'Assemblée Départementale pour formaliser le projet de schéma.

Le comité technique de suivi, espace de propositions, de discussions et de coordination pour garantir la gestion du projet et la cohérence d'ensemble des travaux, rassemble quant à lui les principaux partenaires représentant le Comité Départemental de Coordination Gériatrique.

Ce comité s'est réuni à trois reprises au cours de la démarche : à son lancement (juillet 2012), après la concertation pour arbitrer entre les actions proposées (octobre 2012), et enfin pour valider le plan d'actions définitif (janvier 2013).

2

ORGANISATION D'UNE SEMAINE DE CONCERTATION

Afin d'impulser une dynamique participative, une « Semaine gériatrique » a également été organisée, dans le but de dégager collectivement des propositions au regard des problématiques identifiées lors de la phase d'état des lieux.

Six groupes, réunissant au total plus de 160 personnes, ont été organisés sur trois jours en septembre 2012 autour des thématiques suivantes :

- ✓ Bien vieillir en Haute-Savoie
- ✓ Le parcours résidentiel des aînés
- ✓ L'accompagnement des aidants
- ✓ Le vieillissement des personnes handicapées
- ✓ L'organisation et la structuration autour de la personne âgée
- ✓ Les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel

Les différents groupes ont ainsi produit des propositions d'actions qui ont servi de base à l'élaboration des orientations du présent Schéma.

A la fin de cette semaine de groupes de travail, une séance de restitution des productions des 6 groupes a été organisée. Ouverte à tous les acteurs du champ médico-social (participants ou non aux groupes de travail), cette plénière a été l'occasion de partager les propositions d'actions.

Ces temps d'échanges forts ont permis de dynamiser les relations et de favoriser le dialogue entre les partenaires et avec le Conseil général.

3

METHODOLOGIE & TRAVAUX REALISES

Le travail d'élaboration du schéma s'est appuyé sur un **état des lieux et un bilan du précédent schéma ainsi que sur les enquêtes et études complémentaires. Les principaux travaux sont les suivants :**

- ✓ **Un questionnaire à destination des aidants familiaux** des bénéficiaires de l'APA à domicile en Haute-Savoie. 1500 questionnaires ont été envoyés : un tri aléatoire a été effectué par les pôles gérontologiques sur les fichiers des bénéficiaires de l'APA à domicile à hauteur de 25%.
- ✓ Plus de la moitié des aidants familiaux interrogés ont répondu, soit 791 réponses (un taux de retour à hauteur de 52,73%).
- ✓ **Un questionnaire de recueil des contributions des prestataires et représentants des personnes âgées** (gestionnaires d'établissements et services, équipes médico-sociales, CODERPA...), disponible sur le site du Conseil général Age+74.
- ✓ **Un travail de comparaison** avec les départements de la région Rhône-Alpes et la France métropolitaine.
- ✓ **Une étude démographique** : des projections démographiques à horizons 2015, 2015 et 2035, des projections de personnes âgées dépendantes et un profil migratoire rétrospectif des personnes âgées de 60 ans et plus.
- ✓ **Un bilan de chaque action du schéma gérontologique 2008-2012.**

LEXIQUE

AJ	Accueil de jour
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRA	Centre Hospitalier de la Région d'Annecy
CIAS	Centre Intercommunal de l'Action Sociale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMT	Evaluation en Milieu du Travail
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETH	Equipes Territorialisées du Handicap
FL	Foyer-Logement
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEIQ	Groupement des Employeurs pour l'Insertion et la Qualification
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires (Loi du 21 juillet 2009)
HT	Hébergement Temporaire
MAIA	Maison de l'Autonomie et de l'Intégration des malades d'Alzheimer
MARPA	Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PRS	Projet Régional de Santé
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnements des handicaps et de la perte d'autonomie
RH	Ressources Humaines
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SPTS	Service de Préparation de Transition et de Suivi
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSR	Service de Soins et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des Acquis et de l'Expérience