



Centre régional d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps
CS 60615 - 35 706 RENNES CEDEX 7
Tél. 02.99.38.04.14 – Fax. 02.99.63.41.87
Email : creaibretagne@cegetel.net - Site Internet : www.creai-bretagne.org

EVALUATION CROSMS 2005-2009

de l'évolution de l'équipement au regard de l'état des besoins
tel qu'il ressort des schémas départementaux
et des schémas et synthèses régionaux

Fenêtre Personnes âgées

réalisée par le CREAI de Bretagne
Janvier 2010

Document remis au secrétariat du CROSMS en janvier 2010
et validé par le CROSMS en séance du 11 janvier 2010

Sommaire

I – Analyse documentaire relative aux évolutions de prise en charge	5
II – Synthèse comparative des orientations des schémas départementaux	21
III – Analyse rétrospective des projets présentés en CROSMS illustrant ces évolutions de prise en charge	35

Cette année, à la demande de la DRASS, « l'évaluation annuelle » vise à identifier et à analyser les évolutions qualitatives des prises en charge dans le secteur social et médico-social.

Pour ce faire, nous avons opté pour une réflexion en 3 temps :

1. Une analyse documentaire relative aux évolutions des prises en charge des personnes âgées
Cette partie rend compte des évolutions législatives mais aussi des évolutions telles qu'elles apparaissent dans les rapports d'étude (DREES, CNSA, DRASS de Bretagne...) ou actes de colloque, etc.
2. Une analyse des constats et des orientations des schémas
Après un rappel des orientations régionales (PRIAC SROS volet Personnes âgées), cette partie propose une lecture comparative des orientations départementales en faveur des personnes âgées.
3. Une analyse rétrospective des projets présentés en CROSMS
Enfin, une troisième partie rend compte des évolutions des réponses relatives aux personnes âgées au travers de l'activité du CROSMS sur les 5 dernières années (2005 à 2009, l'année 2009 restant à introduire).

I – Analyse documentaire relative aux évolutions de prise en charge

I.1.) Éléments d'évolution de la demande sociale et des cadres d'action

Les années 2008 et 2009 sont évidemment marquées par la poursuite des actions de politiques publiques engagées. Ces actions se confirment sur la plupart des territoires de vie en Bretagne. Elles sont aussi au croisement entre, d'une part, une demande sociale qui évolue (report de la demande d'aide vers le très grand âge, montée des dépendances et notamment de la maladie d'Alzheimer) et d'autre part des adaptations de dispositifs de réponses initiées par l'Etat, avec leurs incidences sur les actions des collectivités.

a) La demande sociale.

Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population est un phénomène constant depuis de nombreuses années. Il est lié notamment à l'allongement de l'espérance de vie (77,5 ans¹ pour les hommes et de 84,3 ans pour les femmes, et elle continue d'augmenter à raison de 3 mois par an) et à l'arrivée aux grands âges des générations plus nombreuses issues du baby-boom.

Le vieillissement est également facteur de perte d'autonomie corporelle et mentale.

En France, l'espérance de vie à 65 ans est passée chez les hommes de 14,1 ans en 1981 à 15,7 ans en 1991 et l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est passée de 8,8 à 10,1 ans.

¹ INSEE, Bilan démographique 2008

Chez les femmes, l'espérance de vie est passée de 18,3 à 20,1 ans et l'espérance de vie sans incapacité de 9,8 à 12,1 ans.

Le taux de prévalence de la dépendance évolue en fonction de l'âge de façon exponentielle.

Par ailleurs, le nombre croissant de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les difficultés particulières posées par la perte d'autonomie et les pathologies associées, le retentissement très lourd sur leur entourage, en font un problème majeur de santé publique.

Le choix de rester à domicile

Au recensement de 1999, plus de 93% des personnes âgées d'au moins 65 ans vivent à domicile (hors logements-foyers).

Fin 2007², environ 10% des personnes de 75 ans ou plus vivent en institution.

Cette proportion croît logiquement avec l'âge et atteint 24% des personnes de 85 ans ou plus. En 10 ans, l'âge moyen des personnes accueillies en établissement pour personnes âgées a augmenté³, notamment en raison d'une entrée en établissement de plus en plus tardive, traduisant le souhait de demeurer à domicile.

Globalement, au 31 décembre 2007, l'âge moyen des personnes accueillies en institution est de 83 ans et 5 mois, contre 81 ans et 10 mois en 1994. Près des trois-quarts des résidents appartiennent au « quatrième âge » : 74% ont 80 ans ou plus contre 71% en 2003.

Les résidents âgés de 95 ans ou plus représentent une part croissante de la population âgée en établissement : ils constituent 10 % des résidents en 2007, soit 2 points de plus qu'en 2003.

La proportion de personnes dépendantes dès l'entrée en institution est également en forte progression.

Le rôle des aidants informels et les prestations favorisant le maintien à domicile

Fin 1999⁴, plus d'un quart des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile, soit 3,2 millions d'entre elles, recevait une aide en raison d'un handicap ou d'un problème de santé.

Pour pouvoir rester à domicile, les personnes âgées de 60 ans ou plus ayant besoin d'aide ont recours en tout premier lieu à une aide dite « informelle », c'est-à-dire une aide fournie par l'entourage (pour près de 50% des personnes âgées, l'aide provient uniquement de l'entourage et une aide professionnelle est associée à une aide de l'entourage dans 29% des cas... Seules 21% des personnes aidées bénéficient exclusivement d'une aide professionnelle).

² Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et Résultats N° 699, août 2009, DREES

³ Au 31 décembre 2007, les personnes accueillies en institution sont âgées de 84 ans et 2 mois en moyenne, contre 83 ans et 8 mois en 2003 et 81 ans et 10 mois en 1994.

⁴ Source : « *Les aides et les aidants des personnes âgées* » in Etudes et Résultats n°142, DREES, en attente de la publication des résultats de l'actualisation de l'étude HID

Ainsi, les 3.230.000 personnes âgées aidées s'appuient au total sur 5.900.000 aidants. Parmi ces derniers, les aidants non professionnels ou informels représentaient 3.700.000 personnes, soit plus de 60% de l'ensemble des aidants.

Les aidants non professionnels sont presque tous des membres de la famille. Parmi les aidants principaux désignés par les personnes âgées aidées, la moitié d'entre eux sont des conjoints, la femme dans six cas sur dix, et un tiers sont des enfants, une fille ou une bru dans sept cas sur dix.

C'est donc en majorité parce qu'elles disposent d'un appui provenant de leur entourage, que les personnes âgées peuvent rester de plus en plus longtemps à leur domicile, ceci même dans des situations de dépendance importante.

Néanmoins, le fait d'aider une personne âgée dépendante a un réel impact sur la vie personnelle et professionnelle des aidants. Pour ces derniers, fatigue morale et stress font notamment partie des difficultés à surmonter, comme l'ont montré des études précédemment menées.

b) Les adaptations des cadres d'action.

Couverts par les rapprochements entre le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et les schémas départementaux des conseils généraux, la plupart des territoires de vie en Bretagne sont désormais concernés (ils le seront tous à terme) par toutes les évolutions programmées des politiques publiques :

- La transformation progressive d'une grande part des USLD (unités de soins de longue durée, en secteur sanitaire) en EHPAD (établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes), comme le rappelle la circulaire de novembre 2008 (Circulaire DHOS/02 /F2/DGAS/2C/CNSA no 2008-340 du 17 novembre 2008 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée). Ainsi, verra-t-on les 2/3 des USLD devenir EHPAD, les capacités des USLD restantes étant redéfinies et devant être les plus proches possible du nombre de patients authentiquement concernés par une prise en charge sanitaire (nombre des patients SMTI + M 2 constaté par la coupe Pathos de juin 2006).
- La confirmation d'une nouvelle organisation des réponses sanitaires aux problématiques du grand âge, dans le SROS validé en CROSMS en septembre 2009 (cf. détails, ci-après).
- La poursuite des applications des schémas départementaux (des conseils généraux) dans les territoires et les élaborations complémentaires de ceux-ci (cf. tableaux ci-après).
- La publication en mars 2009 d'une recommandation importante de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale, agissant en coordination avec la HAS – Haute Autorité en Santé) : L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE D'ALZHEIMER OU APPARENTÉE EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL ».
- L'appel à projet pour un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies Alzheimer et apparentées

- Le développement de plateforme locale de maintien à domicile, à l'initiative des conseils généraux, par concertation entre les acteurs de terrains et avec l'incidence de la montée en charge des CLIC (centres locaux d'information et de coordination gérontologique), dont certains commencent à être labellisés de niveau 3, c'est-à-dire pour la mise au point, la concertation entre acteurs, et l'évaluation du plan d'aide⁵
- La poursuite du programme d'allocation (APA) aux personnes âgées demeurant chez elles ou résidant en établissement, ainsi que la montée en charge progressive de la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes âgées très dépendantes en remplacement progressif de l'ACTP (allocation compensatrice tierce personne), venant abonder un plan d'aide personnalisée organisé et évalué en MDPH (maison départementale des personnes handicapées) ou parfois en CLIC labellisé de niveau 3.
- Le développement des SSIAD (Service de soins infirmiers au domicile) qui coordonnent ces soins à l'échelle d'un territoire de proximité et les concertent avec les infirmiers libéraux ou suppléent quand ces derniers ne sont pas suffisamment nombreux (dans certains territoires),
- Le développement de l'appui aux aidants familiaux (notamment par le développement progressif de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire), avec une mention particulière (citée plus haut) dans le domaine de la maladie Alzheimer, mais sans restreindre la plupart des offres d'appui à cette considération.

I.2.) Problématiques particulières : préconisations, recommandations (réforme USLD, plateforme Alzheimer, recommandations ANESM, enquêtes, rapports)

a) La réforme des USLD

La réforme des USLD (actuellement, 3 % des réponses aux personnes âgées) fait apparaître qu'en moyenne, sur les divers territoires, les deux tiers de ces unités sont transformables en EHPAD, après constats des problématiques de leurs patients (« coupe PATHOS » relevée en 2006) plus proches du statut d'utilisateur ressortissant d'un lieu de vie –avec soin- et non d'un lieu de soin à plein temps.

Cette évolution aura bien sûr à terme des incidences puisque ce glissement contribue à renforcer le dispositif EHPAD et répartit des moyens publics supplémentaires en direction des personnes âgées ; car il a toujours été – c'est évident du fait de la différence des missions - constaté des disparités budgétaires correspondant à des taux d'encadrement différents (selon diverses sources⁶ : en 2003 par exemple le ratio moyen était de 75 soignants pour 100 personnes âgées

⁵ Les CLIC sont des services sociaux et médico-sociaux visés au 11° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles. Leurs missions sont déclinées en fonction du niveau de label...**Niveau 1** : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux. **Niveau 2** : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux, évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention. **Niveau 3** : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux, évaluer les besoins, élaborer un plan d'aide, accompagner, assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner

⁶ Sources :

L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle. DREES, Etudes et Résultats n°691 ;

Regard sur la dépendance des personnes âgées en Ile-de-France. INSEE. Octobre 2009

L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. DREES, Etudes et Résultats n°689 ;

dépendantes dans les USLD et de 55 accompagnants pour 100 personnes âgées dépendantes dans les EHPAD).

A titre d'exemple⁷, pour évaluer l'incidence de cette évolution, en 2008, le coût global d'hébergement d'une personne âgée en EHPAD est souvent établi entre 80 et 90 euros (coût inférieur à la prise en charge en service hospitalier, étant donné la différence des missions et comprend un reste à payer par l'utilisateur (aidé ou non)). Ce coût est réparti entre trois sources de financement : 50 % par l'utilisateur pour l'hébergement, 20 % par le Département pour la dépendance (APA) et l'aide sociale et 30 % par la sécurité sociale pour les soins médicaux (on note à ce propos que l'Assurance Maladie expérimentera à partir de 2009 l'intégration du coût des médicaments dans les budgets des EHPAD).

En ce qui concerne les incidences en terme d'offre globale, en Ile et Vilaine, par exemple, on voit ainsi programmée la requalification de 1 026 lits d'USLD en EHPAD, sur 1 531 lits d'USLD initiaux.

Seuls 505 lits d'USLD vont ainsi subsister (à noter : certains établissements seront entièrement transformables en EHPAD ; ce sera par exemple le cas de 5 établissements qui pourraient voir l'intégralité de leurs lits USLD transformés en EHPAD : les hôpitaux locaux d'Antrain, Combourg, Saint-Méen-le-Grand, Cancale et la Guerche-de-Bretagne).

On notera cependant qu'en général, à l'échelle nationale, la réalité est de façon majoritaire marquée par les réponses de type EHPAD (75 %), les autres réponses étant minoritaires (logement foyer 17 %, maison de retraite 5 % et USLD 3 %).

b) Appel à projet de la CNSA. Le dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies Alzheimer et apparentées.

(et incidences à terme de la circulaire de juillet 2009 sur le dispositif de réponses aux personnes concernées)

Il s'agit d'un appel à projet qui aura à terme des incidences sur la conception des réponses dans chacun des territoires de proximité.

L'appel à projet a pour but de valoriser et d'évaluer une palette de formules applicables en réponse aux besoins spécifiques des personnes concernées par la maladie Alzheimer.

Cette palette de formules doit répondre à quatre objectifs :

1. offrir du temps libéré (une aide se substitue à celle apportée par l'aidant / séparation de l'aidant et du patient) ou accompagné (sans séparation / intégrant la dimension de « bon temps passé ensemble ») ;
2. informer, soutenir et accompagner les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ;
3. favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et concourir à leur bien-être psychologique et émotionnel. La personne malade et son aidant ne sont pas réduits à leur statut de malade ou de soutien ;

⁷ Conseil général d'Ile-et-Vilaine

4. contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades (dimension thérapeutique évaluable, dont l'impact sur la santé des personnes peut être mesuré).

Par ailleurs, les projets présentés en CROSMS à compter de 2009 mais probablement surtout à compter de 2010 tiendront souvent compte des préconisations contenues dans la circulaire de juillet 2009. Pour l'instant, toutefois, les nouveaux projets de réponse « Alzheimer » se présenteront plutôt comme des modules d'EHPAD à moyens quelque peu renforcés, et reconnus comme tels par les services de l'Etat, les conseils généraux et l'assurance maladie, en attendant de mieux connaître les applications possibles de la circulaire de Juillet 2009 (cf. ci-après).

c) La recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM (Maladie ALZHEIMER)

Etant donné l'importance prise par la maladie d'Alzheimer dans l'ensemble des besoins (du fait notamment de l'accroissement considérable des publics concernés par le grand âge) il paraît important de donner ici toute sa place au contenu de la recommandation publiée par l'ANESM en mars 2009 : « L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE D'ALZHEIMER OU APPARENTEE EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL »

Bien des points de cette recommandation sont valables pour l'accueil de toutes personnes, qu'il s'agisse de recommander des unités d'accueil de 10/12 personnes (pour une ambiance, une veille et organisation optimale) ou de préciser ce qui peut accroître la qualité de vie, le suivi de la santé...

Cette recommandation s'inscrit dans le cadre des mesures 1 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012 concernant le développement des accueils temporaires et la création d'unités dites « pôles d'activités et de soins adaptés » (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR)⁸.

⁸ Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6/7/09 et DREES /DMS/2009/184 du 1/7/09 relatives au plan Alzheimer. Cahier des charges de l'adaptation des EHPAD et des USLD à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Note DGAS du 28.04.09 disponible sur le site de la CNSA

Le plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, présenté le 1er février 2008 par le Président de la République, s'articule autour de trois axes :

- Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants
- Connaître pour agir (axe recherche)
- Se mobiliser pour un enjeu de société

La présente circulaire ne porte que sur la mise en oeuvre du volet médico-social du plan.

Dans ce volet, le plan Alzheimer 2008-2012 a pour ambition de créer une filière d'accompagnement global des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, permettant aux malades et à leurs proches de bénéficier de manière coordonnée d'un ensemble de prestations adaptées à l'évolution de la maladie en s'appuyant notamment sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les plateformes d'accompagnement et de répit, les maisons de l'autonomie et de l'intégration pour les malades Alzheimer (MAIA) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) articulés à des équipes plus spécialisées.

Le suivi, la coordination interministérielle et l'évaluation de la mise en oeuvre du plan ont été confiés par le Président de la République à une mission dirigée par Madame Florence Lustman, inspecteur général des finances.

La première année du Plan a été consacrée à la définition de la stratégie et du cadrage des mesures le composant. Elle a donné lieu à des réunions de concertation et de travail pour l'élaboration d'études, de recommandations, de cahiers des charges et d'appels à projets. Nous entrons désormais dans une phase opérationnelle qui nécessite votre concours : suivi des mesures, identification des structures, relais d'information ...

Elle s'articule avec les travaux menés par la Haute autorité de santé (HAS) notamment les « Recommandations de pratiques cliniques sur les modalités de sédation des troubles psychologiques et comportementaux dans les situations difficiles, et sur la prise en charge des troubles psychologiques et comportementaux » et la recommandation intitulée « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ».

Elle est par ailleurs directement liée à celle éditée par l'Anesm sur « La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre ».

La première partie de ce document est consacrée à la méthodologie, aux principes directeurs, au champ et aux objectifs visés. La deuxième présente des modalités pratiques communes à l'ensemble des structures prenant en charge ces personnes.

Les pratiques spécifiques relatives à certaines modalités d'accueil (de jour, de nuit, hébergement temporaire) sont précisées en troisième partie.

Elle concerne directement les établissements médico-sociaux autorisés dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, unité spécifique Alzheimer ou apparentée en Ehpad, pôle d'activités et de soins adaptés, unité d'hébergement renforcée.

On notera particulièrement : quatre principes fondamentaux qui guident la réflexion éthique : principe d'humanité et de dignité, principe de solidarité, principe d'équité et de justice, et principe d'autonomie.

Il s'agit aussi de solliciter les personnes de façon adaptée, une sur-stimulation ou une mise en échec risquant d'entraîner ou de majorer des troubles psycho-comportementaux. De même, un changement de lieu, de condition de prise en charge, la présence d'un nouveau professionnel, un déficit de « savoir-être » peuvent générer des troubles psychologiques et comportementaux. Il est donc essentiel de prévenir ces troubles et d'éviter les ruptures dans la journée et plus globalement, dans les prises en charge

Ces prises en charge ont lieu dans le cadre d'unités dédiées comprenant les unités spécifiques déjà existantes et celles prévues par le plan Alzheimer : PASA et UHR.

Mais il est évident que tout diagnostic apparaissant à propos d'une personne déclenchera les préoccupations correspondantes quelle que soit la structure dans laquelle elle vit, ou l'accompagnement au domicile qu'elle reçoit.

La circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/1 95 du 06 juillet 2009 relative à la mise en oeuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 a pour objet de rappeler les orientations du plan et de préciser la déclinaison opérationnelle de ces mesures, ainsi que le rôle des services déconcentrés dans cette mise en oeuvre.

Les personnels sont accompagnés dans leurs qualifications de base et complémentaires (volet spécifique du plan de formation) pour s'inscrire dans actions quotidiennes, les partenariats nécessaires, adapter leur action et la graduer en fonction du degré des troubles.

Les partenariats nécessaires sont mis en place, avec les partenaires d'amont (associations dédiées, familles, professionnels), et contemporains de l'accueil (soins, etc.), y compris les bénévoles.

L'accueil est particulièrement organisé pour tenir compte des troubles, l'avis du médecin coordonnateur étant requis (on insiste aussi pour n'arrêter les traitements au prétexte de l'entrée en établissement).

Les questions concernant la vigilance au quotidien, notamment nocturne, sont à traiter avec la plus grande précision. Restriction de déplacement (codes, etc.), caméras, bracelet électronique, médication adéquate, toutes les solutions doivent être élaborées en équipe, avec les considérations éthiques qui s'imposent et en s'entourant de conseils et de prescriptions médicales.

Il est recommandé que l'aménagement facilite l'orientation temporelle et spatiale en tenant compte de l'orientation altérée en raison de troubles cognitifs :

- Points de repère, signalisation colorée ou lumineuse, etc. ;
- Espaces facilement identifiables (géométrie claire, non répétitive, non symétrique) ;
- Horloge ou calendrier, par exemple, dans les espaces communs aide au repérage temporel ;
- vue sur l'extérieur favorisant l'appréhension de l'heure et des saisons ;
- Changements de couleurs étudiés afin de faciliter l'orientation et les déplacements des personnes, les inciter à se rendre sur les lieux de vie ...

Il est recommandé que l'espace permette la déambulation en toute sécurité. A cette fin, les circulations permettent aux personnes de pouvoir aller et venir librement en utilisant les espaces existants, intégrés aux espaces de vie sous une surveillance essentiellement assurée par le personnel.

Lorsque l'accueil de jour est adossé à un établissement existant, le projet sera bien identifié et identifiable. Il est recommandé que :

- la structure soit organisée en petites unités d'une douzaine de places, favorisant le lien social sans sur-stimuler les personnes ;
- l'accueil de jour soit particulièrement attentif à s'inscrire dans le réseau existant en coordination avec les professionnels intervenant au domicile et le médecin traitant, afin de mettre en oeuvre un accompagnement cohérent et global, adapté à la situation et aux attentes des personnes et de leurs aidants ; en y intégrant d'ailleurs les caractéristiques de la préparation à la première venue à l'accueil de jour, puis celles du transport au quotidien.

Il est recommandé que l'accueil de nuit de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée soit mis en place dans le cadre d'un projet élaboré en collaboration et en coordination avec les différents acteurs concernés sur un territoire donné : services à domicile, médecins généralistes, CLIC, MAIA, représentants des familles.

Il est recommandé que le projet d'établissement concernant l'hébergement temporaire reste centré prioritairement sur l'amélioration de la qualité de vie de la personne vivant à domicile.

Dans ce but, l'hébergement temporaire offre une grande souplesse, dans ses modalités et dans ses objectifs, de manière à s'adapter à la multiplicité des projets personnalisés : durées de séjour variables, séjours de répit programmés à un rythme adapté aux besoins (accueil séquentiel), séjours de rupture en cas de crise, séjours de socialisation /animation. Le cas échéant, il peut permettre une familiarisation avec la vie en collectivité, préalable à un hébergement permanent.

Il est recommandé d'organiser précisément la coordination avec les structures d'aide et de soins à domicile (partenariat formalisé) et le médecin traitant.

Dans toutes ses actions la structure veille particulièrement à valoriser les aidants naturels de la personne.

d. Les enseignements des investigations de l'IGAS

La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en oeuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements⁹.

Entrée en vigueur le 1er janvier 2002, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 pour contribuer à la prise en charge financière de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le rapport développe un constat en six points, assortis pour chacun des recommandations de la mission :

- Il déplore les délais d'attribution de la prestation, générés par les textes et les pratiques. Deux des départements respectent en moyenne le délai réglementaire de deux mois, dont un en s'éloignant fortement des textes, mais les trois autres le dépassent largement (de 4 à 5 mois d'instruction). Le rapport recommande la révision des textes relatifs aux délais procéduraux intermédiaires et la transformation de la commission de proposition d'APA en commission d'orientation et de surveillance, afin de permettre le respect du délai de deux mois pour l'ouverture des droits.
- Il analyse l'organisation hétérogène des processus d'instruction et de décision : des choix différents ont été faits par les conseils généraux, sans que s'impose un modèle idéal. L'organisation peut être déconcentrée comme dans l'Ain ou plus ou moins concentrée comme dans les autres départements examinés. Les services sont plus ou moins cloisonnés ; la présence d'une véritable équipe pluridisciplinaire pour l'examen des cas délicats est variable et mériterait d'être généralisée ; la commission de proposition ne se révèle pas une formule opérationnelle alors que la commission de conciliation pourrait voir son rôle renforcé. Un contrôle annuel des ressources, si possible avec une liaison dématérialisée avec les services fiscaux, est à organiser. L'information des maires est à rendre efficiente. Les relations entre caisses de retraite et conseils généraux doivent être remises au point pour assurer une évaluation adaptée et une continuité des paiements, sans risque de doublons.

⁹ Inspection générale des affaires sociales. Juillet 2009, 108 p.
[Hhttp://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000474/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000474/0000.pdf)

- Le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation médico-sociale est inégal. Dans trois des départements, prédomine pour déterminer le niveau de dépendance l'évaluation par un médecin, alors que l'évaluation par un travailleur social est davantage orientée vers l'élaboration du plan d'aide. Dans les deux autres, un équilibre a été recherché entre l'« évaluation sociale » et l'« évaluation médicale ». Partout, une évaluation médicale est faite par le médecin du demandeur qui remplit un certificat médical détaillé, permettant d'estimer un premier niveau de dépendance. Dans plusieurs départements contrôlés, si le certificat débouche sur un niveau de dépendance n'ouvrant pas droit à l'APA, il n'y a pas en principe de visite à domicile, sauf recours du demandeur. La composition des équipes de visite à domicile comprend des compétences diverses et variables d'un endroit à l'autre : assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs ; plus rarement, infirmiers, agents administratifs. Le partage de l'information est de fait que rarement l'objet de réflexion préalable afin de concilier les exigences de respect du secret professionnel et de qualité de l'évaluation médico-sociale, si bien qu'une clarification législative pour favoriser un exercice partagé du secret professionnel au sein des équipes médico-sociales pourrait être envisagée. L'effort de formation est souvent insuffisant. Les notifications de plan d'aide sont essentiellement en heures d'aide à domicile ou en montant, sans être généralement assorties de préconisations vers les structures d'aide à domicile, ni d'un suivi adapté par un référent. Des améliorations seraient à apporter sur ces divers points.
- La gestion financière reste traditionnelle, même si des mécanismes de télétransmission commencent à apparaître, tout en restant imparfaits. Une distinction plus claire des dépenses et des atténuations de dépenses d'APA réglementaires et extraréglementaires reste souvent à mettre au point. Le versement d'une APA forfaitaire en cas de dépassement du délai de deux mois n'est guère mis en oeuvre. Le tiers payant gagnerait à être généralisé pour faciliter la gestion tant des personnes dépendantes que des conseils généraux, ce qui implique une adaptation des textes. Il n'existe pas d'information annuelle des personnes dépendantes sur le montant de l'APA versée par le Conseil général, ce qui serait indispensable pour leur permettre de remplir correctement leur déclaration fiscale et devrait être doublée de liens dématérialisés entre les conseils généraux et les services fiscaux. La télégestion pour les structures d'aide à domicile et le recours aux CESU pour l'emploi direct, s'ils sont bien organisés, sont de nature à permettre un contrôle de l'effectivité et à générer des économies non négligeables pour la puissance publique.
- Le rôle de régulation des pouvoirs publics, en particulier sur le secteur des services d'aide à domicile mériterait d'être réexaminé et renforcé. La réglementation sur les conditions d'exercice de ces services, en particulier la tarification demeure complexe (dualité des procédures autorisation et agrément ; variété des modes de tarifications pratiqués). Elle génère une opacité qui peut s'avérer préjudiciable à tous, et singulièrement aux bénéficiaires de l'APA. En pratique, des restrictions à une concurrence loyale entre prestataires demeurent sans qu'une réflexion globale ait été toujours entreprise sur leur justification au nom de l'intérêt général. Le renforcement de la qualité des services d'aide à domicile est d'ailleurs un objectif sur lequel peu de conseils généraux s'investissent concrètement, y compris sous l'angle traditionnel du contrôle.

- Le pilotage de la gestion de l'APA, tant au niveau du conseil général qu'au niveau national, gagnerait à être renforcé. Les systèmes d'information, tant sur le plan informatique que statistique, ont souvent besoin d'être améliorés. Les données pourront alors être davantage exploitées tant pour la gestion au niveau local que pour le suivi et l'analyse globale au niveau national. Au moins une journée annuelle réunissant les services des conseils généraux et les services nationaux concernés sur les bonnes pratiques de gestion de l'APA serait à organiser.

Si les services des conseils généraux se sont bien investis dans la gestion de l'APA, des points faibles subsistent. Les surmonter implique un triple effort : de la part des autorités réglementaires pour adapter les procédures ; de la part des conseils généraux pour bien respecter des textes améliorés, adapter leurs organisations et leurs moyens de gestion ; et une démarche collective, à travers des échanges organisés par les services du ministère chargé des personnes âgées et la CNSA, pour promouvoir les bonnes pratiques et organiser les évaluations et contrôles utiles.

État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)¹⁰.

Si la question, souvent présentée sous l'intitulé du « reste à charge », paraît d'ores et déjà bien documentée, les rapports qui l'abordent demeurent souvent trop globaux. Il a paru nécessaire de les enrichir par une approche plus fine que la mission a notamment réalisé par le biais d'investigations conduites dans quatre départements et vingt EHPAD et USLD. La mission a ainsi pris le parti de se situer très en amont des considérations sur l'éventuelle création d'un « cinquième risque ». Il s'est agi d'inventorier les problématiques et d'alimenter la réflexion en donnant un éclairage issu des constats effectués au plus près des réalités locales.

Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées¹¹.

Ce rapport a pour sujet la qualité dans l'activité d'assistance à domicile des personnes âgées « qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile », hors actes de soins relevant d'actes médicaux : aide au titre des actes essentiels de la vie courante, aide ménagère, accompagnement dans les activités de la vie sociale et relationnelle. Les rapporteurs constatent la difficulté du contrôle et de l'évaluation (contrôles et audits faits sur pièce et jamais sur place auprès du bénéficiaire, peu de pouvoirs du Conseil général sur les opérateurs, malgré sa gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, salariat de gré à gré pour des questions de coût, implication de nombreux services de l'Etat, sans coordination réelle...).

¹⁰ Inspection générale des affaires sociales IGAS : Août 2009, 144 p.

[H<http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/charges%20des%20residents%20ehpad.pdf>](http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/charges%20des%20residents%20ehpad.pdf)H

¹¹ Inspection générale des affaires sociales. IGAS Juillet 2009, 145 p.

[H<http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/enquete%20qualite%20sad.pdf>](http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/enquete%20qualite%20sad.pdf)H

e. Les enseignements des enquêtes nationales de GRATH

Le GRATH a initié deux enquêtes relatives aux prestations à destination des personnes âgées.

Une première enquête réalisée en 2007 portait sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique. Cette enquête confirme la diversité des finalités auxquelles répond l'hébergement temporaire. Il constitue :

- Une réponse à la demande de répit ou de relais des aidants naturels (repos, vacances, maladie ou hospitalisation),
- Un palliatif en cas d'indisponibilité des aidants professionnels à domicile,
- Une première approche de la vie en établissement, une « période d'essai » permettant de préparer cette admission définitive,
- Un sas avant un retour au domicile à l'issue d'une hospitalisation,
- Un hébergement transitoire (le temps des travaux ou pour passer l'hiver)
- Une modalité pour rompre l'isolement, pour reconsolider le lien social,
- Une modalité d'hébergement permettant le maintien à domicile de personnes ne pouvant/ne voulant pas rester la nuit chez elles.

Des pratiques diverses en matière d'offre d'hébergement temporaire sont observées :

- les résidences d'hébergement temporaire : Au 31 décembre 2003, 131 résidences d'hébergement temporaire offrent 2 400 places installées (soit 0,5 % de la capacité de l'ensemble des EHPA), soit une capacité moyenne de 18 places (*source EHPA 03*). Les quelques répondants, à l'exception d'une structure, font état de taux d'occupation supérieurs à 90 %.
- L'hébergement temporaire au sein d'une offre d'hébergement permanent : En moyenne, 4 places sont réservées à l'hébergement temporaire au sein d'une capacité totale de 96 places. Ce qui explique, le peu d'unité dédiée à cette modalité d'accompagnement.

Les résultats de l'enquête semblent révéler que la pratique de l'hébergement temporaire (HT) dans les établissements sans place dédiée répond davantage à une logique de préparation à une entrée définitive en établissement ou à un placement transitoire (convalescence ou attente de place définitive), se distinguant ainsi de la pratique des établissements ayant des places dédiées orientée vers le relais des aidants. En effet :

- Les séjours d'HT en établissements ayant des places dédiées s'adressent davantage à une population vivant à domicile. A l'inverse, les séjours de personnes venant d'un établissement médico-social ou sanitaire sont plus fréquents en établissements sans place dédiée. Les séjours de « courtes durées » sont plus répandus en établissements ayant des places dédiées. A l'inverse, les longs séjours (> 3 mois) apparaissent plus fréquents dans les établissements sans place dédiée. Les séjours d'HT au titre du répit sont plus fréquents dans les établissements ayant des places dédiées. A l'inverse, les séjours au titre d'une sortie d'hospitalisation, les séjours de préparation à une entrée définitive en établissements ou les séjours de repos plus fréquents dans les établissements n'ayant pas de place dédiée.

La seconde investigation, réalisée en 2008/2009 s'adressait aux personnes âgées dépendantes et à leurs aidants. Cette investigation, comprenant un volet qualitatif et un volet quantitatif, visait d'une part à mesurer l'intérêt des aidants pour un certain nombre de prestations destinées aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie et pouvant permettre par ailleurs à ces aidants de trouver du répit ou de relais et d'autre part à identifier les freins à l'utilisation de ces divers services. Plus précisément, les aidants ont été invités à donner leur opinion sur les huit services suivants : l'aide à domicile, les remplaçants temporaires à domicile, la garde itinérante de nuit, l'accueil de jour, l'accueil de nuit, l'hébergement temporaire, les familles d'accueil et enfin une nouvelle offre, le concept Vacances Répit Famille® visant à accueillir une personne âgée dépendante et son ou ses proches aidants sur un lieu de villégiature associant une structure médico-sociale qui propose des soutiens à la carte et une structure du tourisme social et familial.

L'aide à domicile : L'aide à domicile est connue par 97 % des interviewés et est utilisée par 47 % de l'échantillon. Globalement, les utilisateurs en sont satisfaits (91 % des utilisateurs en sont satisfaits), même si des pistes d'optimisation sont à envisager ;

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire : Les résultats issus des tests de ces 2 services sont relativement semblables. L'accueil de jour est connu par 69% des interviewés et l'hébergement temporaire par 61 % d'entre eux. En revanche, ces deux services ne sont utilisés que dans 3 % des cas. En dépit d'un niveau d'utilisation très faible, les services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire semblent devoir intéresser tout de même une part conséquente d'aidants :

- 33 % des personnes ne connaissant pas le service d'hébergement temporaire avant l'enquête se déclarent intéressées par une telle prestation ;
- 41 % des personnes ne connaissant pas le service d'accueil de jour se déclarent intéressées par ce dernier service.

En cela, ces offres semblent donc pouvoir répondre effectivement aux besoins des aidants, et plus particulièrement aux besoins des aidants ayant besoin de répit ou de relais. En effet, 52 % des personnes en besoin de répit et ne connaissant pas le service d'accueil de jour se disent intéressées par ce service.

De même, 46 % des personnes en besoin de répit ne connaissant pas l'hébergement temporaire se déclarent intéressées par cette prestation.

Les remplaçants temporaires à domicile (« baluchonnage ») et les familles d'accueil : 37 % des interviewés se disent intéressés par une offre de remplaçants à domicile, cette proportion atteint même 60 % parmi les aidants en besoin de répit ou de relais. Ce service à domicile est nettement préféré à une offre de famille d'accueil (22 % des interviewés et 30 % des personnes en besoin de répit se disent intéressés par la possibilité de recourir à une famille d'accueil).

L'accueil de nuit et la garde itinérante de nuit : S'agissant des solutions visant à assurer une surveillance de nuit, nous constatons que les proches aidants préfèrent de toutes façons assurer eux-mêmes la surveillance de nuit, considérant qu'ils sont suffisamment disponibles pour assurer cette présence si besoin.

Ainsi, la garde itinérante de nuit au domicile des personnes âgées tout comme l'accueil de nuit en établissement spécialisé pour personnes âgées intéressent moins de 2 interviewés sur 10 (17 % sont intéressés par l'accueil de nuit et 18% par la garde itinérante de nuit). Notons tout de même une fois encore une préférence pour une solution permettant le maintien à domicile parmi les personnes exprimant un besoin de répit : la garde itinérante de nuit intéresse 30 % des personnes en besoin de répit tandis que l'accueil de nuit en intéresse 22 %.

Enfin, le projet « *Vacances Répit Famille* »@ intéresse 25 % de l'ensemble des interviewés et 38 % des aidants déclarant avoir besoin de davantage d'aide pour être soulagés. Même si l'on constate que les divers services testés permettraient de répondre à un besoin de répit ou de relais des aidants, des freins, de plusieurs natures, bloquent le recours aux prestations professionnelles.

Quatre types de freins sont apparus à lecture des résultats de l'enquête :

1) Il existe un important DEFICIT D'INFORMATION sur les différentes aides disponibles pour les personnes âgées en situation de dépendance. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie en est une illustration frappante. Principale aide financière publique vers les personnes dépendantes, connue par les trois quarts des interviewés, elle reste néanmoins très peu demandée. Autrement dit, parmi les aidants qui connaissent l'APA et qui accompagnent une personne âgée n'en bénéficiant pas, 80% déclarent qu'aucune demande d'APA n'a été faite pour cette personne. Ce chiffre est d'autant plus important à prendre en compte lorsque l'on sait que la moitié de ces aidants s'occupent d'une personne en situation de forte dépendance physique. De manière plus générale, le volet qualitatif a montré que les personnes âgées et leurs proches aidants connaissent mal les aides et les prestations existantes.

Ce n'est bien souvent que lorsque la personne âgée connaît un passage par l'hospitalisation que cette dernière découvre les aides existantes et peut décider d'y recourir ou non. Les personnes les mieux informées sont ainsi celles qui ont connu une hospitalisation.

L'hospitalisation est en effet un moment majeur dans le processus amenant une personne à recourir aux aides disponibles :

- d'une part, lorsqu'il y a hospitalisation, les aidants comme les aidés prennent conscience de la perte d'autonomie et de la nécessité de recourir à une aide professionnelle ;
- d'autre part, le personnel hospitalier, et particulièrement les assistantes sociales, prennent généralement l'initiative d'informer la personne hospitalisée et ses proches sur les aides disponibles, notamment sur l'existence de l'APA. En cas d'hospitalisation, le déclenchement d'une aide professionnelle structurée est ainsi facilité.

En l'absence d'hospitalisation, en revanche, lorsque la personne âgée se retrouve confrontée à une perte d'autonomie, le recours aux aides spécifiques pour les personnes dépendantes s'avère plus aléatoire et fonction du niveau d'information personnel de l'aidé / de ses proches.

2) DES FREINS PSYCHOLOGIQUES à l'utilisation des aides et des services ont été identifiés :

- une culpabilité des aidants à avoir recours à une aide extérieure, qui n'intervient *in fine* que lorsque la situation de dépendance devient trop importante. Cela est visible notamment chez les aidants conjoints et/ou vivant avec la personne aidée, ceux-ci étant moins enclins à être intéressés par les aides.
- Ensuite, une mauvaise image des établissements pour personnes âgées est régulièrement évoquée par les interviewés, un quart des aidants connaissant mais n'utilisant pas l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour évoque ainsi cette raison pour expliquer la non utilisation de ces 2 services.

3) L'utilisation de services extérieurs est également limitée par DES FREINS MATERIELS.

La question du coût des prestations est régulièrement évoquée par les aidants. Ils sont par exemple un tiers des connaisseurs mais non utilisateurs de l'accueil de jour ou de l'hébergement temporaire à déclarer que ces services coûteraient trop cher.

C'est dans des proportions équivalentes que le problème du transport de la personne en situation de dépendance est régulièrement évoqué. Les personnes âgées ne peuvent donc pas bénéficier de certains services tout simplement parce qu'elles ne peuvent pas se rendre sur les lieux.

4) Enfin, il peut exister UN DECALAGE ENTRE LES ATTENTES DES AIDES ET LES PRESTATIONS.

Même si l'aide à domicile est un service qui satisfait 91% d'utilisateurs (et 56% se disent même très satisfaits), certains aidants déplorent des horaires parfois inadaptés aux besoins de la personne âgée, un manque de stabilité du personnel ou encore un manque d'écoute de la part des professionnels. Cet élément est d'autant plus important que l'aidant professionnel est souvent l'un des rares liens de la personne âgée avec l'extérieur.

II – Synthèse comparative des orientations des schémas départementaux

II.1) Les orientations régionales : le PRIAC et le SROS

II.1.a) Les priorités de financements définies dans le PRIAC

Les priorités de financements définies dans le PRIAC 2009-2013 pour les « personnes âgées » ont fait l'objet d'une présentation par les services de la DRASS de Bretagne le 5 juin 2009.

Rappels des priorités pour les personnes âgées

Les priorités régionales et départementales s'articulent, comme au plan national, autour de deux grands axes :

- favoriser le libre choix du domicile
- améliorer l'accueil en institution

Favoriser le libre choix du domicile : l'accompagnement en milieu ordinaire de vie

Les services de soins infirmier à domicile (SSIAD)

Pour l'année 2009, la CNSA a notifié les 169 places inscrites au PRIAC 2008-2012.

Compte tenu de l'augmentation du nombre de places prévue dans le PSGA, à partir de 2010, (elles passent de 6000 à 7500), il est proposé de porter le volume de places en Bretagne à 211 en 2010 et de programmer ensuite une augmentation de 5% par an. Cela permettrait une création de 1 080 places sur les 5 ans.

Pour la répartition des places entre départements, il est proposé, comme précédemment, d'utiliser les critères de la CNSA (10% pour le taux d'équipement, 50% au titre des ressources assurance maladie SSIAD et actes infirmiers de soins (AIS), 40% en fonction de la population de 75 ans et plus).

Accueils de jour, hébergements temporaires

Il est proposé d'actualiser l'enveloppe de + 5% par an, ce qui permettrait une création de 767 places d'accueil de jour et de 359 d'hébergement temporaire sur les 5 ans.

La répartition entre les départements se ferait en fonction de la population des 75 ans et +, vivant à domicile.

Des actions de prévention

Le maintien à domicile des personnes âgées repose sur les SSIAD, les accueils de jour et les hébergements temporaires programmés dans le PRIAC, mais aussi, comme l'indique la partie « articulations du sanitaire avec le médico-social », sur le développement des filières gériatriques prévu par le SROS III et sur les sept réseaux associant soins de ville – hôpitaux et médico-social.

Les actions de prévention et de promotion de la santé du PRSP contribuent également à cet objectif, avec en particulier les actions relatives à la nutrition et celles visant à maintenir les capacités physiques et mémorielles des séniors.

Améliorer l'accueil en institution

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Pour l'année 2009, la CNSA a notifié 178 places d'EHPAD pour la Bretagne.

Au plan national, le volume des places passe en 2010 de 5 000 à 7 500. De ce fait, il est proposé d'actualiser la programmation prévue et de porter le nombre de création de places en 2010 et en 2011 à 250 dans la région. Pour 2012 et 2013, compte tenu de la pression de la demande, une programmation plus prospective et plus proche des volumes de places en attente de financement en région serait fixée à 300 places.

La programmation sur les 5 années serait de 1276 places d'EHPAD.

Ce développement permettra, pour plus de la moitié des places, l'accueil des personnes atteintes d'Alzheimer, notamment dans les unités spécialisées que sont les pôles d'activité et de soins adaptés (PAS) et les unités d'hébergement renforcé (UHR).

Il est proposé de répartir les places pour moitié en fonction du taux d'équipement et pour moitié au prorata des 75 ans et plus. Cela permet une réduction des écarts de taux d'équipement, au bénéfice principalement du Finistère, département le moins doté.

II.1.b) Le SROS BRETAGNE, volet Prise en charge des personnes âgées se présente ainsi :

- ✧ Révision du volet en cours
 - ⇒ Harmoniser le calendrier de l'actualisation du volet « personnes âgées » du SROS 3 en 2008 et 2009 avec celui de l'actualisation du volet « soins de suite et réadaptation ».
 - ⇒ Actualisation de la composition et le rôle du Coter « personnes âgées » dans le cadre d'un nouveau dimensionnement et d'un rééquilibrage entre les professionnels de santé et du secteur social et médico-social
- ✧ Objectifs
 - ⇒ Réaffirmer l'importance de la filière de soins gériatriques en lien avec le secteur social et médico-social.
 - ⇒ Définir le territoire d'implantation et l'établissement support de la filière.
 - ⇒ Améliorer la prise en charge des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer.
 - ⇒ Mieux identifier les services et équipements qui concourent au maintien ou au retour à domicile.
- ✧ Mise en oeuvre
 - ⇒ Mise en oeuvre des dispositions de la circulaire « filière » du 28 mars 2007
 - Maillage des implantations des structures des filières de soins gériatriques hospitalières (unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique, court séjour gériatrique, équipe mobile gériatrique, USLD)

⇒ Plan ALZHEIMER 2008 – 2012

Présenté au début du mois de novembre 2007 : mesures et moyens supplémentaires et innovants

⇒ Réforme des USLD consécutive à la parution de la circulaire du 10 mai 2007, fixant les capacités d'USLD redéfinies sur les résultats des coupes « pathos » réalisées en 2006

⇒ Renforcer en prévision des ARS l'articulation du volet en lien avec le secteur médico-social

Et en même temps :

Harmoniser le calendrier de l'actualisation du volet « personnes âgées » du SROS 3 en 2008 et 2009 avec celui de l'actualisation du volet « soins de suite et réadaptation ».

✧ Actualiser la composition et le rôle du Coter « personnes âgées » dans le cadre d'un nouveau dimensionnement et d'un rééquilibrage entre les professionnels de santé et du secteur social et médico-social

II.2) Les orientations départementales

Rappel des périodes de couverture des schémas départementaux

	2001	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
CG22	Schéma gériatrique								Schéma gérontologique					
CG29	Schéma gériatrique								Schéma gérontologique					
CG35	Schéma gériatrique								Travaux schéma aide à domicile en cours					
							Planification dispositif hébergement							
CG56	Schéma gériatrique						Schéma gérontologique							

La lecture comparative des schémas départementaux de protection de l'enfance a permis d'identifier des orientations communes aux quatre départements et des orientations spécifiques à certains départements.

Favoriser le maintien au domicile

Adaptation de l'habitat

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
	<ul style="list-style-type: none"> - sensibiliser les personnes à l'adaptation de leur habitat, par le biais des conventions passées entre le CG et le Pact Arim pour informer et traiter cette question - convention entre Habitat 29 et l'ADMR d'une part et l'UNA d'autre part pour identifier des situations de logements inadaptés et déclencher les actions adéquates auprès des personnes - programmes spécifiques d'aménagement de centres bourg et d'habitat groupés, destinés à permettre à des personnes âgées de se rapprocher des services et ainsi de lutter contre l'isolement - poursuivre le travail sur la traçabilité du parc adapté 	Absence de schéma récent	<p>Financer et faciliter l'adaptation et l'amélioration de l'habitat des personnes âgées.</p> <p>L'aide financière consacrée à l'amélioration des conditions de logement sera maintenue ainsi que le soutien aux associations favorisant l'adaptation et l'amélioration de l'habitat (Pact-Arim et Alcat 56).</p> <p>L'accès à cette aide financière sera facilitée à la fois par la délivrance d'une plus grande information aux personnes (organisation de manifestations et diffusion de plaquettes d'information) mais également par l'accélération de la procédure d'instruction des demandes.</p>

Diversification des réponses : la notion de résidence service, de vie en communauté

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<p>Eng 34 : Réaliser un référentiel avec labellisation sur les résidences services</p> <p>Eng 35 : Expérimenter la co-habitation</p> <p>Préco : Réaliser des diagnostics de territoire</p> <p>Préco 37 : Poursuivre la création d'habitats adaptés en centre bourgs avec les constructeurs sociaux</p>	programmes spécifiques d'aménagement de centres bourg et d'habitat groupés, destinés à permettre à des personnes âgées de se rapprocher des services et ainsi de lutter contre l'isolement	Absence de schéma récent	<p>Proposer des formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer des programmes de logements sociaux adaptés à la dépendance, conjuguant confort et proximité des services, ➤ Harmoniser et maîtriser l'offre des domiciles partagés (formule intermédiaire entre le domicile et l'hébergement institutionnel pour des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés) afin de permettre l'accès des personnes âgées à ces structures sur l'ensemble du département

Les transports

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Préco 38 : Développer l'offre de transport à l'échelon de l'EPCI ou du Pays en intégrant cette problématique des personnes âgées dans la réflexion globale liée transport	<p>Le soutien à la mobilité des personnes vieillissantes est une condition essentielle de leur maintien à domicile et de qualité de leur vie. Un travail d'identification de ressources en cours, afin de recenser des solutions locales qui pourraient être dupliquées, ainsi qu'une recherche de modalités nouvelles, l'objectif étant d'établir un guide ressource à l'usager des associations, collectivités, ...</p> <p>Poursuivre le travail engagé (1^{ère} ébauche d'une plaquette - inventaire) en transversal, sur les besoins spécifiques, les solutions existantes, les solutions nouvelles à mobiliser</p>	Absence de schéma récent	

Couvrir le territoire par les services de portage de repas

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
		Absence de schéma récent	<p>Les services de portage de repas ne sont pas présents dans 61 communes du territoire. Couvrir le territoire par ce service en tant que de besoin.</p> <p>L'aide au portage de repas à domicile sera maintenue et pourra être renforcée par l'intervention du Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile (FMAD).</p>

Développer et renforcer le services à domicile sur l'ensemble du territoire, dont les SSIAD

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Eng 1 : Poursuivre la structuration et la modernisation de l'aide à domicile	Réalisation d'un état des lieux des services à la personne « analyse de l'offre et estimation des besoins » : pérenniser l'observatoire de l'aide à domicile	Soutien à la création de services à domicile sur les secteurs déficitaires Renforcement des SSIAD existants (schéma 2001/2006)	Disposer sur l'ensemble des communes des 4 services concourant au maintien à domicile : les services de télé-assistance, de portage de repas, de soins infirmiers à domicile et d'aide à domicile. Pour cela : - Etablir un diagnostic quantitatif et qualitatif de l'offre de services sur chaque Pays en lien avec les services de l'Etat, notamment en matière de développement es SSIAD - Poursuivre le soutien financier au développement des services de portage de repas.

Soutenir des interventions de qualité au domicile

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Eng 4 : Rédiger un référentiel (accompagnement de la personne) Préco 8 : Poursuivre la promotion du service prestataire pour les plus fragiles Préco 9 : Poursuivre la formation	développement, professionnalisation et qualité des services à la personne. Professionnalisation, structuration des services dans le cadre de l'Agenda 21 Axe 4-objectif 2 Concertation avec les services d'aide à domicile sur les conflits et leur prise en compte : recourir à un service de médiation aidant-aidé	Développement de la professionnalisation et de la formation des intervenants à domicile (schéma 2001/2006)	<u>Mettre en place une Charte du maintien à domicile</u> garantir la qualité des prestations délivrées aux personnes âgées en référence à la loi du 2 janvier 2002 et à la loi sur le développement des services à la personne Pour cela : élaborer, en lien avec les différents partenaires financiers (DDTEFP, CRAM, MSA, etc.) un cahier des charges opposable aux services visant à définir les modalités d'une intervention à domicile de qualité
			<u>Accompagner les services dans leur démarche qualité</u> Aider les services à atteindre les objectifs du cahier des charges. Pour cela : - Élaborer des contrats d'objectifs et de moyens avec les services sur la base de la Charte du maintien à domicile - Promouvoir et accompagner les dispositifs de formation des intervenants à domicile - Aider les services à mutualiser leurs moyens

Vie sociale

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Association vie locale, initiatives vie et partage Préco 39 : Développer des actions culturelles, de loisirs... en y attachant l'intergénérationnel Préco 40 : Reprendre les expériences sur le lien social Préco 41 : Faire connaître et multiplier les lieux publics d'ouverture à toutes les générations	Réalisation d'un catalogue recensant de nombreuses actions et leurs modalités, en lien avec de nombreux partenaires internes (Musée Breton, DECJS, ...) et externes au CG : poursuite de l'opération Quêteurs de mémoire, mobilisation du musée Départemental, du Musée de l'Ecole Rurale Ecriture d'une charte du bénévolat	Absence de schéma récent	Soutenir et accompagner les personnes âgées en développant des actions de maintien du lien social et de prévention de la dépendance Pour cela poursuivre le soutien financier à la vie associative (cf. clubs PA et UTL)

Développer des actions de prévention

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Information et prévention Préco 42 : Poursuivre les actions de prévention (chutes, habitat, mémoire...)	Développer des actions de prévention : réaliser un catalogue des actions (nature et modalités) afin de les généraliser	Absence de schéma récent	Soutenir et accompagner les personnes âgées en développant des actions de maintien du lien social et de prévention de la dépendance Pour cela poursuivre le soutien financier aux manifestations de sensibilisation aux difficultés du grand âge (cf. la Semaine bleue) et aux actions de prévention (cf. atelier mémoire, prévention des chutes) aux actions d'adaptation et d'amélioration de l'habitat (cf. ALCAT 56 et PactArim)

L'aide aux aidants familiaux

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
		Développer et adapter l'offre de services en soutenant les aidants familiaux (schéma 2001/2006)	Développer le soutien financier aux associations d'aide aux aidants familiaux et intervenants auprès des personnes âgées se trouvant à domicile (cf. AFAD 56)

Ressources financières

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
	Tableau informatique, dynamique, réalisé recensant l'ensemble des aides existantes		

Coordination et réseau gérontologique

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<p>Coordination et réseau, mettre en évidence la plus value du partenariat et renforcer la légitimité des CLIC</p> <p>Eng 20 : Mettre en place, au niveau départemental, des initiatives fédératrices entre les CLIC et les partenaires institutionnels qui concourent aux échanges de pratiques, à l'harmonisation d'outils et à la coordination des dispositifs</p> <p>Eng 21 : Consolider le rôle des CLIC</p> <p>Eng 22 : Développer le programme d'aide aux aidants</p> <p>Préco 23 : Développer des actions inter structures, des initiatives de mutualisation entre établissements et services</p> <p>Préco 24 : Penser l'urgence</p> <p>Préco 25 : Améliorer l'organisation et les conditions de la sortie d'hospitalisation</p>	<p>Ecriture d'un cahier des charges actualisé des CLIC</p> <p>Partage et mise en œuvre d'un protocole pour les sorties d'hôpital</p> <p>Affiner la notion de problème spécifique concernant des personnes isolées et démunies, et de la perception d'une progression à venir de ces situations, générer un débat sur les réponses à construire</p> <p>Poursuivre d'autres objectifs complémentaires pendant la durée de schéma : grille unique d'évaluation ; partage de l'évaluation</p> <p>Poursuivre un travail engagé avec les principaux représentants des métiers intervenant auprès des personnes âgées pour définir contenus et méthodes d'information communes sur les métiers</p>	<p>Poursuivre et renforcer la coordination gérontologique départementale et locale</p> <p>Poursuite de la mise en place des CODEM et création progressive des CLIC sur l'ensemble du territoire départemental</p> <p>(schéma 2001/2006)</p>	<p>informer et coordonner</p> <p>Achever la couverture du département par les CLIC et les relais gérontologiques : organiser la présence d'un CLIC par pays et d'un relais gérontologique par communauté de communes ou par canton, pour la coordination de proximité</p>

Optimiser l'offre existante en institution

Réguler l'offre de places en établissements

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<p>Eng 2 : Adapter l'offre d'accueil Hypothèse basée sur la création de 500 places d'hébergement permanent pour 1 000 personnes âgées de plus de 85 ans</p> <p>Préco 10 : Prioriser l'accueil des personnes Gir1 à 4 en EHPAD</p>	<p>510 places d'hébergement permanent (PRIAC)</p> <p>proposition de programmation de places selon une approche territoriale des besoins et des réponses autour de la notion de plateforme de services, l'EHPAD en étant une des composantes</p>	<p>programmation de 2 275 places complémentaires (répartition par secteur géographique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de 600 places d'hébergement permanent entre 2007 et 2010 au regard des taux de prévalence et de rotation observée. Parmi les 600 places à créer, 442 sont déjà programmées et en attente de financement. ▪ Les projets de création des places concerneront : <ul style="list-style-type: none"> - des établissements ayant vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes - des structures petites unités de vie de moins de 25 places ▪ Les pays prioritaires pour la création des places nouvelles sont les Pays de Lorient, de Vannes et d'Auray au regard : <ul style="list-style-type: none"> - d'un taux d'équipement - d'une forte progression de la population de 80 ans et plus d'ici 2010 <p>Adapter l'offre en établissement aux besoins du Département</p>

L'accueil de jour

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<p>L'accueil de jour, faciliter l'implantation et l'accessibilité</p> <p>Eng 14 : Elaborer un document de référence regroupant les attentes du CG en matière d'accueil de jour</p> <p>Préco 15 : Adapter l'offre de places</p> <p>Préco 16 : Travailler la communication et l'accessibilité</p> <p>Engagement 2 : Adapter l'offre d'accueil Hypothèse basée sur la création de 2 places d'accueil de jour pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans</p>	<p>213 places d'accueil de jour (PRIAC)</p> <p>cahier des charges concernant l'accueil de jour</p> <p>proposition de programmation de places selon une approche territoriale des besoins et des réponses autour de la notion de plateforme de services, l'EHPAD en étant une des composantes</p>	<p>Développer l'aide aux aidants (accueil de jour)</p> <p>Schéma 2001/20006</p>	<p>Proposer des formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement</p> <p>Soutenir les aidants par le développement de l'accueil de jour. Pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation d'une étude de besoins en matière d'accueil temporaire en lien avec les établissements en vue d'accroître le nombre de places d'accueil temporaire sur le département - déterminer les modalités financières de ce type de prise en charge et proposer une aide renouvelée facilitant le recours à l'accueil temporaire

L'accueil de jour itinérant

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
	Ecriture du cahier des charges sur d'autres modes d'accueil alternatifs (ex : accueil de jour itinérant)		

L'hébergement temporaire

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<p>Eng 2 : Adapter l'offre d'accueil</p> <p>Hypothèse basée sur la création de 3 places d'hébergement temporaire pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans</p> <p>Préco 12 : Développer et organiser l'hébergement temporaire</p>	<p>103 places d'hébergement temporaire (PRIAC)</p> <p>cahier des charges concernant l'hébergement temporaire</p> <p>proposition de programmation de places selon une approche territoriale des besoins et des réponses autour de la notion de plateforme de services, l'EHPAD en étant une des composantes</p>	<p>Développer l'aide aux aidants (hébergement temporaire)</p> <p>Schéma 2001/20006</p>	<p>Proposer des formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement</p> <p>Soutenir les aidants par le développement de l'hébergement temporaire</p> <p>Pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation d'une étude de besoins en matière d'accueil temporaire en lien avec les établissements en vue d'accroître le nombre de places d'accueil temporaire sur le département - déterminer les modalités financières de ce type de prise en charge et proposer une aide rénovée facilitant le recours à l'accueil temporaire

L'accueil familial

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<p>Familles d'accueil, améliorer la formation des accueillants et valoriser ce dispositif d'accueil</p> <p>Eng 17: Améliorer la procédure d'agrément</p> <p>Eng 18: Professionnaliser et consolider le dispositif</p> <p>Eng 19 : Faire connaître ce dispositif auprès des personnes âgées, des accueillants et des professionnels</p>	<p>Ecriture d'un cahier des charges pour exercer le suivi des personnes accueillies</p> <p>Recherche de possibilités de salariat des familles d'accueil</p>		<p>Développer et soutenir l'accueil familial</p>

Accueil et auxiliaire de nuit, favoriser l'alternative à l'établissement

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<p>Accueil et auxiliaire de nuit, favoriser l'alternative à l'établissement</p> <p>Eng 26 : Péréniser des formules d'auxiliaire de nuit</p> <p>Préco 27: Expérimenter des places d'accueil de nuit en établissement</p>	<p>cahier des charges concernant l'accueil de nuit</p>		<p>Proposer des formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement</p> <p>Soutenir les aidants par le développement de l'accueil de nuit. Pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation d'une étude de besoins en matière d'accueil temporaire en lien avec les établissements en vue d'accroître le nombre de places d'accueil temporaire sur le département - déterminer les modalités financières de ce type de prise en charge et proposer une aide renouvelée facilitant le recours à l'accueil temporaire

Accueil d'urgence

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
	<p>cahier des charges concernant l'accueil d'urgence</p>		

Réponses à destination des personnes âgées atteintes de dépendance psychique

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<p>Renforcer notre dispositif pour un meilleur accompagnement des personnes atteintes de dépendance psychique</p> <p>Eng 28 : Elaborer un état des lieux des personnes concernées par la maladie, diagnostiquées ou présentant des troubles, ainsi que des réponses existantes</p> <p>Eng 29 : Développer des structures ou unités d'accueil spécifiques</p> <p>Eng 30 : Généraliser les solutions de répit</p> <p>Eng 31 : Privilégier les aidants de personnes atteintes de dépendance psychique dans le programme départemental d'aide aux aidants</p>			<p>Cf Développer des actions de prévention</p> <p>Le soutien aux actions de prévention de la dépendance psychique passe par le soutien direct aux actions de prévention ainsi qu'à l'appui porté à des associations oeuvrant dans le domaine, par exemple les associations AFAD 56 et France Alzheimer.</p> <p>Cf Harmoniser le développement des domiciles partagés</p> <p>Les domiciles partagés sont des logements qui accueillent 8 personnes âgées désorientées qui, en raison de leur perte de repères, ne peuvent plus demeurer chez elles.</p>

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Préco 32 : Multiplier les lieux et les moyens de diagnostic précoce Préco 33 : Mener des actions d'information et de formation			L'objectif du Conseil général sera de soutenir financièrement la mise en place de 30 domiciles partagés dans les communes.

Réponses pour les personnes non dépendantes

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Eng 2 : Adapter l'offre d'accueil Hypothèse basée sur la création de 10 places d'hébergement en établissements non médicalisés ou alternatives de type co-habitation pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans Préco 11 : Permettre des solutions d'accueil intermédiaires pour les personnes non dépendantes			

Améliorer la qualité de l'accueil en établissements

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Poursuivre la rénovation et la mise aux normes des établissements Eng 5 : Généraliser le dossier unique d'inscription Eng 6 : Créer un dispositif de gestion des listes d'attente Eng 7 : Réfléchir à un support internet (cg-partenaires)	Volet communication : faire connaître largement l'action du CH auprès des personnes âgées : - approche positive du vieillissement - meilleure connaissance de la vie en établissement - diffusion du catalogue des animations - diffusion de la charte de la bientraitance - diffusion de la charte du bénévolat - diffusion du dossier unique d'inscription en EHPA outils validés en janvier 2008 : - dossier unique (volet administratif) d'admission en EHPA - règlement de fonctionnement et contrat de séjour type objectifs à poursuivre : - gestion informatisée des listes d'attentes - fonctionnement des conseil de vie sociale - communication positive sur les EHPA - utilisation des NTIC dans les établissements		Objectifs : - Accompagner les établissements dans leur démarche qualité. - Adapter les structures à l'accueil de personnes âgées dépendantes Mesures : - Accompagner la restructuration d'établissements visant la suppression des chambres à 2 lits - Redéployer les concentrations hospitalières de 200 à 300 lits en unités fonctionnelles autonomes d'une capacité de 80 lits

Lutter contre la maltraitance

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
	Cf précédent		Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la procédure de signalement - Renforcement des actions de prévention

Développer la notion de plateforme de services

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Expérimenter l'EHPAD comme plate-forme et la création de passerelles	proposition de programmation de places selon une approche territoriale des besoins et des réponses autour de la notion de plateforme de services, l'EHPAD en étant une des composantes		

Maîtriser les coûts pour les résidents et veiller au rapport qualité/prix

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
			Mesures : <ul style="list-style-type: none"> - habilitation totales des EHPAD et des USLD à l'aide sociale - rationalisation des moyens lors de la signature des conventions tripartites

III – Analyse rétrospective des projets présentés en CROSMS illustrant ces évolutions de prise en charge

Récapitulatif du nombre de dossiers présentés en CRSOMS sur la période 2005/2009

	2005		2006		2007		2008		2009
	F	D	F	D	F	D	F	D	
Côtes-d'Armor	14	1	14	1	9*	1	13	5	11
Finistère	31	2	10	0	6	5	3	1	14
Ille-et-Vilaine	21	5	14	3	17	0	13	2	11
Morbihan	11	1	13	2	8	2	5	1	10
Total	77	9	51	6	40	8	34	9	46**

F : avis favorable ; D = avis défavorable

*dont un dossier avec avis défavorable pour 90 places|Favorable pour 60 places

** en l'absence de procès-verbal de la séance du 9 octobre 2009, les dossiers sont présentés sans leur avis

L'analyse rétrospective des dossiers présentés en séance CROSMS au cours des 5 dernières années (2005/2009) fait apparaître notamment (à actualiser avec données 2009):

- la montée en charge des dispositifs **CLIC**, plus particulièrement en Ille-et-Vilaine (7 dossiers sur la période, pour des CLIC majoritairement de niveau 3). Sur cette période, 1 dossier dans les Côtes-d'Armor (en 2008), 2 dossiers dans le Finistère (en 2005) et 2 dossiers dans le Morbihan (en 2006) ;
- la montée en charge des services à domicile, **SAAD et SSIAD**, par des demandes d'extension et de création de service ou de régularisation ; ces services s'adressent soit à une population âgée exclusivement soit à une population mixte, personne âgée et personne handicapée ;
- la **diversification** des réponses pour favoriser le maintien à domicile :
 - via la systématisation d'offre de places d'**hébergement temporaire** et d'**accueil de jour** dans les projets de création, d'extension ou de médicalisation (tarification EHPAD) des établissements pour personnes âgées (maisons de retraite et foyer-logement). Notons deux projets d'établissement d'hébergement temporaire : un projet présenté en 2006 de transformation de foyer-logement de 27 places en maison de retraite temporaire dans le Finistère et le projet de création d'EHPAD de 24 places d'hébergement temporaire dans les Côtes-d'Armor présenté en 2007 ;
 - via l'émergence de réponses innovantes tels que le projet de **service d'accueil de nuit** pour personnes âgées dépendantes présenté en 2008 en Ille-et-Vilaine ;
 - via la création d'une **équipe mobile** en Ille-et-Vilaine en 2007 ;

- la prise en compte des problématiques de **publics spécifiques** :
 - les **personnes dépendantes psychologiquement, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées** avec les projets dédiés à cette population : des demandes d'extension ou de création d'établissements avec des places ou unités dédiées à ce public ;
 - la population des **personnes handicapées vieillissantes** : deux projets ont été présentés en 2007 pour le Finistère, une création d'une unité de 6 places pour personnes handicapées vieillissantes rattachée à l'EHPAD et une création d'un EHPAD de 90 places dont 8 places pour cette population ;
- la spécificité des Côtes-d'Armor en matière de réponses proposées aux personnes âgées valides avec des demandes d'extension des foyer-logement pour personnes âgées valides de GIR 5 et 6 en 2008
- l'important mouvement de transformation des Unités de soins longue durée (USLD) en maisons de retraite observée dès 2008 et qui s'est amplifié en 2009.

Annexes

HP = hébergement permanent
 HT = Hébergement temporaire
 AJ = Accueil de jour

Les projets présentés au CROSMS en 2009 concernaient les dispositifs suivants :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
SSIAD	Extension de 26 à 36 places Extension de 10 places		Extension de 40 à 52 places Extension de 51 à 71 places Extension de 20 places Extension de 39 à 69 places Extension de 65 à 90 places	
Foyer logement pour personnes âgées	Extension de 40 à 56 places : 37 places d'HP pour personnes âgées dépendantes ; 4 places d'HP pour personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ; 4 places d'HT pour personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ; 1 place d'AJ pour personnes âgées atteinte de troubles cognitifs ; 10 places d'HP pour personnes âgées autonomes. Extension de 48 à 54 places	Extension de 71 à 88 places dont 14 places d'HP pour personnes désorientées, 2 places d'HT (dont 1 place pour personne désorientée), 1 place d'accueil de jour pour personne désorientée. Extension de 15 places et restructuration du logement-foyer avec la création de 14 places HP et 3 places HT pour Alzheimer, 1 place d'accueil de nuit en urgence Tarification EHPAD Tarification EHPAD de 35 places en supplément des 34 places existantes	Extension de 29 à 65 places avec reconstruction totale sur un nouveau site : 37 places pour personnes âgées dépendantes dont 2 places d'HT ; 14 places pour personnes âgées dépendantes psychiques au stade débutant de la maladie ; 37 places pour personnes âgées dépendantes psychiques au stade sévère de la maladie ; 3 places d'accueil séquentiel (HT, AJ ou accueil de nuit, accueil d'urgence) pour personnes dépendantes psychiques.	

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Maison de retraite	<p>Extension de 67 à 84 places : 58 places d'HP tarifées EHPAD ; 9 places d'HP pour malades atteintes de la maladie d'Alzheimer ; 5 places d'HT pour malades atteints de la maladie d'Alzheimer ; 6 places d'AJ intégrées à l'unité Alzheimer ; 6 places d'HP pour personnes âgées non dépendantes</p> <p>Création d'un EHPAD de 82 places, dont 12 places pour personnes désorientées (unité cantou), 28 dans une unité psycho gériatrique pour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, 3 places d'HT et 4 places d'AJ</p> <p>Création d'un E.H.P.A.D. de 96 places (84 places d'HP, 6 places d'HT Alzheimer, de places d'AJ Alzheimer).</p> <p>Transformation de 50 lits d'unité de soins de longue durée (USLD) en Maison de Retraite, tarifée EHPAD, portant la capacité de l'établissement de 198 à 248 lits (230 d'HP, 8 d'HT, 10 d'AJ).</p> <p>Création d'un EHPAD, de 96 places : 84 places d'HP, dont 14 pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ; 6 places d'HT pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ; 6 places d'AJ pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer</p> <p>Extension de 60 à 90 places par création de 20 places d'HP pour Alzheimer, 3 places d'HT, 5 places d'AJ et 3 places d'accueil de nuit</p> <p>Transformation et extension pour créer un pôle Alzheimer de 12 places en unité d'hébergement renforcée, 3 places d'HT et 5 places d'AJ pour personnes désorientées.</p>	<p>Transformation de 50 lits de l'unité de soins de longue durée en Maison de Retraite tarifée EHPAD, répartie sur deux sites avec une capacité de 25. Sur chacun des sites, ces places seront associées à 35 lits d'USLD pour former des structures de 60 places.</p> <p>Transformation de 30 lits de l'unité de soins de longue durée en Maison de Retraite tarifée EHPAD, portant la capacité de 144 à 174 lits.</p> <p>Transformation de 82 lits de l'unité de soins de longue durée en Maison de Retraite tarifée EHPAD.</p> <p>Création d'une Maison de retraite tarifée EHPAD par transfert de 63 places et création de 30 places Alzheimer et création de 10 places Alzheimer en AJ.</p> <p>Extension de 15 places et restructuration de la Maison de Retraite avec la création de 14 places HP et 10 places AJ pour Alzheimer, 1 place d'accueil de nuit en urgence</p> <p>Extension de 10 places d'AJ pour Alzheimer</p> <p>Extension de 10 places d'AJ pour Alzheimer</p> <p>Extension de 28 places par création de 2 unités d'hébergement renforcé pour personnes Alzheimer</p> <p>Extension de 29 places dont une unité pour Alzheimer de 14 places</p> <p>Transformation de 90 lits USLD en places de Maison de retraite</p>	<p>Extension de 32 à 93 places : 42 places pour personnes âgées atteintes de maladie neuro-végétative de type Alzheimer (39 places d'HP et 3 places d'HT), 45 places pour personnes âgées dépendantes (41 places d'HP et 4 places d'HT), 6 places d'AJ pour personnes désorientées.</p> <p>Création d'un AJ spécifique Alzheimer de 10 places</p> <p>Extension de 83 à 119 places et délocalisation partielle de la Maison de retraite publique autonome</p> <p>Transformation de lits USLD en places de Maison de retraite</p> <p>Transformation de lits USLD en places de Maison de retraite</p>	<p>Transformation de 30 lits d'USLD en maison de retraite</p> <p>Transformation de 74 lits d'USLD en maison de retraite</p> <p>Transformation de 60 lits d'USLD en maison de retraite</p> <p>Transformation de 63 lits d'USLD en maison de retraite</p> <p>Transformation de 205 lits d'USLD en maison de retraite</p> <p>Transformation de 40 lits d'USLD en maison de retraite</p> <p>Transformation de 45 lits d'USLD en maison de retraite : création d'un AJ et d'un HT pour personnes âgées dépendantes physiques et/ou psychiques : 4 places d'AJ, 2 places d'HT.</p> <p>Transformation de 72 lits d'USLD en maison de retraite</p> <p>Transformation de 42 lits d'USLD en maison de retraite</p> <p>Transformation de 40 lits d'USLD en Maison de retraite : création d'un AJ de 4 places pour personnes âgées dépendantes physiques</p>

En 2009, 24 dossiers sont passés en fenêtre « population mixte » :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
SAAD	2	7	4	1
SSIAD	3	1	4	1
SPASAD	1	0	0	0

Les projets présentés au CROSMS en 2008 concernaient les dispositifs suivants :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
CLIC	Création d'un CLIC de niveau 3.		Création d'un CLIC de niveau 3 Création d'un CLIC de niveau 3	
Maison de retraite	<p>Création d'un E.H.P.A.D. de 96 places (84 places d'hébergement permanent, 6 places d'HT Alzheimer, de places d'AJ Alzheimer). Défavorable</p> <p>Tarifification EHPAD de 23 places et création de 3 places d'AJ en vue d'un transfert sur le site du logement-foyer (21 places)</p> <p>Extension de 53 à 73 places de la maison de retraite par création d'une section de 20 places non tarifées EHPAD, pour personnes âgées valides de GIR 5 et 6.</p> <p>Transformation de 120 lits de l'unité de soins de longue durée (USLD) en maison de retraite, tarifée établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, portant la capacité de la maison de retraite à 297 lits.</p> <p>Transformation de 90 lits de l'unité de soins de longue durée (USLD) en maison de retraite, tarifée établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p> <p>Extension de la maison de retraite, tarifée établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de 66 à 88 places (57 d'hébergement permanent, 3 HT, 6 AJ), par création d'une structure adaptée à la prise en charge de la personne psychiquement dépendante de 22 places, dont 2 d'HT.</p> <p>Création d'un EHPAD de 84 places (52 d'hébergement permanente, 4 HT et séquentiel, 28 d'hébergement permanent pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées dont 5 AT séquentiel). Défavorable</p>	<p>Création d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 80 places (45 hébergement permanent, 5 AJ, 30 destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Public : Personnes âgées dépendantes, notamment sur le plan psychique. Défavorable</p> <p>Transformation de 312 lits de l'USLD en maison de retraite tarifée EHPAD, portant la capacité de l'établissement de 205 à 517 lits.</p> <p>Transformation de 118 lits de l'USLD en maison de retraite, tarifée EHPAD, portant la capacité de l'établissement de 192 à 462 lits.</p> <p>Transformation de 113 lits de l'USLD en maison de retraite, tarifée EHPAD, portant la capacité de l'établissement de 105 à 218 lits.</p>	<p>Création d'un service d'accueil de nuit pour personnes âgées dépendantes physiques et/ou psychiques de 12 places. (défavorable)</p> <p>Création d'un EHPAD de 72 lits (56 places d'accueil permanent, unité Alzheimer de 12 places, 4 places d'HT) Défavorable</p> <p>Transformation de l'établissement en maison de retraite tarifée EHPAD pour l'accueil de personnes âgées dépendantes et extension de 19 à 50 places (39 d'accueil permanent, 9 pour personnes désorientées, 2 d'AJ).</p> <p>Restructuration et extension de la maison de retraite (149 places) sur 2 sites : 109 places (90 places d'hébergement permanent, 5 places d'HT, 6 places d'AJ et 8 places d'accueil de nuit) et 72 places (68 places d'hébergement permanent, 4 places d'AJ). 103 places réservées aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et la réalisation de 14 de ces places est optionnelle.</p> <p>Création d'un EHPAD de 60 places</p>	<p>Création d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 89 places (83 d'hébergement permanent, 2 d'HT, 4 d'AJ). 56 places réservées à des personnes atteintes de pathologies cognitives.</p> <p>Création d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 91 places : 85 d'hébergement permanent, dont 28 pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, 2 d'AT et 4 d'AJ. défavorable</p> <p>Création d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 85 places : 57 d'hébergement permanent, 24 pour personnes désorientées, 2 en AJ, 2 en HT, ces deux places étant destinées plus particulièrement aux personnes désorientées.</p> <p>Création d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 30 places dont 2 en AJ.</p> <p>Création d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 30 places dont 2 en AJ.</p>

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
	Extension de 58 à 82 places avec création de 5 places AJ spécialisé et restructuration d'une unité psycho-gériatrique pour personnes souffrant de la maladie d' Alzheimer ou de troubles apparentés de 28 places (dont 2 d' HT spécialisé).			
Foyer-logement	<p>Extension de 36 à 44 places du logement foyer par création d'une section de 8 places non tarifées EHPAD, pour personnes âgées valides de GIR 5 et 6.</p> <p>Extension de 46 à 66 places du foyer logement par création d'une section de 20 places non tarifées EHPAD pour personnes âgées valides GIR 5 et 6</p> <p>Extension de 42 à 67 places par création d'une section de 25 places non tarifées EHPAD dont 1 place d'HT, pour personnes âgées valides de GIR 5 et 6</p> <p>Extension de 34 à 54 places du foyer logement par création d'une section de 20 places non tarifées EHPAD pour personnes âgées valides de GIR 5 et 6</p> <p>Extension de 34 à 64 places du foyer logement par création d'une section de 30 places, dont 1 place d'HT, non tarifée EHPAD, pour personnes âgées valides de GIR 5 et 6.</p> <p>Transformation des foyers-logement en EHPAD avec transfert des places</p>		Extension de 54 à 80 places (66 d'hébergement permanent, 12 de cantou , 2 d' AJ) ; Reconstruction sur un autre site ; - Transformation en EHPAD	
SSIAD	<p>Création d'un SSIAD de 20 places pour personnes âgées et personnes handicapées. Défavorable</p> <p>Extension de 30 à 45 places. Défavorable</p> <p>Extension de 20 à 30 places. Défavorable</p>		<p>Extension de 31 à 42 places du SSIAD</p> <p>Extension de 71 à 91 places pour personnes âgées du SSIAD</p> <p>Extension de 36 à 48 places pour personnes âgées du SSIAD</p> <p>Extension de 48 à 60 places pour personnes âgées du SSIAD</p> <p>Extension de 72 à 82 places du SSIAD</p> <p>Extension de 55 à 65 places du SSIAD</p> <p>Extension de 31 à 48 places du SSIAD</p>	Extension de 32 à 67 places dont 30 pour personnes âgées (10 places pour intervention à domicile et 20 places pour les résidents de la MAPA) et 5 places pour personnes handicapées dans le cadre du maintien à domicile

En 2008, les 26 dossiers passés en fenêtre « population mixte » concernaient des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
SAAD	<p>9 dossiers de demande de régularisation de SAAD Personnes âgées, personnes handicapées</p> <p>Création d'un SAAD par regroupement des services d'aide à domicile</p>	<p>Extension de l'agrément du service de garde itinérante de nuit du SAAD auprès des personnes handicapées et/ou malades</p> <p>Régularisation des SAAD de l'ADMR du Finistère concernant : 114 associations d'aide à domicile ; 2 groupements d'associations locales</p> <p>2 demandes de régularisation d'un SAAD pour personnes âgées de plus de 60 ans et personnes âgées de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques dans le cadre de l'activité en prestataire</p> <p>Régularisation d'un SAAD pour personnes âgées de plus de 60 ans et personnes âgées de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques dans le cadre de l'activité en prestataire. Défavorable</p> <p>2 demandes de régulation de SAAD pour Personnes âgées et personnes en situation de handicap</p>	<p>4 demandes de régularisation d'un SAAD pour personnes âgées et personnes handicapées</p>	<p>3 demandes de régularisation d'un SAAD pour personnes âgées et personnes handicapées</p>
SSIAD			<p>Extension de 50 à 65 places (10 places pour personnes âgées de plus de 60 ans et 5 places pour personnes âgées de moins de 60 ans).</p>	<p>Extension du SSIAD de 25 à 37 places dont 10 places pour personnes âgées (régularisation de 7 places et création de 3 places nouvelles) et 2 places pour personnes handicapées</p>

Les projets présentés au CROSMS en 2007 concernaient les dispositifs suivants :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
CLIC : 2 dossiers			- Création d'un CLIC de niveau 3 et deux permanences périodiques - Création d'un CLIC	
Foyer logement : 9 dossiers	- Extension de 20 places (de 34 à 54), dont 3 places d' HT - transformation en EHPAD - Transformation des 2 foyers logement en EHPAD - Transformation du foyer logement en EHPAD et extension de 32 à 34 places dont 3 places d' HT destinées en priorité aux personnes atteintes de la maladie d' Alzheimer - Restructuration et extension de la Résidence de 74 à 100 places par spécialisation d'une unité de 24 places pour personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou de troubles apparentés et par création de 23 places d'hébergement permanent supplémentaires et de 3 places d' HT	- Création d'une unité de 6 places pour personnes handicapées vieillissantes rattachée à l'EHPAD (ouvriers d'ESAT en retraite ou en préretraite et personnes handicapées de plus de 55 ans ayant vécu à domicile et dont l'évolution personnelle et familiale nécessite l'accueil en institution) - Transformation partielle en EHPAD : 28 places EHPAD, dont 5 places en HT et 22 places relevant des dispositions du code de l'habitat et de la reconstruction et accueillant des personnes âgées valides (logements Armorique Habitat)	- Tarification en EHPAD de 31 places dont 30 d'hébergement permanent et 1 place d' HT . - création d'un accueil de jour autonome pour une prise en charge collective de 8 personnes (par alternance des personnes dépendantes physiques et des personnes désorientées).	
Maisons de retraite : 22 dossiers	- Création d'un EHPAD de 24 places d' HT - Extension de 90 places d'hébergement permanent	- Création d'un EHPAD de 81 places (76 places d'hébergement permanent et 5 places d' accueil de jour) répartie sur 2 communes limitrophes : une résidence de 32 places (dont 2 d'accueil de jour) spécialisée dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d' Alzheimer et une résidence de 49 places (dont 3 d'accueil de jour) - Création d'un EHPAD de 95 places - Création d'une Maison de retraite tarifiée EHPAD par une SARL	- Extension de 31 places de l'EHPAD. Capacité à terme de 118 lits : 100 lits d'accueil permanent, 14 places d'unité "cantou", 2 places d' accueil de jour et 2 places d' AT - Extension de 34 places et transformation en EHPAD. Capacité future de 54 lits : 50 places d'accueil permanent, 2 places d' accueil de jour et 2 places d' AT - tarification EHPAD et extension de 95 à 98 places : 40 pour personnes âgées valides/ semi-valides dont 2 d' AT , 32 places d'accueil pour personnes âgées dépendantes dont 2 d' AT , 24 places pour personnes âgées dépendantes psychiques au sein de deux unités spécifiques de 12 places chacune et 2 places d' accueil de jour	- Extension de 60 à 85 lits d'hébergement permanent + 4 lits d' HT + 2 places d' accueil de jour - Extension de 6 places d' accueil de jour et 6 places de l'unité d'un établissement et extension de 4 places d' accueil de nuit d'un autre établissement - Transformation du dispositif d'accueil collectif : construction d'un EHPAD de 80 places (dont 3 places d' AT et 5 places d' accueil de jour) et du maintien des 2 foyers logements existants pour l'accueil d'un public autonome. - Transformation de la maison de retraite pour religieuses en EHPAD.

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
		<ul style="list-style-type: none"> - Construction d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 90 places, dont 8 pour personnes handicapées vieillissantes : 29 places actuelles, 35 places de l'établissement, création de 26 places dont 8 pour personnes handicapées vieillissantes - Extension de 110 à 167 places de la maison de retraite de l'Hôpital local avec 40 places d'hébergement permanent, 5 places d'HT et 12 places d'accueil à temps partiel (12 en accueil de jour - 7 en accueil de nuit) - Extension de 80 à 87 places de la maison de retraite par la création de 5 places d'HT et 2 places d'accueil de jour et transformation de 12 places en unité spécifique pour résidents atteints de la maladie Alzheimer - Extension de 69 à 86 places (+ 11 places d'hébergement permanent, + 6 places d'accueil de jour) dont 14 dédiées à l'accueil de personnes atteintes Alzheimer - Transformation en EHPAD de 64 places dont 4 places d'HT 	<ul style="list-style-type: none"> - Extension de la maison de retraite par regroupement sur un site unique et extension de 92 à 110 places : 101 hébergement permanent dont 12 places Alzheimer, 5 places d'HT dont 2 places Alzheimer, 4 places <i>d'accueil de jour</i> spécialisées pour dépendants psychiques - Tarification EHPAD et extension de 21 à 68 places réparties en 47 places d'hébergement permanent, 20 places spécialisées pour personnes dépendantes psychiques, 1 place d'accueil de jour - Extension de 75 à 125 places en vue de la création d'un site annexe de 50 places : 24 places d'Alzheimer, 26 places d'HT réparties en 2 unités, l'une pour dépendants physiques et l'autre pour des dépendants psychiques 	<ul style="list-style-type: none"> Ouverture des possibilités d'accueil aux personnes âgées laïques du secteur. Structure adaptée pour prendre en charge toute personne en perte d'autonomie et notamment des personnes désorientées - Création d'un EHPAD à but lucratif de 83 places d'hébergement permanent, dont 26 places pour personnes atteintes de pathologie cognitive, 2 places d'AT et 4 places d'accueil de jour - Création d'une résidence pour personnes âgées de type "Petite unité de vie" de 24 places
SSIAD : 15 dossiers (dont 1 présenté 2 fois) * présenté à 2 séances	<ul style="list-style-type: none"> - Extension de 14 places dont 9 pour PA et 5 pour PH <60 ans - Extension de 7 places (5 places pour PA et 2 pour PH) - Extension de 9 places pour PA malades ou dépendantes 	Extension de 28 à 36 places du SSIAD	<ul style="list-style-type: none"> - Extension de 89 à 129 places - Extension de 48 à 70 places - Extension de 64 à 70 places - Extension de 40 à 47 places - Extension de 30 à 40 places - Extension de 39 à 51 places - Extension de 24 à 28 places 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un SSIAD de 20 places* - Extension de 22 à 32 places - Extension de 25 à 32 places
équipe mobile (SAVS) : 1 dossier			Création d'un SAVS réalisé par une équipe mobile de soutien aux aidants chargée d'apporter une animation à domicile (10 places)	

HT : hébergement temporaire

Par ailleurs, des projets concernant la population des personnes âgées ont été présentés lors de la fenêtre « Populations multiples », s'adressant à la population personnes âgées et/ou à la population personnes handicapées. En 2007, 42 dossiers ont ainsi été présentés :

- 3 dossiers présentés concernent des SPASAD
- 4 dossiers concernent des SSIAD
- et les autres dossiers portent sur des SAAD.

Les projets présentés au CROSMS en 2006 concernaient les dispositifs suivants :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
CLIC			3 créations de CLIC : 1 de niveau 2 ; 2 de niveau 3	2 créations de CLIC de niveau 2
Service d'aide à domicile et SAAD* *1 dossier pouvant concerner plusieurs services : ainsi l'ADMR d'Ille-et-Vilaine a régularisé 59 SAAD en un dossier, 12 SAAD de CCAS du Morbihan ont été régularisés à l'occasion d'un dossier.	Régularisation d'un SAAD + 3 demandes de régularisations ou de création (fenêtre « population mixte »)	- Régularisation d'un service d'aide à domicile - Création d'un SAAD PA/PH - Création d'un SAAD PA/PH + 5 demandes de régularisations ou de création (fenêtre « population mixte »)	+ 6 demandes de régularisations ou de création (fenêtre « population mixte »)	+ 4 demandes de régularisations ou de création (fenêtre « population mixte »)
SSIAD		Création d'un SSIAD 25 places + 2 demandes d'extension (fenêtre « population mixte »)	Extension d'un SSIAD à 30 places + 2 demandes d'extension (fenêtre « population mixte »)	- Extension d'un SSIAD de 32 à 42 places - Création d'un SSIAD de 30 places - Création d'un SSIAD de 10 places + 2 demandes d'extension (fenêtre « population mixte »)
Création d'établissement pour personnes âgées	-maison de retraite de 72 places dont 2 HT et 4 AJ -maison de retraite de 82 places dont 3 HT et 4 AJ -maison de retraite de 28 places au sein d'un foyer logement -maison de retraite EHPAD 65 places dont 3 AT et AJ -10 places médicalisées AJ r en maison de retraite - maison de retraite EHPAD 65 places et 5 places d' AJ -maison de retraite EHPAD de 74 places		- maison de retraite EHPAH 74 places dont 6 en HT et 4 en AJ - maison de retraite EHPAD 74 places dont 4 en HT et 10 en AJ - maison de retraite EHPAD 73 places dont 2 HT - maison de retraite de 60 places dont 1 en HT et 5 en AJ - EHPAD de 72 places dont 4 en AJ	- maison de retraite EHPAD de 64 places (projet présenté 2 fois) -maison de retraite 28 lits d'hébergement permanent, 12 lits d' HT et 5 places AT

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Extension et/ou tarification	<ul style="list-style-type: none"> - Extension de 455 à 484 places, dont 2 places HT et 12 en AJ - Extension de 20 places (2 unités de type cantou), 5 lits HT et 5 en AJ - Transformation de 350 lits long séjour en maison de retraite EHPAD et extension de 10 places d' HT et 10 en AJ - Extension de 224 à 314 places en foyer logement - Extension de 46 à 66 places en foyer logement EHPAD dont 2 HT - Extension de 40 à 65 places dont 5 hébergement temporaire -Extension foyer logement de 15 lits 	<ul style="list-style-type: none"> - extension de 15 places du foyer logement - transformation en maison de retraite EHPAD de 26 places dont 1 en HT - extension de 55 à 80 places d'une maison de retraite dont 2 places en HT et 2 AJ - extension de 55 places d'une maison de retraite dont 5 places en accueil à temps partiel jour et/ou nuit - tarification EHPAD d'une maison de retraite avec extension de 61 à 66 places dont 3 en HT - transformation foyer logement de 27 places en maison de retraite temporaire 	<ul style="list-style-type: none"> -extension de 4 places maison de retraite et tarification EHPAD - tarification maison de retraite EHPAH 37 places - extension de 19 à 48 places en foyer logement et tarification EHPAD - extension de 19 à 50 places et tarification EHPAD dont 2 en AJ - tarification EHPAD foyer logement de 22 places - tarification EHPAD foyer logement de 21 places - tarification EHPAD foyer logement 24 places - extension de 32 à 65 places maison de retraite et tarification EHPAD 	<ul style="list-style-type: none"> -création 4 places AJ et 2 places HT à la maison de retraite - extension de 46 à 63 places EHPAD dont 2 en HT et 2 en AJ - tarification EHPAD 38 places -restructuration foyer logement et extension de 54 à 89 places EHPAD dont 5 en HT, 4 en AJ et 2 en accueil de nuit - tarification EHPAD maison de retraite de 78 places en hébergement permanent, 2 HT et 2 en AJ -transformation en maison de retraite EHPAD -création 4 places AJ à la maison de retraite EHPAD

Les projets présentés au CROSMS en 2005 traduisent :

- **des réponses adressées à un public spécifique :**
 - ✓ personnes désorientées, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés
- **un élargissement du panel des réponses :**
 - ✓ **diversification des modalités d'accueil en établissement :** Accueil temporaire, hébergement temporaire ; accueil de jour, etc. et des modalités d'hébergement : logements éclatés, accueil de type cantou ;
 - ✓ **développement des services pour permettre le maintien à domicile :** SSIAD, services d'aide et d'accompagnement à domicile, service polyvalent d'aide et de soins à domicile, service d'auxiliaires de vie
- **reconnaissance des CLIC**

Parmi ces 86 dossiers présentés en 2005 :

- **35 concernaient une création de structures :**
 - ✓ 2 CLIC dans le Finistère,
 - ✓ 22 maisons de retraite
 - ✓ 5 SSIAD
 - ✓ 3 services d'aide à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées
 - ✓ 1 Service polyvalent d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées,
- **12 maisons de retraite ou foyers logement demandent une tarification EHPAD**
- **28 projets sont relatifs à une extension :**
 - ✓ 4 maisons de retraite
 - ✓ 3 foyers logement
 - ✓ 1 Service d'aide et d'accompagnement à domicile
 - ✓ 20 SSIAD
- **et 17 demandent une régularisation :**
 - ✓ 5 Services d'aide et d'accompagnement à domicile
 - ✓ 2 maisons de retraite
 - ✓ 6 Services d'aide à la personne
 - ✓ 3 SSIAD
 - ✓ 1 Service d'auxiliaires de vie

A ces 86 dossiers, s'ajoutent les dossiers de la Fenêtre « Population mixte » : 4 Extensions de SSIAD ; 3 Régularisations ETMS (Service de prestations).

Les avis défavorables

En 2009, au moins 7¹² dossiers parmi les 46 présentés en CROSMS ont fait l'objet d'un avis défavorable :

- 3 dans les Côtes-d'Armor : 2 demandes d'extension de maison de retraite et 1 demande de création d'un E.H.P.A.D.
- 2 dans le Finistère : 1 demande d'extension d'une maison de retraite par création de 2 unités d'hébergement renforcé pour personnes Alzheimer et une demande de transformation de 90 lits USLD en places de Maison de retraite
- 2 en Ille-et-Vilaine : 2 demandes de transformation d'USLD en maison de retraite ;

En 2008, 9 dossiers parmi les 43 présentés en CROSMS ont fait l'objet d'un avis défavorable :

- 5 dans les Côtes-d'Armor : 2 demandes d'extension de SSIAD ; 1 demande de création de SSIAD ; 2 demandes de création d'EHPAD ;
- 1 dans le Finistère : 1 demande de création d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 80 places (45 hébergement permanent, 5 d'accueil de jour, 30 destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).
- 2 en Ille-et-Vilaine : 1 demande de création d'un service d'accueil de nuit pour personnes âgées dépendantes physiques et/ou psychiques de 12 places ; 1 demande de création d'un EHPAD de 72 lits (56 places d'accueil permanent, unité Alzheimer de 12 places, 4 places d'hébergement temporaire)
- 1 dans le Morbihan : 1 demande de création d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 91 places : 85 d'hébergement permanent, dont 28 pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, 2 d'accueil temporaire et 4 d'accueil de jour

En 2007, sur ces 48 projets présentés au CROSMS, 9 ont reçu un avis défavorable :

- 2 dossiers concernaient des foyers-logements :
 - Création d'une unité de 6 places pour personnes handicapées vieillissantes rattachée à l'EHPAD (ouvriers d'ESAT en retraite de plus de 60 ans ou en préretraite de 55 ans et plus et personnes handicapées de plus de 55 ans ayant vécu à domicile et dont l'évolution personnelle et familiale nécessite l'accueil en institution) ;
 - Transformation des 2 foyers logement en EHPAD ;
- 6 concernaient des maisons de retraite :
 - Création d'une Maison de retraite tarifée EHPAD par une SARL ;
 - Construction d'une maison de retraite tarifée EHPAD de 90 places, dont 8 pour personnes handicapées vieillissantes, avec les 29 places actuelles de la Résidence, les 35 places de l'établissement et la création de 26 places dont 8 pour personnes handicapées vieillissant ;
 - Extension de 80 à 87 places de la maison de retraite par la création de 5 places d'hébergement temporaire et 2 places d'accueil de jour et transformation de 12 places en unité spécifique pour résidents atteints de la maladie Alzheimer ;
 - Transformation en EHPAD du Foyer de 64 places dont 4 places d'hébergement temporaire ;
 - Création d'un EHPAD à but lucratif de 83 places d'hébergement permanent, dont 26 places pour personnes atteintes de pathologie cognitive, 2 places d'accueil temporaire et 4 places d'accueil de jour ;
 - Extension de 90 places d'hébergement permanent ;
- 1 dossier concernait la création d'un SSIAD de 20 places.

En 2006, sur les 57 projets présentés au CROSMS, 6 ont reçu un avis défavorable :

- un même dossier de création de maison de retraite tarifée EHPAD a été présenté deux fois en 2006 et a reçu un avis défavorable
- 2 avis défavorables pour des demandes de création de maison de retraite
- 2 avis défavorables pour des demandes d'extension et tarification en EHPAD

En 2005, sur les 86 projets présentés au CROSMS, 9 ont reçu un avis défavorable : 7 créations d'EHPAD, 1 création de maison de retraite médicalisée et 1 demande de tarification EHPAD de maisons de retraite.

¹² en attente des derniers procès verbaux pour stabiliser ce chiffre.