

**Service instructeur**  
Direction de l'Autonomie

4<sup>ème</sup> **Commission** - N° CG-2012-6-4-1

**Service consulté**

## **LE SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2012-2016**

Résumé : Le présent rapport vous propose d'adopter le Schéma départemental Gérontologique pour la période 2012-2016. Il fixe quatre priorités : faciliter le parcours de vie des personnes âgées, aider les aidants, assurer la jonction entre politique de l'habitat et politique médico-sociale, les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication au service du bien vieillir.

### **I LES OBJECTIFS D'UN SCHEMA**

Un schéma a pour principaux objectifs :

- d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et d'accueils familiaux,
- de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services,
- de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ce schéma.

Ce schéma s'inscrit dans un contexte nouveau, marqué par quatre éléments clés :

- **Un nouveau partenaire**

L'Agence Régionale de Santé a adopté en décembre 2011 son Schéma Régional d'Organisation Médico-Social relatif aux établissements et services, d'où un enjeu fort de cohérence des orientations des deux schémas.

- **Une responsabilité plus forte**

Du fait de la nouvelle loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009, le schéma devient le premier acte d'un nouveau processus de création d'équipement s'articulant comme suit : schéma → programmation des crédits → appel à projet → mise en concurrence → choix du porteur → réalisation.

- **Des incertitudes réglementaires** : réforme de la dépendance, du régime d'autorisation et de tarification des services d'aide à domicile et des EHPAD.

- **Des contraintes financières** pour le budget départemental en fonctionnement et en investissement et des impacts financiers importants sur nos budgets 2012, 2013 et 2014 liés au précédent schéma.

## **II LES ENJEUX DU SCHEMA**

Le présent schéma doit relever des enjeux forts qui sont de deux ordres :

- sociétaux :

- le vieillissement démographique dans nos territoires (entre 2008 et 2021 l'effectif des 60 ans et plus augmentera de 33 %) ; la transition épidémiologique : les personnes âgées potentiellement dépendantes devraient augmenter de 14 % sur cette même période et le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et apparentées de 24 % d'ici 2020,

- la diminution relative des aidants familiaux, premiers pourvoyeurs d'aide auprès de la personne âgée dépendante : le ratio aidant/aidé (le nombre de personnes âgées de 55 à 64 ans rapporté à celui des 85 ans et plus dans une population) va fortement se dégrader entre 2008 et 2021, chutant en moyenne départementale de 6,6 à 4,1,

- l'émergence de la précarité touchant la fraction des populations plus âgées et venant grossir le rang des personnes rencontrant des difficultés budgétaires.

- d'organisation de l'offre :

- améliorer la connaissance des besoins, détecter les manques, les insuffisances et les dysfonctionnements afin d'améliorer l'exercice de planification et de régulation de l'offre de service sur le territoire,

- renforcer la coordination entre les acteurs de la santé et du médico-social, entre hôpital et soins de ville (au sens large incluant l'aide à domicile),

- structurer nos politiques sociales autour de populations cibles : personnes âgées, handicapées, précaires... n'est pas propice à la mise en œuvre de stratégies plus globales visant à favoriser le bien vivre ensemble.

## **III LES QUATRES PRIORITES**

Les orientations du présent Schéma Gériatrique sont au nombre de 10 (la 11<sup>e</sup> portant sur les modalités de pilotage et de suivi) et recouvrent 4 priorités fortes qui structurent notre politique en direction des personnes âgées.

### **Priorité n°1 : Faciliter le parcours de vie de la personne âgée**

Pour simplifier et faciliter les démarches des personnes âgées et de leurs proches et s'assurer de la qualité et de la continuité des interventions tout au long des parcours de vie, le Conseil Général s'engage résolument à veiller, comme il l'a fait dans le précédent schéma, à garantir une organisation de l'offre de service la plus équilibrée possible entre les différents territoires afin que chaque personne dispose, en proximité, d'une palette de services et prestations la plus complète possible.

En amont de l'accompagnement par un service, il s'appuiera sur l'innovation organisationnelle que constituent les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer pour poursuivre, amplifier et améliorer l'offre proposée par les 22 Pôles Gérontologiques déjà en place afin que quelle que soit sa demande, la personne âgée obtienne le service, le soin, la prestation financière la plus adaptée à ses besoins.

En cours d'accompagnement il contribuera avec les autres acteurs institutionnels, en particulier l'Agence Régionale de Santé, mais également les organismes de protection sociale et les services de l'Etat, à renforcer la coordination des professionnels autour des situations avec comme objectif de parvenir à une co-responsabilisation des acteurs, concept clé dans le processus d'intégration des services.

Cette priorité est traduite dans les orientations numéros 2, 3, 5 (action n°1 et 2) et 6.

### **Priorité n°2 : Aider les aidants**

Les aidants exercent au quotidien un rôle majeur dans le soutien à domicile des personnes âgées. Pour les soutenir dans ce rôle, le nouveau Schéma Gérontologique privilégiera une approche multidimensionnelle :

- la poursuite du développement des structures de répit : création de places d'accueil de jour, de places d'accueil temporaire et meilleure organisation de l'hébergement temporaire,
- la recherche d'une plus grande efficacité des actions d'accompagnement des aidants, sur l'ensemble du territoire : écoute, conseil, soutien en s'appuyant sur les plateformes de répit.

Cette priorité fait l'objet de l'orientation numéro 4.

### **Priorité n°3 : Assurer la jonction entre politique de l'habitat et politique médico-sociale**

La question de l'accès et du maintien des personnes vieillissantes dans leur logement constitue un objectif majeur des politiques publiques. Pourtant, politique sociale et politique de l'habitat restent aujourd'hui très fortement cloisonnées, avec des logiques et des visions propres. Le Conseil Général souhaite engager un travail de fond visant à assurer plus de transversalité dans la conduite de ces deux politiques, en articulant mieux nos documents de programmation, en simplifiant l'accès aux aides pour l'aménagement des logements et en expérimentant des nouvelles formes d'habitat.

Cette priorité constitue l'orientation numéro 7.

### **Priorité n°4 : Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication au service du bien vieillir**

L'introduction des nouvelles technologies, de plus en plus sophistiquées, qui arrivent sur le marché, représente une réelle opportunité pour le secteur social et médico-social. Le Schéma Gérontologique se fixe pour ambition d'intervenir à plusieurs niveaux :

- encourager l'implantation des technologies visant à faciliter la vie des personnes en perte d'autonomie, à domicile et dans les établissements.
- investir dans les systèmes d'information partagés pour faciliter l'accompagnement des personnes, éviter les redondances, faciliter et sécuriser la circulation de l'information entre professionnels et fiabiliser la connaissance des besoins de la population,
- mettre en cohérence les politiques publiques des deux Conseils Généraux et de l'ARS pour une construction économe des projets de e-santé sur le territoire alsacien.

Cette priorité est détaillée dans l'orientation numéro 10.

#### **IV AUTRES MESURES**

Outre ces grandes priorités, il est également intéressant de relever que le Schéma Gérontologique 2012-2016 se propose :

- de poursuivre les actions spécifiques en direction des malades d'Alzheimer et maladies apparentées, en participant pleinement à la déclinaison locale des mesures du Plan National Alzheimer dont il vient d'être annoncé qu'il sera poursuivi au-delà de 2012 : déploiement des MAIA sur tout le territoire, avec le Conseil Général comme porteur du dispositif (orientation 2 - Action 3), créations d'Unités de Vie Protégées (UVP) et de Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), (orientation 5 - Action 3), appui sur les plateformes de répit pour aider les aidants (orientation 4 - Action 1),
- de réfléchir aux réponses à construire pour les personnes âgées présentant des troubles psychiques et les personnes handicapées vieillissantes accueillies en EHPAD (orientation 5 - Action 4),
- d'accompagner les mutualisations entre établissements et services (orientation 8),
- dans l'attente de la réalisation de réformes clés intégrant des publics âgés et en situation de handicap dans un dispositif unique, de poursuivre notre approche pragmatique de convergence des dispositifs sur différents points détaillés dans l'orientation numéro 9,
- de repositionner notre action en faveur de la prévention dans le champ, plus large, de la promotion de la santé, et cela en s'appuyant sur les instances et dispositifs prévus dans le cadre du Schéma Régional de Prévention.

#### **V PROGRAMMATION DE CREATION DE PLACES ET DE SERVICES**

Le législateur a prévu la possibilité, pour les schémas d'organisation médico-sociale, de préciser la programmation pluriannuelle des établissements et services à créer, transformer ou supprimer.

Le présent schéma ne propose pas l'adoption d'un tel programme, car il est un schéma visant une meilleure organisation de l'offre existante et non de développement de celle-ci comme le précédent. Par ailleurs, le Conseil Général est tributaire, pour la majeure partie de l'offre dite médicalisée, des possibilités financières inscrites dans le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Celui adopté pour 2012-2016 donne la priorité aux services, accueil de jour et hébergement temporaire et affecte la quasi totalité des crédits disponibles au financement des ouvertures autorisées dans le cadre du précédent Schéma Gérontologique 2006-2011.

Néanmoins et sans s'engager sur des capacités précises, les priorités suivantes sont arrêtées par le schéma :

- pas de création de places d'hébergement permanent en EHPAD et en cas de disponibilité de crédits dans le cadre du PRIAC, ceux-ci seront prioritairement affectés à des projets d'extension de capacités pour des établissements n'atteignant pas la taille critique minimale de 80 lits,
- développement de PASA et UVP dans chaque territoire, en priorité au sein d'un ou plusieurs établissements de référence, disposant des capacités d'adaptation architecturale nécessaire à leur mise en place,
- poursuite de la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, dans la mesure des moyens dégagés dans le cadre du PRIAC et sous réserve des possibilités financières,
- réflexion à mener autour des logements intermédiaires type foyers logements ou Petites Unités de Vie, dont le développement ne sera envisagé qu'à l'issue d'une étude fine des besoins,
- pas d'autorisation nouvelle de Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.

Les territoires prioritaires pour implanter ces offres nouvelles seront déterminés au regard des diagnostics effectués pour chacun des bassins de vie. Ces diagnostics figurent dans le présent schéma et seront actualisés au fur et à mesure des créations de places.

## **VI IMPACT FINANCIER DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE**

Les crédits départementaux consacrés à la politique en direction des personnes âgées vont devoir absorber les effets des créations et extensions de places validées par le précédent schéma :

- 8 M€ seront nécessaires d'ici 2016 pour honorer les engagements pris dans le cadre de la politique d'aide à l'investissement,
- la mise en service progressive des lits supplémentaires se traduira par une augmentation conséquente des dépenses annuelles de fonctionnement, au titre de l'APA en établissement et de l'aide sociale départementale : de 2,4 M€ dès 2012, ce sont 4 M€ qui seront nécessaires à partir de 2015.

Aussi, la conception de ce schéma a tenu compte de cet impact en sachant que, par ailleurs, les principaux facteurs qui pèsent sur l'évolution de nos coûts seront également à la hausse : augmentation du nombre des demandeurs (effet volume) et augmentation des tarifs des services et des prestations (effet prix). Sur ce point précis, le Département mettra tout en œuvre pour maîtriser au maximum ces évolutions.

Les principales sources de dépenses nouvelles liées à ce schéma sont :

- les éventuelles créations de places d'EHPAD, soit :
  - coût moyen dépendance à la place 2012 en EHPAD (à la charge du Département) : 3 600 €,
  - coût moyen hébergement d'une personne à l'aide sociale à la place : 10 300 € (sachant que seulement environ 20 % des places d'EHPAD sont occupées par des bénéficiaires à l'aide sociale),
- les créations de places d'accueil de jour : coût moyen à la place de l'ordre de 9 200 € pour un accueil de jour autonome et de 4 000 € pour un accueil de jour annexé à un EHPAD,

- la création de trois nouvelles MAIA : création de postes de gestionnaires de cas (en sus de ceux financés par l'Agence Régionale de Santé) financés par redéploiement des crédits consacrés aux CLIC ou par des économies générées par le dispositif,
- la contribution financière du Département au fonctionnement d'un Centre d'Information et de Coordination des Aides Techniques (CICAT) de l'ordre de 50 000 € par an,
- l'éventuelle participation financière du Département aux dépenses d'investissement nécessaires pour la mise en place de systèmes d'information partagée,
- l'implantation de solution domotique dans les établissements, en sachant que celle-ci aurait un impact assez faible sur le prix de journée (une expérimentation à petite échelle mesurera l'impact de cette mesure avant son déploiement).

Je vous prie de bien vouloir en délibérer et adopter le Schéma Gériatrique 2012-2016.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'C' followed by a vertical line and a horizontal stroke, with a small flourish at the end.

Charles BUTTNER

# Schéma Gérontologique Départemental

2012-2016

**Conseil Général**



**Haut-Rhin**

# SOMMAIRE

<b>LES OBJECTIFS DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE.....</b>	<b>5</b>
<b>LES MODALITES D'ELABORATION .....</b>	<b>5</b>
<b>ELEMENTS DE CADRAGE ET CHIFFRES CLES .....</b>	<b>6</b>
1 - Le budget départemental consacré aux personnes âgées .....	7
2 - L'évolution des capacités, par mode d'accueil, sur la période 2004-2011 .....	9
3 - La démographie haut-rhinoise.....	10
4 - La santé des personnes âgées .....	15
5 - La perte d'autonomie et la dépendance .....	16
6 - Situation économique et ressources des personnes âgées.....	20
<b>LES ORIENTATIONS DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE .....</b>	<b>27</b>
<b>Quatre priorités pour le schéma 2012-2016 .....</b>	<b>28</b>
<b>ORIENTATION I : OEUVRER EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTE DES PERSONNES AGEES .....</b>	<b>30</b>
Rappel de l'état des lieux - La prévention et le soutien des aidants : une mission facultative, mais néanmoins prioritaire du Conseil Général .....	30
1 - S'appuyer sur les instances et les dispositifs de santé publique existants.....	32
2 - Placer l'action sociale du Conseil Général au cœur de la promotion de la santé.....	33
3 - Cibler l'action du Conseil Général en lien avec les partenaires .....	33
<b>ORIENTATION II : ANTICIPER L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE : ADAPTER LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL, D'ECOUTE, D'INFORMATION, D'ORIENTATION, D'EVALUATION, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE COORDINATION AU SERVICE DE L'USAGER.....</b>	<b>35</b>
Rappel de l'état des lieux - Accueillir, écouter, informer, orienter, évaluer, accompagner, coordonner : des missions en pleine mutation.....	35
1 - Faciliter l'exercice du libre choix de l'utilisateur .....	39
2 - Anticiper l'évolution démographique concernant l'accueil et l'accompagnement des usagers .....	39
3 - Préparer le déploiement des dispositifs MAIA et des guichets intégrés dans le département .....	43
4 - Améliorer le partage et la transmission des informations résultant de l'évaluation de la personne entre professionnels de l'évaluation et de la coordination.....	44
<b>ORIENTATION III : OPTIMISER LE SOUTIEN A DOMICILE : RENFORCER LA COORDINATION, GARANTIR LA QUALITE DES INTERVENTIONS ET LE PILOTAGE.....</b>	<b>46</b>
Rappel de l'état des lieux – Profils des personnes âgées à domicile et caractéristiques des services d'aides à domicile .....	46
1 - Définir et formaliser les modalités de mise en place des plans d'aide entre les prescripteurs (Conseil Général, Caisses de retraites), les SAAD, les services mandataires et l'emploi direct .....	52
2 - Structurer les modalités de coordination des intervenants à domicile .....	53
3 - Améliorer et structurer la transmission d'informations à destination des intervenants à domicile .....	54
4 - Garantir un niveau homogène des modes d'organisation et d'intervention des SAAD .....	54
5 - Envisager une démarche commune de pilotage de l'offre de services à domicile entre le Conseil Général, la DIRECCTE et l'ARS .....	55

**ORIENTATION IV : DEVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS ..... 56**

Rappel de l'état des lieux – Profil des aidants et caractéristiques de l'offre en solutions de répit .....	56
1 - S'appuyer sur le développement des plateformes de répit pour organiser l'aide aux aidants sur un territoire, aux côtés de l'ARS .....	61
2 – Mieux organiser les solutions de répit .....	62

**ORIENTATION V : ORGANISER L'OFFRE EN ETABLISSEMENT ..... 64**

Rappel de l'état des lieux – Caractéristiques de l'offre en hébergement et des personnes âgées en établissement.....	64
1 - Rapprocher l'offre et la demande en établissements, par une meilleure connaissance de la disponibilité des places et de l'état de la demande en temps réel.....	74
2 - Renforcer la connaissance des EHPAD par les familles et le grand public .....	74
3 - Soutenir le développement des UVP et PASA dans chaque territoire pour éviter le déracinement résidentiel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.....	74
4 - Réfléchir aux réponses à construire pour les personnes âgées présentant des troubles psychiques et les personnes handicapées vieillissantes accueillies en EHPAD.....	75

**ORIENTATION VI : FACILITER LE PARCOURS DES PERSONNES AGEES SUR UN TERRITOIRE..... 76**

1 – Mieux préparer et coordonner les sorties d'hospitalisation .....	76
2 - Définir la place de l'EHPAD en renforçant la connaissance de la filière gériatrique par les professionnels....	76
3 - Poursuivre les partenariats intégrés pour fluidifier les passages des personnes âgées d'une structure à une autre .....	77
4 - Travailler la question des hospitalisations des résidents en EHPAD .....	78
5 - Favoriser l'intégration des EHPAD dans leur environnement et la vie du territoire .....	78

**ORIENTATION VII : UNE APPROCHE COMMUNE DU VIEILLISSEMENT ENTRE POLITIQUES DE L'HABITAT ET DU MEDICO-SOCIAL..... 79**

Rappel de l'état des lieux – Entre domicile et établissement, une offre intermédiaire à développer, mais encore mal cernée par le Conseil Général .....	79
1 - Favoriser l'émergence d'une action publique plus transversale .....	81
2 - Adapter les logements aux besoins des personnes âgées.....	82
3 - Expérimenter des formules de logements et d'accompagnement .....	84

**ORIENTATION VIII : : ACCOMPAGNER LES MUTUALISATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS ET SERVICES . 85**

Accompagner les mutualisations entre établissements et services.....	85
--	----

**ORIENTATION IX : : LES DISPOSITIFS EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : QUELS RAPPROCHEMENTS ? ..... 86**

Quels rapprochements des dispositifs en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ? .....	86
---	----

**ORIENTATION X : FAVORISER L'UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES PAR LES PERSONNES AGEES, LES AIDANTS FAMILIAUX ET LES PROFESSIONNELS..... 89**

Rappel de l'état des lieux – les nouvelles technologies au service de l'autonomie : un potentiel à exploiter.....	89
1 - Promouvoir l'utilisation de systèmes technologiquement évolués permettant aux personnes âgées de conserver une autonomie dans les actes de la vie quotidienne .....	92
2 – Soutenir et favoriser l'expérimentation par les professionnels d'outils de gestion et d'information.....	92

**ORIENTATION XI : GARANTIR LE SUIVI ET L'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA..... 94**

Garantir le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du schéma .....	94
---	----

**APPROCHE TERRITORIALE : DIAGNOSTICS DES BESOINS ET DES RESSOURCES, PAR BASSIN DE VIE SOLIDARITE..... 95**

Bassin de vie d'ALTKIRCH.....	96
Bassin de vie de COLMAR .....	107
Bassin de vie de COLMAR EST .....	118
Bassin de vie de COLMAR OUEST .....	128
Bassin de vie de GUEBWILLER .....	138
Bassin de vie de MULHOUSE .....	149
Bassin de vie de MULHOUSE EST .....	162
Bassin de vie de MULHOUSE OUEST .....	172
Bassin de vie de SAINT LOUIS.....	182
Bassin de vie de SAINTE MARIE AUX MINES / RIBEAUVILLE.....	193
Bassin de vie de THANN .....	205
Notice méthodologique pour la lecture des diagnostics territoriaux .....	216
Avis du CODERPA .....	221

## LES OBJECTIFS DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE

La loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a renforcé le rôle des départements en matière d'action gérontologique : « Le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (...) les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public » (article L113.2 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

L'objectif du schéma est :

- d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services, et d'accueils familiaux ;
- de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services ;
- de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ce schéma.

## LES MODALITES D'ELABORATION

L'ensemble des travaux a été conduit sous le pilotage de deux comités :

- un Comité stratégique en charge du suivi opérationnel de la mission et du calendrier, de la priorisation des aspects-clés de la démarche, et de la validation des documents,
- un Comité d'experts associant les financeurs, les représentants des usagers et les professionnels en charge de l'identification des problématiques et des ressources locales, de donner des avis sur les travaux réalisés et de faire des propositions d'ajustements, d'apporter son expertise sur les questions-clés de la politique publique.

La concertation a été le maître mot du schéma :

- le diagnostic des ressources et des besoins a été élaboré avec tous les élus concernés puis soumis à la concertation des professionnels de terrain,
- cinq groupes de travail ont réuni plus de 100 personnes en juin 2012 pour travailler autour de cinq thématiques. Plus de quarante propositions d'orientations ont été produites par les participants afin d'alimenter les travaux d'élaboration du schéma.

En parallèle, le CODERPA s'est particulièrement mobilisé :

- il a délégué deux représentants différents dans chacun des cinq groupes de travail,
- chacune des quatre commissions du Coderpa et son bureau se sont emparés des cinq thèmes des groupes de travail, se sont réunis et ont élaboré 69 propositions.

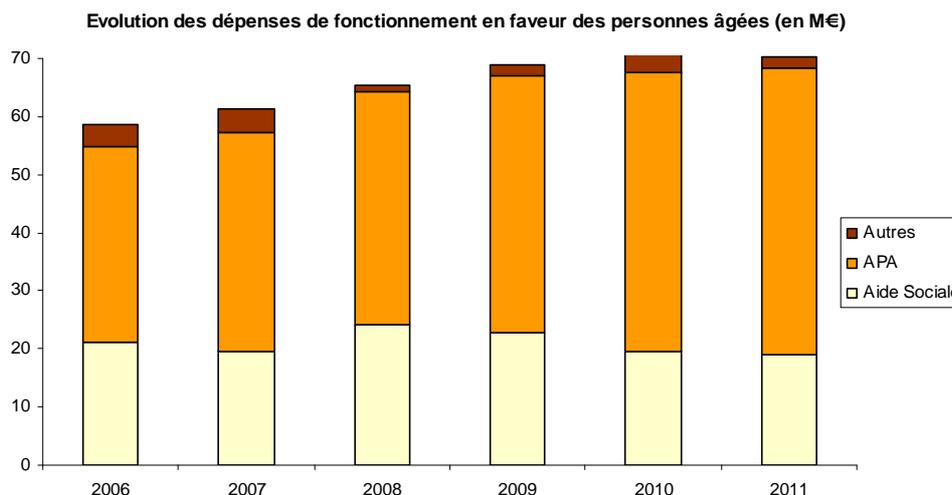
Enfin, les orientations du schéma ont été établies en parfaite cohérence avec celles définies par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans son Projet Régional de Santé, les organismes de protection sociale, Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail d'Alsace Moselle (CARSAT), la Mutualité Sociale Agricole d'Alsace (MSA) ainsi que la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE). Ces institutions ont été étroitement associées aux différents points clés de la démarche et ont contribué activement et positivement à la démarche.

# **ELEMENTS DE CADRAGE ET CHIFFRES CLES**

## 1 – Le budget départemental consacré aux personnes âgées

Le budget consacré à la politique en faveur des personnes âgées a enregistré une progression notable, passant de 58,7 M€ en 2006 à 70,2 M€ en 2011 soit une hausse de 19,6 % (données issues des comptes administratifs 2006 à 2011 et retraitées par l'OHRAS).

Les dépenses relatives à la perte d'autonomie au travers du versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) enregistrent la plus forte augmentation avec une hausse de près de 46 % sur la période.



### > L'évolution des dépenses à domicile :

Pour l'essentiel, c'est la progression des dépenses liées à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à domicile qui explique l'augmentation des crédits consommés, l'APA passant de 16,2 M€ en 2006 à 24,3 M€ en 2011.

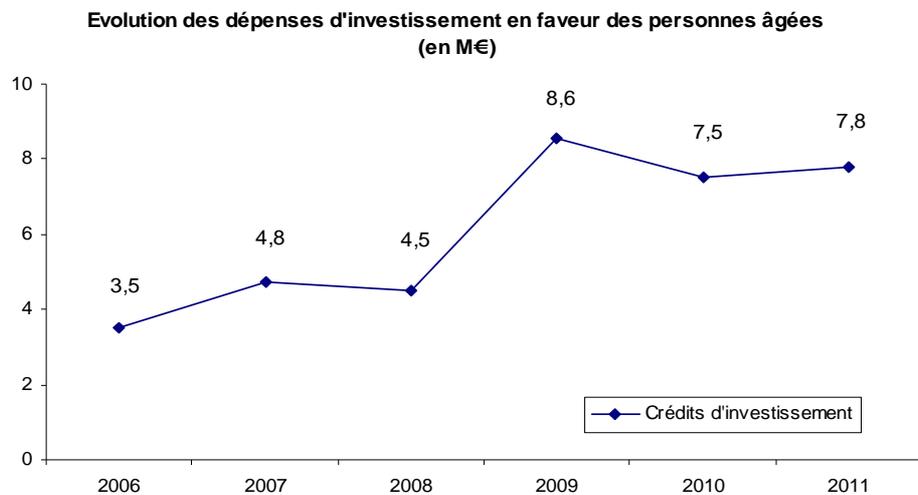
La reprise, en 2008, du service social antérieurement délégué au secteur associatif explique la diminution cette année du poste « autres dépenses ». En 2010, ce même poste tient compte d'une subvention exceptionnelle versée à un service d'aide à domicile en difficulté.

### > L'évolution des dépenses en établissement :

Les dépenses en faveur des résidents en établissement ont globalement progressé, passant de 39 M€ en 2006 à 44,6 M€ en 2011. Plus précisément, la période a été marquée par :

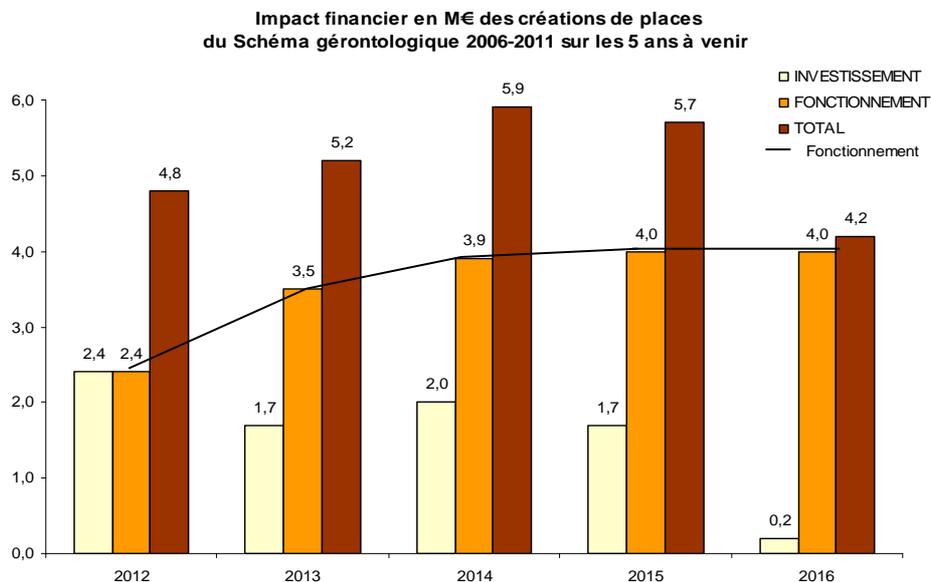
- une forte augmentation des dépenses d'APA (17,6 M€ en 2006 contre 25 M€ en 2011) qui s'explique à la fois par le développement de l'offre d'équipement, et l'augmentation des moyens accordés aux EHPAD au travers des conventions tripartites,
- une diminution des dépenses d'aide sociale à compter de l'exercice 2010 en lien avec la mise en œuvre du décret du 19 février 2009 qui prévoit que les personnes handicapées vieillissantes accueillies dans des structures pour personnes âgées dépendantes et qui justifient d'un taux d'incapacité d'au moins 80 % reconnu avant l'âge de 65 ans, peuvent prétendre au régime spécifique d'aide sociale applicable aux personnes handicapées. Les dépenses relatives à ces personnes ont donc basculé dans la politique du handicap.

Le Conseil Général a également poursuivi sa politique volontariste en matière d'aide à l'investissement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Sur la période 2006-2011 ce sont ainsi près de 37 M€ de subvention qui ont accompagné la création de places supplémentaires et la restructuration d'établissements existants.



Les engagements pris dans le cadre du schéma 2006-2011 vont d'ailleurs encore fortement impacter les budgets de fonctionnement et d'investissement dans les 5 années à venir. En effet, sur la période 2012-2016, les budgets dédiés aux personnes âgées dépendantes vont devoir absorber les effets des créations et extensions de places validées par le précédent schéma :

- 8 M€ seront nécessaires d'ici 2016 pour honorer les engagements pris dans le cadre de la politique d'aide à l'investissement,
- la mise en service progressive des lits supplémentaires se traduira par une augmentation conséquente des dépenses annuelles de fonctionnement, au titre de l'APA en établissement et de l'aide sociale départementale : de 2,4 M€ dès 2012, ce sont 4,0 M€ qui seront nécessaires à partir de 2015.



Ces données illustrent de manière concrète l'effort financier important du Conseil Général sur les prochains budgets : sur les 5 ans à venir, les dépenses cumulées liées aux seules nouvelles places déjà programmées dans le schéma précédent s'élèveront à 26 M€. Cela conforte une des orientations du présent schéma, à savoir que l'on s'oriente vers un schéma d'adaptation de l'offre (et non de développement) cherchant à organiser au mieux l'offre existante.

## 2 – L'évolution des capacités, par mode d'accueil, sur la période 2004-2011

Le schéma gérontologique 2006-2011 prévoyait un rééquilibrage territorial de l'offre médico-sociale (cf. géographie prioritaire) à travers :

- la création de 1 000 lits nouveaux et la transformation de 1000 lits existants pour diversifier l'offre, dans un objectif d'équilibre territorial et d'équité selon les caractéristiques des bassins de vie,
- la mise en place d'un programme de création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour couvrir l'ensemble des bassins de vie,
- le développement de l'offre en petites unités de vie.

Le bilan de ces trois orientations intègre les projets d'ores et déjà financés qui seront réalisés sur la période 2012-2015 : les effets des décisions prises depuis 2005 se prolongeant sur la période à venir, du fait de délais incompressibles (plusieurs années étant parfois nécessaires avant l'ouverture au public : choix d'un porteur de projet, procédure d'autorisation, plan de financement, travaux...).

Ainsi, à l'échelle départementale, on comptabilisera à l'horizon 2015 :

- 740 nouveaux lits d'hébergement permanent (EHPAD<sup>1</sup>, USLD<sup>2</sup>, EHPA<sup>3</sup>, PUV<sup>4</sup>),
- 67 nouveaux lits d'Hébergement Temporaire (HT),
- 120 nouvelles places d'Accueil de Jour (AJ).

	Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	TOTAL
EHPAD + USLD	177	520	697
EHPA	-1	0	-1
PUV	28	16	44
HT	15	52	67
AJ	64	68	120

Source : STE/OHRAS (capacités installées)

### Eléments complémentaires à considérer :

Sur la période du schéma, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) a procédé à deux modifications dans la nature de l'offre gériatrique en Alsace sur la période 2004-2011 :

- 757 places d'USLD ont fait l'objet d'une requalification en places d'EHPAD. Le bassin de vie de Saint-Louis est désormais dépourvu de cette offre et le nouveau schéma régional de l'offre médico-sociale souhaite y remédier ;
- 50 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ont en outre fait l'objet d'une transformation en places d'EHPAD générant ipso facto une augmentation de l'offre, parfois dans des secteurs géographiques non prioritaires.

Pour ce qui concerne le processus de diversification de l'offre, force est de constater que le mouvement a été plus difficile à enclencher. L'objectif était certes louable mais beaucoup trop ambitieux :

- l'ancien schéma prévoyait une requalification conséquente des lits d'EHPAD en offre Alzheimer (plus de 900 lits). La création de places en Unités de Vie Protégées (UVP) nécessitant une intervention sur le bâti, les créations ont rarement été réalisées ex nihilo, mais plutôt à la faveur d'opérations de réhabilitation ou de création de places. De fait, l'évolution 2004-2011 a été timide, mais de nombreuses unités spécialisées (PASA, UVP, UHR) ouvriront d'ici 2015, à la faveur des projets architecturaux et de la politique incitative issue du plan national Alzheimer qui est venue opportunément croiser les objectifs de notre propre schéma gérontologique :

<sup>1</sup> EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>2</sup> USLD : unité de soins longue durée

<sup>3</sup> EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

<sup>4</sup> PUV : petite unité de vie

- 169 places par requalification de places existantes et 150 places nouvelles (dont notamment la création de 2 EHPAD dédiés) ;
- le développement de petites unités de vie (MARPA<sup>5</sup>, appartements protégés) n'a en revanche pas été réellement amorcé, mais il faut souligner que les importantes difficultés au démarrage de la dernière MARPA créée n'ont pas incité les financeurs à amplifier le mouvement ;
  - le renforcement des solutions de répit (places en accueil de jour et hébergement temporaire) a démarré même si globalement seule la moitié des places prévues a déjà été créée. L'offre en accueil de jour a été sensiblement renforcée (8 services créés ou en projet) permettant une couverture complète du territoire. Par ailleurs, le Conseil Général a souhaité faciliter l'accès à cette offre en apportant une contribution financière annuelle de 3 300 € à la place afin de limiter le coût journalier pour les usagers qui fréquentent un accueil de jour autonome. En revanche, les modalités de renforcement de l'offre en hébergement temporaire seront à retravailler dans le cadre du nouveau schéma.

### 3 - La démographie haut-rhinoise

#### > Une population en hausse...

Avec 746 072 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (recensement de la population 2008), le département du Haut-Rhin se positionne comme le 28<sup>e</sup> département le plus peuplé en France (sur 100). A l'échelle régionale, les haut-rhinois représentent 41 % des alsaciens. Pour mémoire, en 1999, la population du département s'élevait à 707 709 personnes, soit une hausse de 5 % entre 1999 et 2008.

D'ici 2021, la population haut-rhinoise devrait gagner 21 360 habitants (projections INSEE). Cette augmentation sera intégralement portée par les personnes de 60 ans et plus, les effectifs de jeunes et d'actifs diminuant.

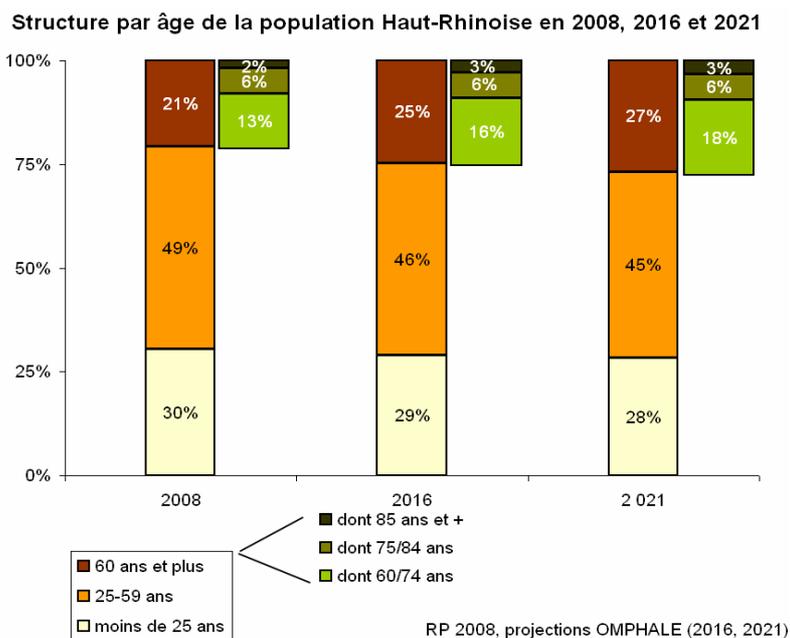
Evolutions 2008/2021 des effectifs de population, par catégories d'âge :

	Population 2008	Evolution 2008/2021
Moins de 25 ans	226 512	- 10 238
25 - 59 ans	363 953	- 20 380
60 ans et plus	155 607	+ 51 978
<i>Haut-Rhin</i>	<i>746 072</i>	<i>+ 21 360</i>

#### > Un vieillissement qui va s'accélérer...

Le vieillissement démographique se définit comme étant l'accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population totale. Avec 21 % de personnes âgées de 60 ans et plus en 2008, le Haut-Rhin fait partie des départements les plus jeunes. Dans les prochaines années, et comme les autres territoires métropolitains, il connaîtra un vieillissement sensible : à l'horizon 2021, les 60 ans et plus devraient représenter 27 % de la population (pour mémoire, ils représentaient 20 % de la population en 1999). Ce phénomène traduit l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées pendant le « baby-boom » (1945-1975). Par ailleurs, l'espérance de vie, qui devrait continuer à augmenter contribue également à l'augmentation de la proportion des séniors dans la population totale.

<sup>5</sup> MARPA : maison d'accueil rurale pour les personnes âgées



D'ici 2021, c'est l'effectif des 60-74 ans qui augmentera le plus fortement (+38 567 personnes). Leur poids dans la population devrait progressivement passer de 13 % en 2008 à 18 % en 2021. Parmi les personnes de 60 ans et plus, 1 sur 2 a moins de 75 ans (proportion stable entre 2008 et 2021).

Evolutions 2008/2021 des effectifs de personnes âgées, par catégories d'âge :

	Population 2008	Evolution 2008/2021	Taux de croissance
60-74 ans	97 137	+ 38 567	+ 40%
75-84 ans	45 216	+ 1 771	+ 4%
85 ans et plus	13 254	+ 11 639	+ 88%
<b>60 ans et plus</b>	<b>155 607</b>	<b>+ 51 978</b>	<b>+ 33%</b>

## > Des bassins de vie aux situations contrastées

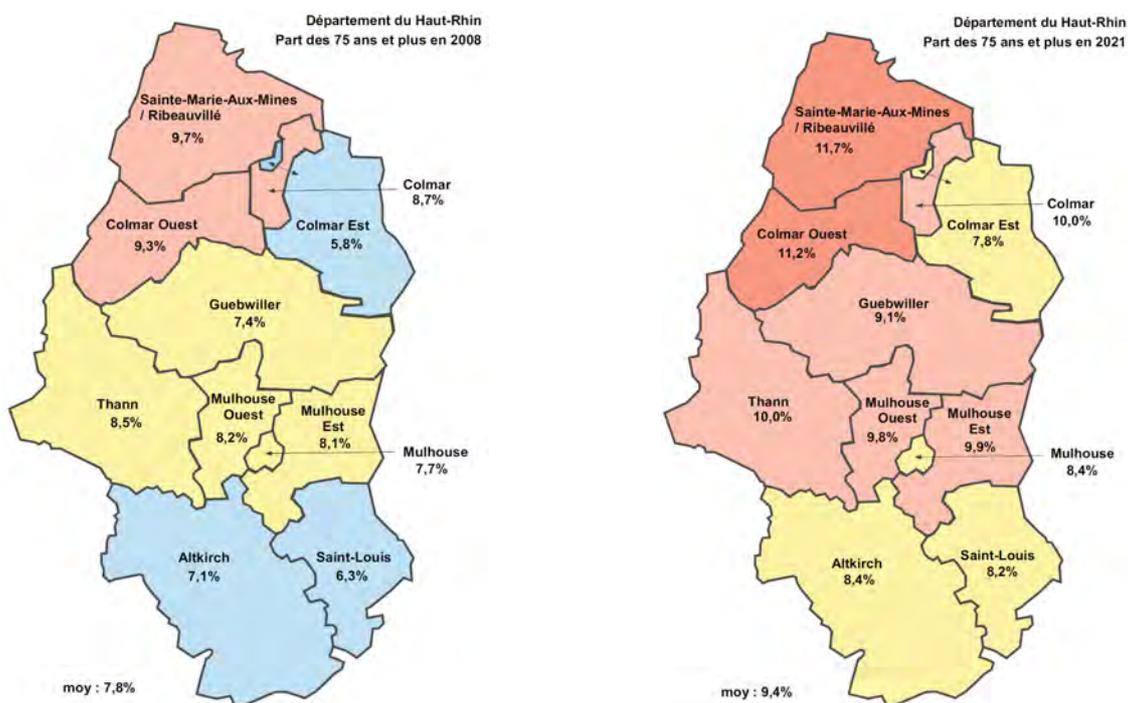
- La part des personnes de 75 ans et plus : le nord plus vieux que le sud

La part de la population ayant recours à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est très faible avant 75 ans (moins de 3 % de personnes dépendantes au sens de la grille AGGIR). Les effets de la dépendance augmentant ensuite avec l'âge, il est intéressant de s'intéresser à l'évolution de cette tranche d'âge.

En 2008, les bassins de vie présentent des profils contrastés en terme de vieillissement de leur population. Sainte Marie aux Mines - Ribeauvillé, Colmar et Colmar Ouest apparaissent comme les bassins de vie qui comptent les plus fortes proportions de personnes de 75 ans et plus, tandis que Altkirch, Colmar Est et Saint Louis apparaissent comme les plus jeunes.

En terme de dynamique, le rythme de vieillissement d'ici 2021 devrait, par contre, être homogène sur l'ensemble du territoire : la part des 75 ans et plus dans la population augmentant pour chaque bassin de vie de 1 à 2 points.

### Evolution de la part des personnes de 75 ans et plus dans la population totale



Source : INSEE (RP 2008, projections de population 2006-2021)

Evolution du nombre de personnes âgées, par bassin de vie

	<b>Nombre de personnes âgées de 75 ans et + (2008)</b>	<b>Nombre de personnes âgées de 75 ans et + (projection 2021)</b>	<b>Evolution 2008/2021</b>
Colmar Est	2 572 pers.	3 700 pers.	+ 1 128
Colmar Ouest	3 927 pers.	4 952 pers.	+ 1 025
Sainte Marie aux Mines - Ribeauvillé	4 403 pers.	5 493 pers.	+ 1 090
Saint Louis	4 553 pers.	6297 pers.	+ 1 744
Altkirch	4 776 pers.	6 316 pers.	+ 1 540
Guebwiller	5 353 pers.	7 022 pers.	+ 1 669
Thann	5 676 pers.	6 871 pers.	+ 1 195
Colmar	5 798 pers.	6 312 pers.	+ 514
Mulhouse Est	6 286 pers.	7 858 pers.	+ 1 572
Mulhouse Ouest	6 523 pers.	8346 pers.	+ 1 823
Mulhouse	8 603 pers.	8 715 pers.	+ 112
<b>Ensemble du département</b>	<b>58 470 pers.</b>	<b>71 880 pers.</b>	<b>+ 13 410</b>

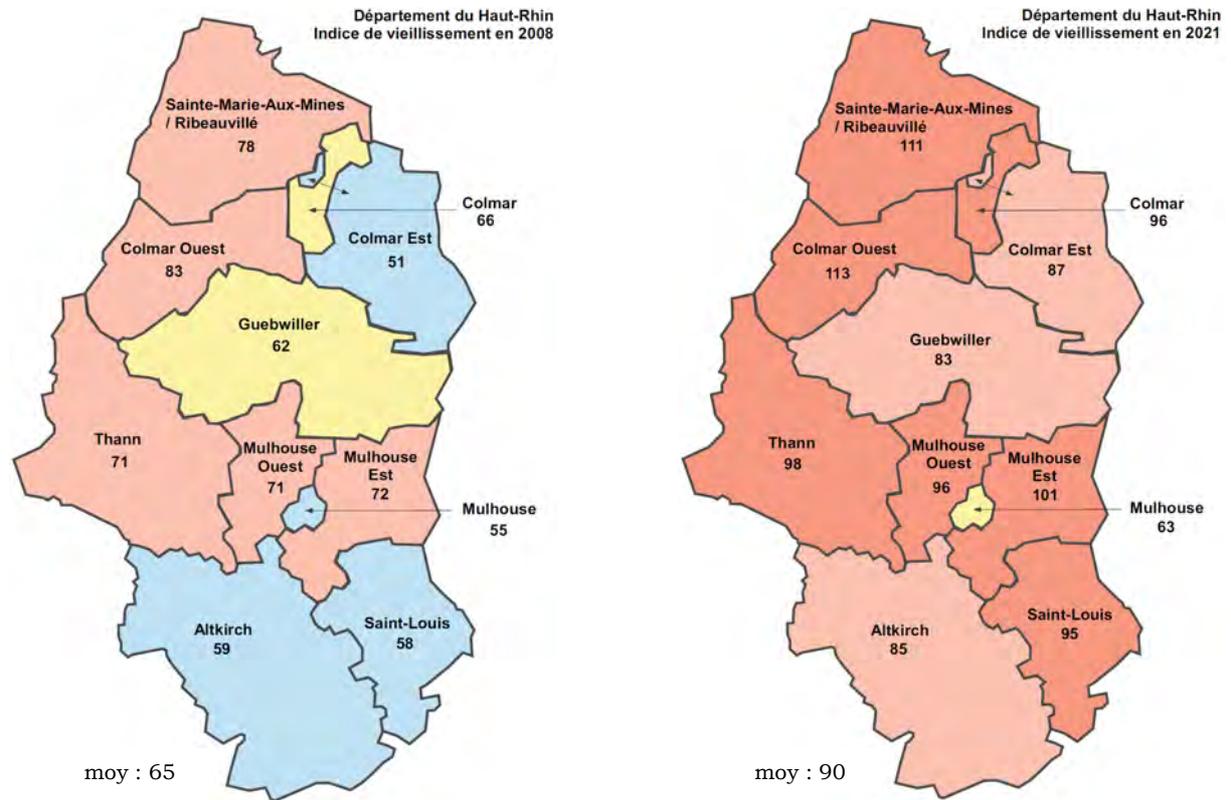
- L'indice de vieillissement : un ratio qui tend vers 1

L'indice de vieillissement est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population, en comparant le sommet et la base de la pyramide des âges sur un même territoire.

En 2008, l'indice de vieillissement est inférieur à 100 dans tous les bassins de vie, ce qui signifie que les effectifs des jeunes dépassent partout celui des 65 ans et plus. Mulhouse, Saint Louis, Altkirch et Colmar Est sont les secteurs les plus jeunes avec 50 à 60 personnes âgées pour 100 jeunes. Inversement Sainte Marie aux Mines - Ribeauvillé et Colmar Ouest sont les secteurs les plus vieux.

Entre 2008 et 2021, l'indice de vieillissement va augmenter fortement et dans tous les secteurs, pour se situer entre 83 et 113 personnes âgées pour 100 jeunes. Mulhouse se distingue, en étant le seul secteur à conserver un profil jeune (60 personnes âgées pour 100 jeunes).

### Evolution de l'indice de vieillissement



Source : INSEE (RP 2008, projections de population 2006-2021)

## 4 – La santé des personnes âgées

L'état des lieux du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) 2012-2016 nous livre de précieuses données relatives à l'état de santé de la population en Alsace.

### > Une amélioration globale de l'état de santé de la population...

Depuis une trentaine d'années, la progression des espérances de vie des hommes et des femmes a permis au département du Haut-Rhin de rattraper son retard (cette situation s'appliquant plus généralement à l'Alsace) :

- en 2008, l'espérance de vie à la naissance des Alsaciens atteint 78,3 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes, ce qui situe l'Alsace respectivement en 26<sup>ème</sup> et 49<sup>ème</sup> position du classement national des régions,
- à 60 ans, l'espérance de vie dans le Haut-Rhin est de 22,1 ans pour les hommes et de 26,4 ans pour les femmes (durées proches des moyennes métropolitaines).

En Alsace, le taux de mortalité générale a diminué particulièrement rapidement : moins 24 % pour les hommes et moins 21 % pour les femmes entre 1995-1997 et 2005-2007. La mortalité reste cependant plus élevée qu'en France, surtout pour les femmes : on note un taux comparatif de mortalité de 922,3 pour 100 000 en Alsace contre 899 pour 100 000 en France métropolitaine. Le taux de mortalité féminin (866 pour 100 000) fait partie des plus élevés de France (moyenne de 799) après le Nord-Pas-de-Calais (960), la Picardie (917) et la Lorraine (912).

A l'inverse cependant, l'Alsace connaît une situation plus favorable de la mortalité prématurée (c'est-à-dire survenant avant 65 ans) qui est inférieure à la moyenne nationale : 21 % en Alsace sur la période 2005-2007 contre 31 % France entière. Elle est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais l'écart entre les deux sexes tend à se réduire.

La mortalité générale des plus de 75 ans, qui apparaissait très détériorée en 2000 encore (taux le plus élevé pour les hommes, second taux le plus élevé pour les femmes), s'est améliorée. Ce qui amène à conclure que la situation au regard de la dépendance des nouvelles générations de personnes âgées sera meilleure que celle des générations actuelles.

Il est cependant à noter que l'Alsace se situe au 1<sup>er</sup> rang des 22 régions métropolitaines du taux de mortalité par chutes des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les trois principales causes de mortalité en Alsace sont :

- les cancers, première cause de décès, essentiellement masculins et précoces, depuis 2005, l'incidence et la mortalité des cancers y étant plus élevées que sur le reste du territoire ;
- les maladies cardio-vasculaires plaçant la mortalité régionale au dessus de la moyenne nationale (+ 9 % pour les hommes et 19 % pour les femmes) ;
- le diabète, affection dont la prévalence, particulièrement marquée en Alsace, est appelée à se poursuivre sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, de l'allongement de la vie des malades et de l'augmentation de l'obésité : cette pathologie génère une mortalité régionale dépassant de près de 50 % la moyenne en France métropolitaine (à noter qu'indépendamment de l'effet du vieillissement de la population, le nombre de décès par diabète a augmenté de 60 %, en dix ans, en Alsace).

Enfin, la croissance rapide de l'obésité et du surpoids place la région en 2<sup>ème</sup> position des régions connaissant les situations les plus défavorables.

## > Mais des inégalités sociales de santé persistantes

Les études montrent également une forte corrélation entre les indicateurs de santé et la situation sociale de la population. Ainsi, pour le Haut-Rhin, les grandes villes du territoire (Mulhouse et Colmar) enregistrent des taux de mortalité prématurée élevés. A ce même constat de mortalité prématurée élevée, se surajoute un taux de mortalité générale également plus élevé pour les cantons de Sainte-Marie-aux-Mines et Mulhouse, par rapport aux autres cantons haut-rhinois. Concernant les maladies cardio-vasculaires, les cantons à faible densité de population, éloignés des zones urbaines, semblent plus touchés par la mortalité liée à ces maladies.

Par ailleurs, l'Alsace se distingue par un écart significatif du taux de mortalité selon les catégories socioprofessionnelles : le rapport de mortalité entre hommes ouvriers et cadres est de 3,35 en Alsace, contre 3,07 pour la France. Il est particulièrement prononcé dans les cas de mortalité par tumeur et par pathologies liées à la consommation d'alcool. Il est par contre plus favorable en Alsace pour les maladies cardiovasculaires.

## 5 – La perte d'autonomie et la dépendance

### > Un effectif croissant de personnes dépendantes...

*Définition :* est considérée comme dépendante toute personne qui a besoin de l'aide d'un tiers pour effectuer les actes de la vie quotidienne comme s'habiller, se déplacer, se nourrir, etc... La dépendance est donc liée non seulement à l'état de santé physique et psychique de l'individu, mais aussi à son environnement matériel.

Corollaire des gains continus d'espérance de vie et de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby boom, le vieillissement de la population devrait s'accompagner dans les prochaines années d'une augmentation significative du nombre de personnes âgées dépendantes. En appliquant les taux de dépendance aux effectifs de population, le nombre de personnes dépendantes parmi les 60 ans et plus devrait augmenter de 14 %.

Comparativement au vieillissement de la population (le nombre de personnes de 60 ans et plus va augmenter de 33 %), l'augmentation du nombre de personnes dépendantes apparaît modérée, ce qui s'explique par deux phénomènes :

- les progrès de la médecine permettant une meilleure prise en charge, la santé des personnes âgées s'altère plus tardivement que par le passé. Ce phénomène devrait se poursuivre dans les années à venir et continuer à repousser l'âge d'entrée en dépendance. Ainsi, à un âge donné, la part de personnes dépendantes serait plus faible en 2020 qu'en 2005 ;
- d'ici 2021,  $\frac{3}{4}$  de l'augmentation du nombre de personnes âgées sera constitué par les 60-74 ans. Or, moins de 3 % des personnes de 60 à 74 ans sont dépendantes. Ainsi à l'horizon 2021, une personne dépendante sur 2 aura 85 ans ou plus.

Haut-Rhin	2008	2021
Effectifs des personnes potentiellement dépendantes (60 ans et +)	10 400	11 800

Sources : INSEE (RP 2008, projections de population 2006-2021)

Selon l'INSEE, la majorité des personnes dépendantes vivent à leur domicile (près de six sur 10), la plupart du temps en couple ou avec d'autres membres de leur famille.

Par ailleurs, en 2008 comme en 2021, près de 7 personnes dépendantes sur 10 seront des femmes.

> **Une augmentation attendue des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés...**

(source : état des lieux du PRS)

Les repères statistiques concernant la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et leur prévalence dans la population âgée sont relativement limités. Il s'agit principalement :

- de l'étude dite « PAQUID » (1988 – 1999) qui évalue à 17,8 % le taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés parmi les personnes âgées de 75 ans et plus. Il s'agit d'une étude de cohorte sur le vieillissement fonctionnel et cérébral menée en Gironde et en Dordogne. Les objectifs de cette étude ont été d'estimer la prévalence (fréquence à un moment donné) et l'incidence (apparition de nouveaux cas) de la démence, en particulier de la maladie d'Alzheimer, d'identifier des facteurs de risque de la détérioration cognitive, de décrire les modalités d'évolution vers la dépendance et d'identifier les trajectoires évolutives associées avec diverses conditions médicales et psychosociales. Cette étude a servi (notamment dans le rapport Gallez de 2004) et sert encore actuellement de base pour l'évaluation du nombre de personnes âgées potentiellement atteintes par la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés ;
- du nombre de personnes reconnues au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) relative à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Ce chiffre présente l'avantage de pouvoir être régulièrement actualisé et d'être régional. Il se base cependant sur le principe d'une reconnaissance de la maladie, or il est estimé qu'une majorité des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés ne seraient pas diagnostiquées ou déclarées. Ce constat explique que le taux de prévalence issu des ALD soit beaucoup plus faible (2,7 % des plus de 60 ans d'après une étude menée par l'Assurance Maladie en 2008) que celui avancé par les épidémiologistes.

En appliquant l'étude PAQUID aux données de population de l'INSEE pour la région Alsace, il y aurait actuellement près de 25 000 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés dans la région [soit près de 10 500 personnes pour le département du Haut-Rhin]. Ce chiffre augmentera dans les années à venir, en fonction de l'évolution de la population, mais également de la structure par âge et par sexe puisque le taux de prévalence varie considérablement selon ces 2 critères. Le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et apparentées devrait progresser de près de 24 % d'ici 2020 et approcher 31 000.

> **La dépendance : des déterminants sanitaires, sociaux et comportementaux**

Pour aller plus loin, il nous a paru intéressant de reprendre ici deux tableaux synthétisant l'impact des données sanitaires et sociales sur le risque potentiel de dépendance qu'elles pourraient générer.

- les déterminants sanitaires :

Le tableau est extrait du rapport WANLESS relatif au coût de la prise en charge de la dépendance en ANGLETERRE. Il recense les déterminants sanitaires de la dépendance à partir des principales pathologies et déficiences sensorielles et cognitives.

Ce rapport met en exergue le caractère prédictif entre la dépendance et plus particulièrement quatre groupes de pathologies : les AVC, les pathologies coronariennes et rhumatismales et les démences. La fréquence des trois premières devrait décroître, compte tenu des traitements préventifs, des progrès de la médecine et des traitements, ou encore des diagnostics plus précoces du risque en ce qui concerne les pathologies rhumatismales

(bien que la croissance du niveau d'obésité pourrait avoir un impact défavorable sur l'incidence de ces dernières).

Difficile, par contre, d'émettre des hypothèses fiables pour la prévalence des démences pour lesquelles, en l'absence d'éclairage suffisant sur les facteurs de risques cérébro-vasculaires et notamment ceux de la maladie d'Alzheimer, l'incertitude des projections semble la plus forte.

Le rapporteur précise que "ces résultats sont largement transposables à la situation française où les projections de personnes âgées dépendantes n'intègrent pas de variantes épidémiologiques ». Bien que la marge d'incertitude liée à l'introduction de variables épidémiologiques reste élevée, le passage dans le rapport WANLESS d'un scénario pessimiste sur le plan sanitaire à un scénario optimiste se traduit par la réduction de la croissance de la dépendance, de près d'un quart d'ici 2025.

Dès lors, on mesure l'importance de la prévention sanitaire, dès le plus jeune âge. In fine, le rapport met en évidence les marges d'action des pouvoirs publics pour développer la prévention primaire et secondaire de la dépendance des personnes âgées.

<b>Affection</b>	<b>Augmente le risque dépendance</b>	<b>Augmente le risque décès</b>
Accident vasculaire cérébral	oui	oui
Pathologies vasculaires périphériques	non	non
Pathologies coronariennes	oui	oui
Hypertension (si traitée)	non	non
Pathologies rhumatismales (arthrose, arthrite...)	oui	non
Diabètes (si traités)	non	oui
Obstructions chroniques des voies respiratoires	oui	oui
Maladie de Parkinson	oui	oui
Problèmes d'audition	non	non
Problèmes de vue	oui	non
Déficiences cognitives moyennes	oui	oui
Déficiences cognitives importantes	oui	oui

Source : Rapport WANLESS : Securing good care for older people, taking a long term view – 2006

- Les déterminants sociaux et comportementaux :

Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent également intervenir sur le processus dépendance : le tableau suivant, tiré d'une étude de l'OMS, recense les déterminants sociaux et comportementaux pouvant avoir un impact sur la dépendance.

<b>Facteur</b>	<b>Lien prédictif avec la dépendance</b>	<b>Possibilité de prévenir la dépendance en intervenant sur ces facteurs</b>
Déficience cognitive	+++	0
Dépression	+++	0
Nombre de pathologies	+++	++
Variations de l'indice de masse corporelle	++	0
Faibles limitations fonctionnelles	+++	++
Faible fréquence des contacts sociaux	+	+
Faible niveau d'activité physique	+++	+++
Absence de consommation d'alcool (comparée à une consommation modérée)	+	?
Tabac	+++	+
Déficience visuelle	+++	+

Source : OMS Europe : « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2005 : prévisions et marges de choix » - mars 2007.

Légende :

+, ++, +++ : niveau de certitude / 0 : la question n'a pas été étudiée / ? : absence d'évidence scientifique



D'autres facteurs apparaissent susceptibles d'influer les projections relatives à la dépendance, dont l'ampleur reste à préciser. Il s'agit :

- de la baisse de la consommation de tabac depuis 2003 dont l'influence pourrait être plus positive que prévue,
- de l'augmentation de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) des français qui, à contrario, pourrait alourdir ces prévisions,
- du délitement du lien social des personnes âgées, phénomène qui contribue à la perte d'autonomie dans un contexte attendu de raréfaction des aidants naturels.

## 6 - Situation économique et ressources des personnes âgées

L'Alsace fait partie des régions riches. La conjoncture économique y a été très favorable jusqu'à la fin des années 90. Mais depuis 2001, la région est particulièrement touchée par la dégradation économique : le taux de chômage et le nombre de bénéficiaires des prestations sociales ont ainsi fortement augmenté.

Ce contexte dégradé débouche sur un phénomène relativement récent : l'émergence d'une précarité touchant la fraction la plus âgée de la population. Cette population vient, en effet, grossir les rangs des statistiques relatives aux personnes rencontrant des difficultés budgétaires.

Une enquête, réalisée en 2011 par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) auprès des retraités bénéficiaires de l'action sociale de cet organisme, nous révèle que, sur 350 000 retraités aux faibles revenus, la moitié [d'entre eux] s'impose des restrictions concernant de façon inquiétante l'alimentation et les dépenses de santé (frais d'optique et dentaires).

Sont également évoqués :

- des difficultés d'accessibilité du logement, à l'origine de chutes qui peuvent réduire la mobilité,
- un faible accès aux loisirs, facteur d'isolement social, et un fort sentiment de solitude malgré la présence et l'aide de l'entourage.

Source : « Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées » Léopold GILLES et Anne LOONES, CREDOC, *Consommation et modes de vie*, N° 245, Novembre 2011.

### > Une demande sociale en nette augmentation...

Entre 2006 et 2010, les demandes de secours financiers et les dossiers de surendettement constitués par les Pôles Gérontologiques en faveur des personnes âgées ont augmenté de 65 %, nonobstant d'autres évaluations liées à la précarité et en particulier au logement.

Evolution du nombre d'évaluations sociales réalisées par le service social en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus :

	2006	2010
Secours	842	1318
Surendettement	37	136
Total	879	1454

Source : rapports d'activité de la Direction de la Solidarité 2007 et de la Direction de l'Autonomie 2010

Le même constat est fait en matière de demandes d'aides liées au logement (accès, impayés, énergie...) : entre 2008 et 2010, les demandes de personnes âgées de plus de 60 ans auprès du Fonds de Solidarité pour le Logement du Haut-Rhin (FSL) ont augmenté de 73 %. Ce dispositif est bien repéré par les partenaires sociaux, les bailleurs et les fournisseurs d'énergie, qui n'hésitent pas à orienter les personnes en difficulté vers le service social.

Sont principalement évoqués :

- une diminution des ressources,
- un logement devenu trop grand vu l'évolution de la famille (départ des enfants, décès ou séparation ...),
- une augmentation des charges (énergie ou coût du logement en tant que propriétaire...).

Toutes ces difficultés génèrent des demandes d'aide financière se traduisant, a minima, par une demande de secours ou d'aide liée au logement jusqu'au dépôt d'un dossier de surendettement, aides qui nécessiteront parallèlement un accompagnement au long cours.

Evolution du nombre de dossiers instruits par le FSL en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus :

	2008	2010
Aides au logement	101	174
Aide à l'énergie	137	237
Total	238	411

Source : Service Habitat et Solidarités Territoriales - Fonds de Solidarité Logement du Conseil Général du Haut-Rhin

**> Le logement des personnes âgées : des adaptations nécessaires liées au vieillissement, mais rarement anticipées et difficiles à financer par les personnes âgées**

Concernant le statut dans le logement, près de 3 personnes de 65 ans et plus sur 4 sont des propriétaires occupants dans le Haut-Rhin. Cette proportion élevée s'observe dans presque tous les bassins de vie. Là encore, les villes de Colmar et de Mulhouse font exception, avec une proportion de propriétaires qui chute à 50 %. Dans les bassins de vie d'Altkirch et de Colmar Est, plus de 85 % des 65 ans et plus sont propriétaires de leur logement.

En matière de logement, les personnes âgées expriment le plus souvent le souhait de rester à leur domicile le plus longtemps possible, même lorsque des déficiences motrices ou cognitives apparaissent. Elles sont alors confrontées à des difficultés concernant leur logement, souvent inadapté au handicap. En effet peu de personnes se projettent dans une perspective de dépendance et de ce fait :

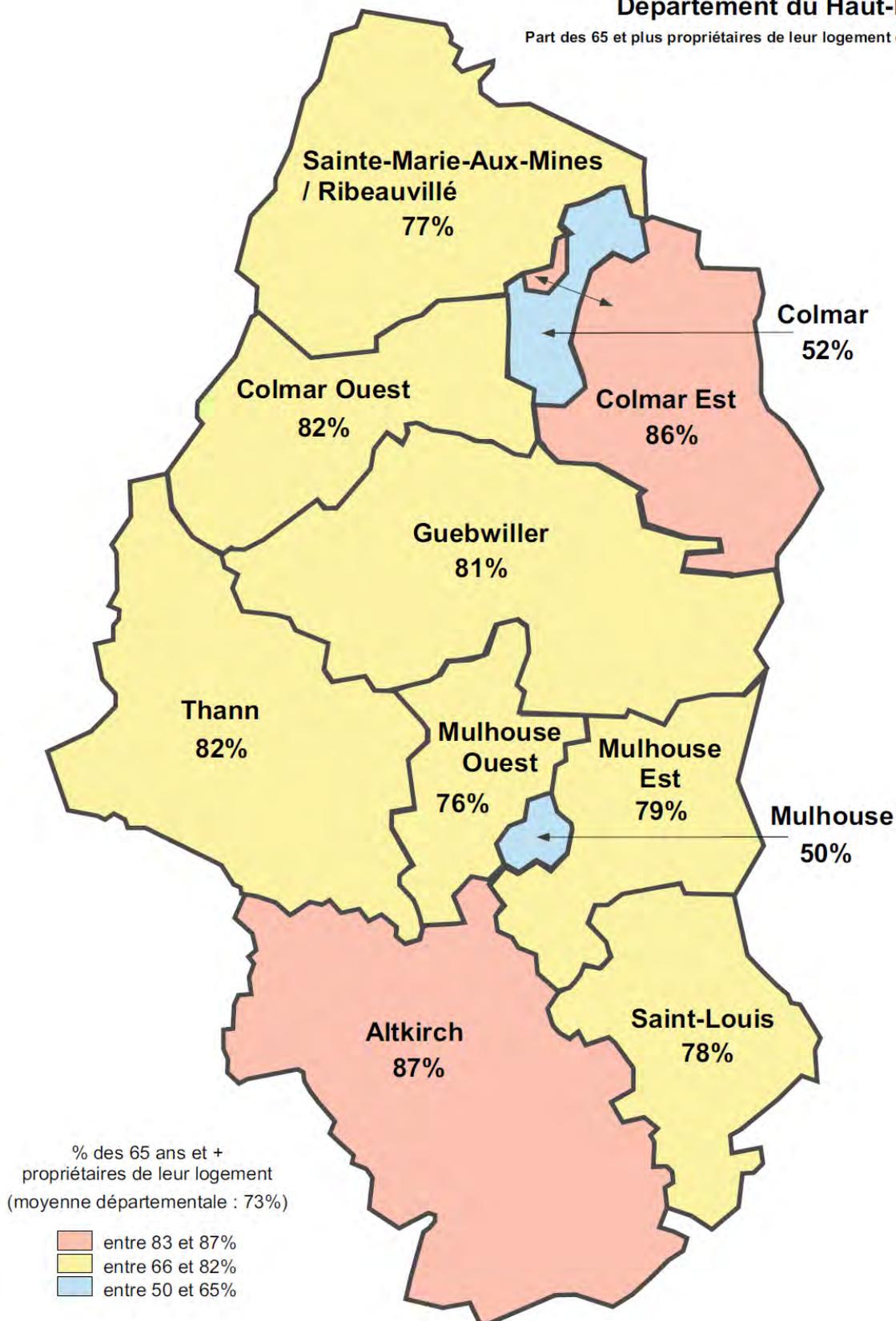
- envisagent difficilement un parcours résidentiel qui les amènerait à un changement de logement,
- n'anticipent pas les travaux qui leur permettraient de faciliter et de sécuriser leur maintien à domicile dans le logement actuel.

Les professionnels des Pôles Gérontologiques constatent une demande importante de financement pour des frais d'installation de fauteuils monte escalier (pour des lieux de vie qui sont sur 2 étages), ou des transformations de salle de bain (baignoire en douche).

Par ailleurs une autre problématique liée au logement concerne les difficultés budgétaires : pour les propriétaires occupants, les travaux sont parfois insuffisants pour garantir le bon entretien de leur logement d'où des habitats énergivores, vétustes voire insalubres. De même pour les personnes âgées qui louent leur logement, et dont les ressources sont faibles : les factures de chauffage importantes entraînent des difficultés de paiement et des conditions de vie précaires.

## Département du Haut-Rhin

Part des 65 et plus propriétaires de leur logement en 2007



Source : INSEE (RP 2007)

> **La situation économique des personnes âgées via le Fonds de Solidarité Energie (FSE) et le Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL)...**

Les aides délivrées au titre du Fonds de Solidarité Energie (aide à la prise en charge des factures d'énergie de type EDF - GDF, bois, fuel, gaz, pour les personnes en situation de pauvreté ou précarité) ou au titre du Fonds de Solidarité pour le Logement (aides financières accordées aux personnes en difficulté pour leur permettre d'accéder à un logement ou de s'y maintenir) mettent en exergue l'existence d'un public âgé particulièrement précarisé dans les bassins de vie de Mulhouse et de Colmar.

Si la précarité énergétique est nettement prédominante à Colmar, à Mulhouse il s'agit plutôt d'une précarité liée au logement (accès et maintien).

<i>Bassins de vie</i>	<b>Aides délivrées à des personnes âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus (2010)</b>	
	<b>au titre du FSE</b>	<b>au titre du FSL</b>
Sainte Marie aux Mines - Ribeauvillé	0,38‰	0,76‰
Colmar	<b>5,25‰</b>	<b>1,82‰</b>
Colmar Est	0,62‰	0,37‰
Colmar Ouest	0,78‰	0,58‰
Guebwiller	1,37‰	0,69‰
Thann	0,86‰	0,86‰
Mulhouse	<b>2,99‰</b>	<b>3,13‰</b>
Mulhouse Est	0,87‰	0,81‰
Mulhouse Ouest	0,56‰	0,73‰
Altkirch	0,89‰	0,30‰
Saint Louis	1,09‰	0,87‰
<b>Ensemble du département</b>	<b>1,52‰</b>	<b>1,12‰</b>

Entre 2010 et 2011, les chiffres des demandes réalisées par les travailleurs sociaux auprès des dispositifs FSL – FSE montrent une stabilité des demandes, voire une légère baisse pour les dispositifs légaux (de 195 à 174 pour le FSL, de 127 à 118 pour le FSE). En revanche, les demandes adressées pour un secours du Conseil Général ont augmenté (de 102 à 112).

Les dispositifs d'aide extra légaux sont plus sollicités car leur intervention se base plus sur un argumentaire que sur des critères uniquement financier ; de plus en plus d'institutions demandent des co-financements avec d'autres intervenants (secours associant Caisses de retraite / secours Président du Conseil Général / caritatif).

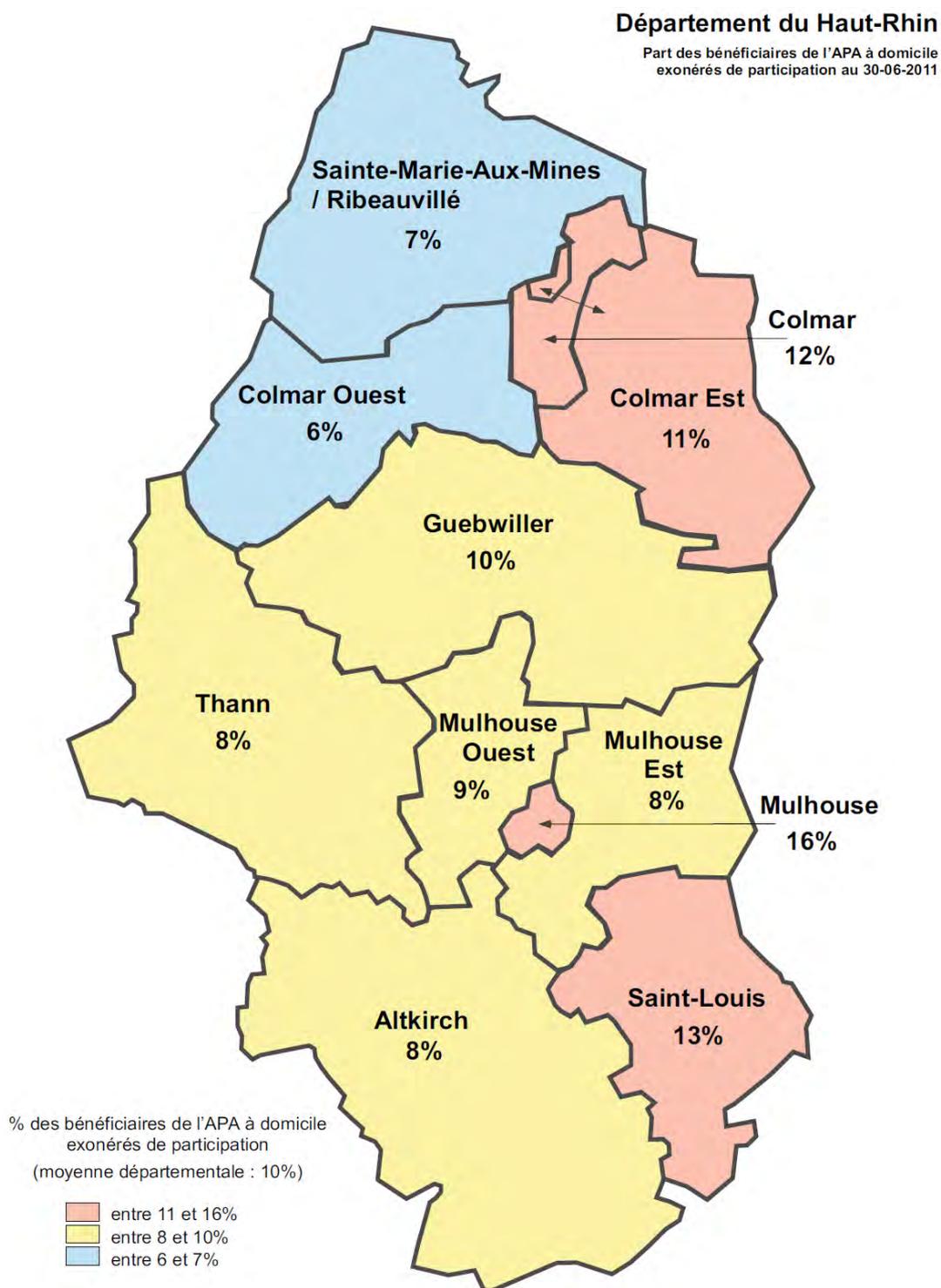
> **La situation économique des personnes âgées abordée via l'APA à domicile...**

Au 31 décembre 2011, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile concerne 6 819 bénéficiaires (droits ouverts), soit 12 % des 75 ans et plus.

10,2 % des bénéficiaires sont totalement exonérés de participation faute de disposer de ressources suffisantes pour s'acquitter même d'une petite partie de l'aide : plus particulièrement dans les bassins de vie de Mulhouse (15,7 %), Saint-Louis (12,9 %), Colmar (12,4 %) et Colmar Est (10,7 %), ces proportions, supérieures à la moyenne départementale, témoignent d'une proportion importante de personnes aux très faibles revenus.

En revanche, la situation apparaît beaucoup plus favorable dans les bassins de vie de Colmar Ouest (6,3 %) et de Sainte-Marie-aux-Mines (6,6 %) : moins de 7 % des bénéficiaires sont totalement exonérés de participation.

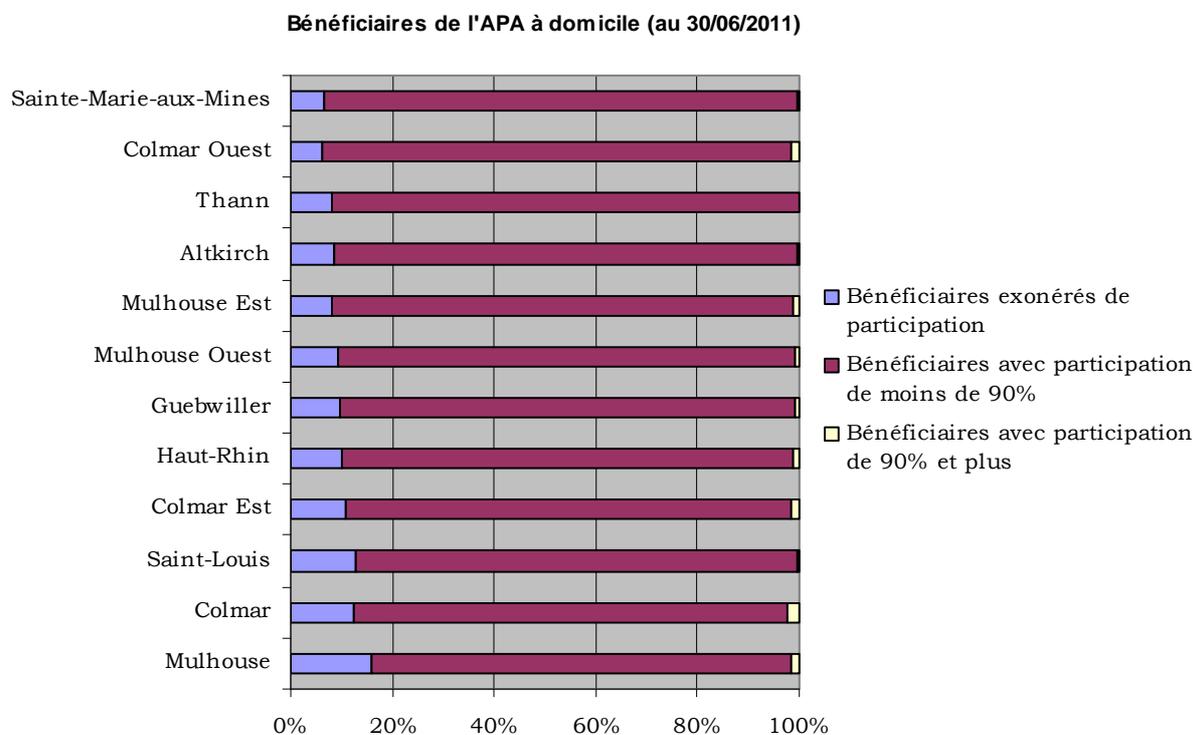
Les bénéficiaires de l'APA à domicile dont les ressources mensuelles sont inférieures à 710 € sont exonérés de participation financière à leur plan d'aide. Lorsque les ressources atteignent ou dépassent 2 831 € mensuels, la participation financière du bénéficiaire est fixée à 90 %. Pour les bénéficiaires dont les ressources sont situées entre ces deux montants, la participation financière se situe entre 0 et 90 %. Ce barème est national.



Source : service des Prestations d'Aides Sociales, CG68 (2011)

Il est intéressant d'observer (toujours au travers du prisme des bénéficiaires de l'APA à domicile) que les écarts de revenus les plus importants se situent au sein des bassins de vie de Mulhouse et de Colmar qui cumulent :

- une part plus importante de personnes totalement exonérées de participation,
- une part plus importante de personnes dont la participation est supérieure ou égale à 90 % du montant de l'aide.



### > La situation économique des personnes âgées sous l'angle du RSA...

Les personnes âgées bénéficiant du RSA représentent moins de 4 % de l'ensemble des bénéficiaires haut-rhinois. Les bassins de vie situés dans la grande moitié sud du département sont plus concernés que les autres : Mulhouse et la couronne mulhousienne, Saint Louis, et dans une moindre mesure Altkirch. Pour Colmar, le taux étant globalisé entre la Ville et les deux bassins de vie voisins, la proportion de bénéficiaires du RSA parmi les 60 ans et plus est de 3,4 %.

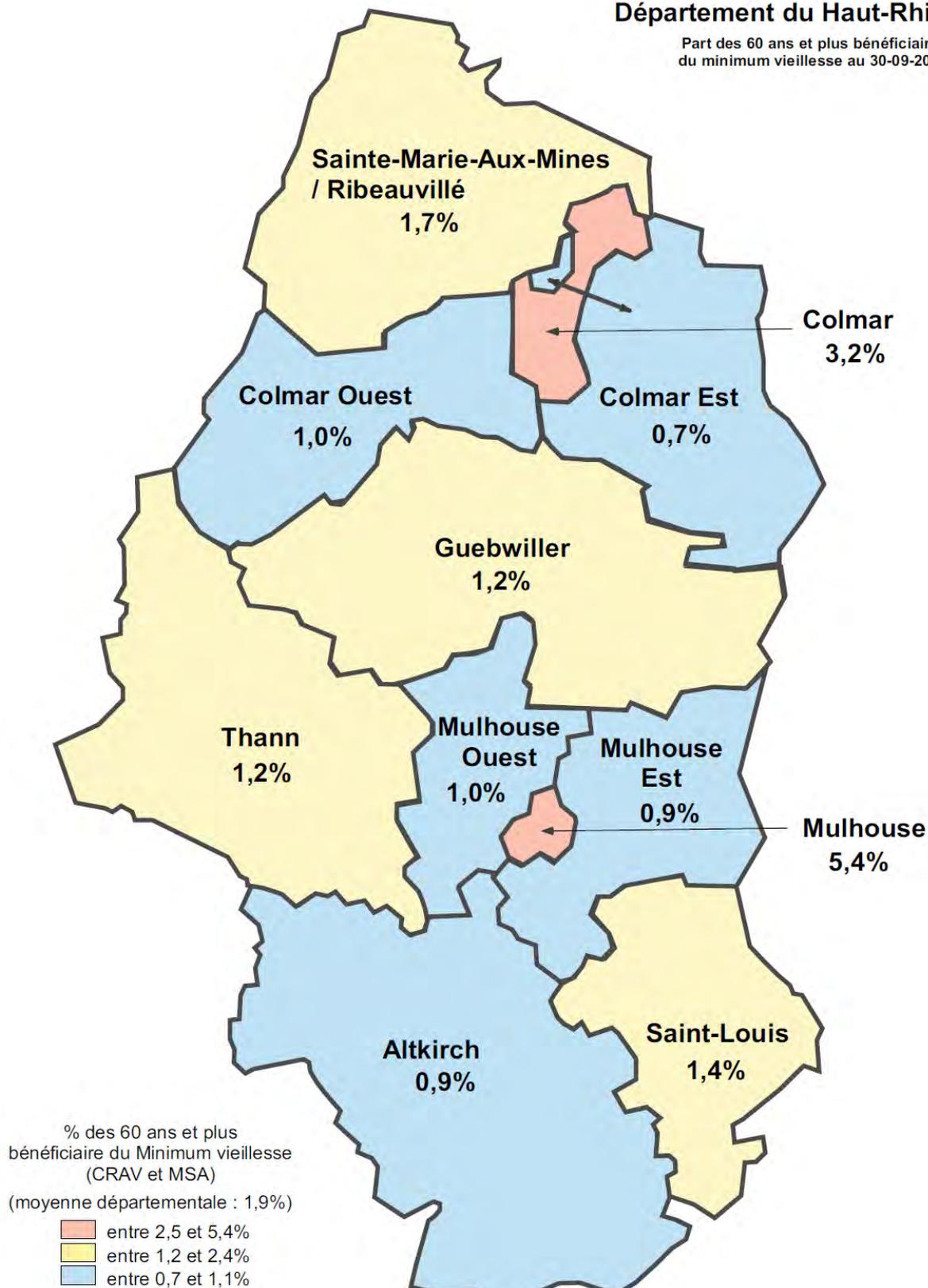
### > La situation économique des personnes âgées abordée au travers des allocations du Minimum Vieillesse...

Les allocations constitutives de l'ancien minimum vieillesse (Allocation de solidarité aux personnes âgées et Allocation supplémentaire d'invalidité) bénéficient aux personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite. Elles touchent 1,9 % des 60 ans et plus dans le Haut-Rhin.

Les villes de Colmar et Mulhouse concentrent une part importante de bénéficiaires, témoignant d'une population particulièrement précarisée. Dans une moindre mesure, les taux y étant inférieurs à la moyenne départementale, les bassins de vie de Sainte Marie aux Mines/Ribeauvillé, Saint-Louis, Guebwiller et Thann témoignent de la présence d'une population fragile.

### Département du Haut-Rhin

Part des 60 ans et plus bénéficiaires  
du minimum vieillesse au 30-09-2011



Source : CRAV, MSA (2011)

# **LES ORIENTATIONS DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE**

## **QUATRE PRIORITES POUR LE SCHEMA 2012-2016**

Les orientations du présent schéma gériatrique sont au nombre de 10 et recouvrent 4 priorités fortes qui structurent notre politique en direction des personnes âgées

### **> Priorité n°1 : Faciliter le parcours de vie de la personne âgée**

Pour simplifier et faciliter les démarches des personnes âgées et de leurs proches et s'assurer de la qualité et de la continuité des interventions tout au long des parcours de vie, le Conseil Général s'engage résolument à veiller, comme il l'a fait dans le précédent schéma, à garantir une organisation de l'offre de service la plus équilibrée possible entre les différents territoires afin que chaque personne dispose, en proximité, d'une palette de services et prestations la plus complète possible.

En amont de l'accompagnement par un service, il s'appuiera sur l'innovation organisationnelle que constituent les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer pour poursuivre, amplifier et améliorer l'offre proposée par les 22 pôles gériatriques déjà en place afin que, quelle que soit sa demande, la personne âgée obtienne le service, le soin, la prestation financière la plus adaptée à ses besoins.

En cours d'accompagnement il contribuera avec les autres acteurs institutionnels en particulier l'Agence Régionale de Santé mais également les organismes de protection sociale et les services de l'Etat, à renforcer la coordination des professionnels autour des situations, avec comme objectif de parvenir à une co-responsabilisation des acteurs, concept clé dans le processus d'intégration des services.

### **> Priorité n°2 : Aider les aidants**

Les aidants exercent au quotidien un rôle majeur dans le soutien à domicile des personnes âgées. Pour les soutenir dans ce rôle, le nouveau schéma gériatrique privilégiera une approche multidimensionnelle :

- poursuite du développement des structures de répit : création de nouvelles places d'accueil de jour, meilleure organisation de l'hébergement temporaire,
- recherche d'une plus grande efficacité des actions d'accompagnement des aidants sur l'ensemble du territoire : écoute, conseils, soutien en s'appuyant sur les plateformes de répit.

### **> Priorité n°3 : Assurer la jonction entre politique de l'habitat et politique médico-sociale**

La question de l'accès et du maintien des personnes vieillissantes dans leur logement constitue un objectif majeur des politiques publiques. Pourtant, politique sociale et politique de l'habitat restent aujourd'hui très fortement cloisonnées, avec des logiques et des visions propres. Le Conseil Général souhaite engager un travail de fond visant à assurer plus de transversalité dans la conduite de ces deux politiques en articulant mieux nos documents de programmation, en simplifiant l'accès aux aides pour l'aménagement des logements et en expérimentant des nouvelles formes d'habitat.

### **> Priorité n°4 : Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication au service du bien vieillir**

L'introduction de nouvelles technologies, de plus en plus sophistiquées, qui arrivent sur le marché, représente une réelle opportunité pour le secteur social et médico-social. Le schéma gériatrique se fixe pour ambition d'intervenir à plusieurs niveaux :

- encourager l'implantation des technologies visant à faciliter la vie des personnes en perte d'autonomie, à domicile et dans les établissements,

- investir dans les systèmes d'information partagés pour faciliter l'accompagnement des personnes, éviter les redondances, faciliter et sécuriser la circulation de l'information entre professionnels et fiabiliser la connaissance des besoins de la population,
- mettre en cohérence les politiques publiques des deux Conseils Généraux et de l'ARS pour une construction économe des projets de e-santé sur le territoire alsacien.

## ORIENTATION I : OEUVRER EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTE DES PERSONNES AGEES

### Rappel de l'état des lieux - La prévention et le soutien des aidants : une mission facultative, mais néanmoins prioritaire du Conseil Général

Des actions de prévention en faveur du public des personnes âgées ont été initiées dans le département dès 1997 : la prévention des chutes et les ateliers « Equilibre », la prévention du vieillissement cérébral et les ateliers « Pac Euréka », l'équilibre alimentaire à l'âge de la retraite et l'aide aux aidants notamment. Il est important de préciser que le soutien de ces actions collectives relève de missions facultatives portées par le Département.

Depuis sa création en 2010, l'ARS Alsace est en charge du pilotage régional du système de santé. Elle a adopté le Schéma Régional de Prévention (SRP 2012-2016) dont l'enjeu est de mobiliser l'ensemble des acteurs de la région et de développer la coordination des moyens dédiés à la prévention. Ce document fixe comme objectifs de :

- retarder l'âge d'entrée en dépendance par la prévention des risques liés à l'âge, par la poursuite et l'amplification des actions d'information notamment,
- développer l'aide aux aidants pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées en poursuivant les actions d'information et de formation des aidants et en prévoyant des solutions de répit sur l'ensemble du territoire.

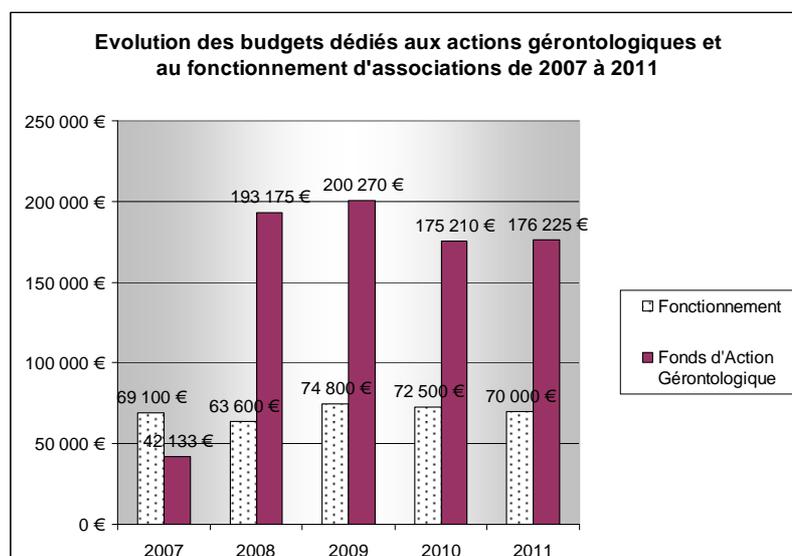
En matière de prévention, le Département peut adopter différentes postures :

- porteur de projet, ex. : Colloque de juin 2010, Guide d'entrée en EHPAD, formation des accueillants familiaux aux 1ers secours, sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire des professionnels des EHPAD...
- partenaire, ex. : Etude sur les dispositifs d'aide aux aidants en Pays Thur Doller, Conférence et ateliers thématiques pour les aidants de malades de Parkinson, cours de cuisine pour les seniors,
- financeur :
  - subventionnement d'actions de prévention réalisées par les associations,
  - participation aux actions collectives programmées dans le cadre du comité « Bien vieillir ».

#### > Budget et synthèse des actions réalisées :

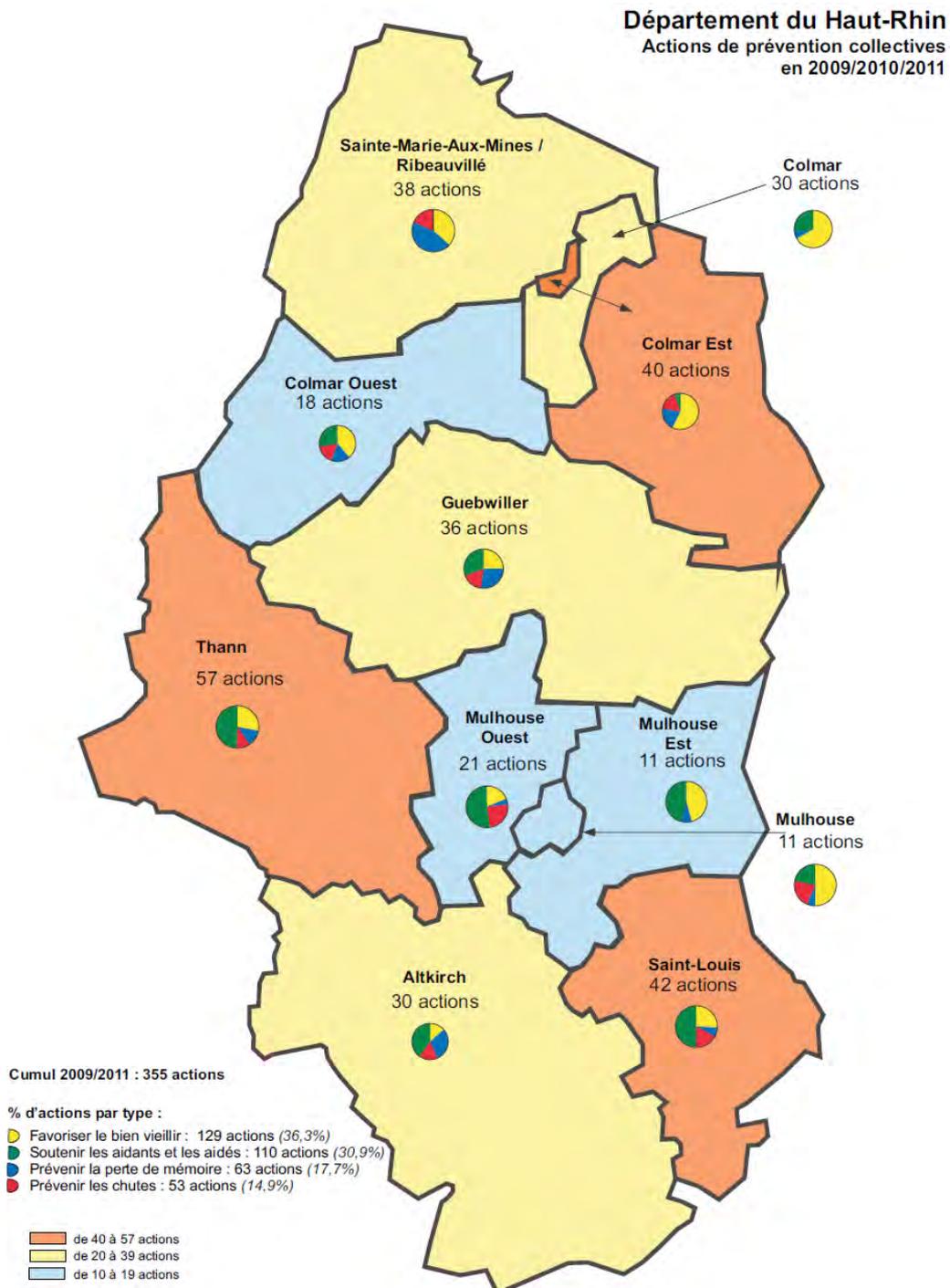
Pour permettre la mise en œuvre et le soutien d'actions collectives en faveur des personnes âgées, le Département et le comité « Bien vieillir » définissent chaque année un budget qui peut être alloué à des actions de prévention, le Fonds d'Action Gériatrique, et au fonctionnement d'associations.

Depuis 2007, le Fonds d'Action Gériatrique a été quasiment multiplié par 5.



Les actions développées sur le territoire du Haut-Rhin et financées par le Département se répartissent depuis 2008 en quatre catégories :

- « Bien vieillir »
- « Prévenir les chutes »
- « Prévenir la perte de mémoire »
- « Aider les aidants »



## **1 – S'appuyer sur les instances et les dispositifs de santé publique existants**

L'ARS est en charge du Schéma Régional de Prévention, qui fixe pour objectif de « renforcer et développer la gouvernance entre partenaires de la prévention ». Cet objectif doit favoriser la construction d'outils facilitant la coordination entre les différents acteurs et permettre, dans un contexte budgétaire contraint, de mutualiser les ressources entre co-financeurs. Il s'agit *in fine* d'accroître la visibilité des promoteurs et des bénéficiaires des actions sur les priorités d'actions régionales en matière de prévention et de promotion de la santé.

L'un des leviers mobilisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) correspond à la mise en place de la **Commission de coordination** dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile. Le Président du Conseil Général du Haut-Rhin étant membre de cette commission, il ne paraît pas pertinent de maintenir des instances portées en interne, en particulier le Comité Bien Vieillir, dévolues à la planification, l'instruction, l'évaluation et la coordination des partenaires.

Par ailleurs, le Conseil Général s'engage à poursuivre et à renforcer son action dans le cadre des plans d'urgence et à maintenir les actions déjà engagées : mobilisation des pôles gérontologiques aux côtés des autres acteurs de proximité, facilitation dans l'attribution des aides de droit commun pendant ces périodes....

### **> La Commission de coordination**

Cette instance est chargée de la validation politique, de la réalisation, du suivi et de l'évaluation des objectifs fixés par le schéma. Elle peut constituer des comités techniques qui peuvent lui permettre d'accomplir ses missions tel que le comité technique lié à l'évaluation. Cette commission peut par ailleurs entendre toute personne extérieure dont l'avis est de nature à éclairer ses travaux et même décider, à l'unanimité, d'admettre des membres supplémentaires, choisis parmi les autres contributeurs financiers de la prévention et de la promotion de la santé au niveau régional. Ces deux dernières possibilités permettraient d'associer par exemple les Caisses de retraites complémentaires qui sont des financeurs importants des actions destinées aux personnes âgées et de tendre vers davantage de cohérence des différents financeurs.

### **> Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS 2009-2013)**

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif du Plan Stratégique Régional de Santé. Ce programme régional est décliné de façon départementale et territoriale. Le Service Social Gériatologique de la Direction de l'Autonomie est largement investi dans les réflexions menées par l'ARS et les travaux menés localement par les partenaires qui ciblent les personnes âgées.

### **> Les plans d'urgence : le Plan Grand Froid et le Plan Canicule**

Ces plans prennent en compte la situation des personnes les plus vulnérables du fait de leur isolement.

Pour cela le Préfet du Département mobilise tous les relais pertinents possibles dont le Service Social Gériatologique. Ce dernier est le relais interne des services de la Solidarité du Conseil Général (Enfance, Personnes Handicapées). Les plans Grand Froid et Canicule prévoient des procédures de prévention et d'action en vue de remédier aux conséquences d'un événement climatique majeur entraînant ou susceptible d'entraîner des décès au sein de la population cible, dont celle des personnes âgées.

## 2 – Placer l'action sociale du Conseil Général au cœur de la promotion de la santé

La **promotion de la santé** est un concept qui englobe l'ensemble des mesures à caractère économique, social ou législatif visant la création d'un environnement propice à la santé, au bien-être des individus et à la pratique de bonnes habitudes de vie (Arcand-Hébert, 1997).

Ces actions permettent d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes, et notamment chez les personnes âgées. Plusieurs travaux ont en effet montré le lien entre réduction des facteurs de risque, apparition plus tardive des effets de la dépendance et diminution de la consommation de soins (Fries et al. ; 1994 ; King et al., 1998 ; Goetzel et al., 2007).

Par la mise en œuvre de ses compétences obligatoires, le Conseil Général œuvre en faveur de l'amélioration de l'état de santé et la qualité de vie des personnes âgées, dépendantes ou non, aussi bien à domicile qu'en établissement. Ses compétences se traduisent par une palette d'interventions qui vont de l'adaptation du logement, à la lutte contre l'habitat indigne et l'octroi d'aides financières par exemple.

A l'occasion du nouveau schéma gériatrique, le Conseil Général souhaite repositionner son action en faveur de la prévention dans le champ, plus large, de la promotion de la santé.

L'intervention du Conseil Général est donc redéfinie principalement sur la base de son champ de compétence de droit commun en matière d'action sociale. Ce repositionnement nécessite une clarification des missions menées par le Service Social Gériatrique et les Pôles Gériatriques :

- le Service Social Gériatrique de la Direction de l'Autonomie et ses cadres territoriaux sont désormais les interlocuteurs privilégiés en matière de promotion de la santé pour les institutionnels et les structures associatives,
- les Pôles Gériatriques et leurs travailleurs sociaux historiquement identifiés comme des interlocuteurs opérationnels de soutien à la mise en œuvre des actions de prévention, recentrent leurs missions sur l'accueil, l'orientation et l'accompagnement social et médico-social des personnes âgées.

## 3 – Cibler l'action du Conseil Général en lien avec les partenaires

Le Conseil Général souhaite inscrire ses actions dans le cadre plus global défini par l'ARS qui met en œuvre une politique spécifique de promotion de la santé et de prévention, traduite au sein du Schéma Régional de Prévention (SRP).

L'ARS finance ainsi des programmes d'éducation à la santé qui englobent plusieurs domaines : la nutrition, l'activité physique, le sommeil, etc... Outre son action, les organismes de protection sociale sont également fortement engagés dans la voie de la promotion de la santé et de la prévention. Ils soutiennent et mettent en place des actions sur le "Bien vieillir" qui s'adressent à leurs assurés dès 50 ans. Le SRP prévoit également, dans sa stratégie de mise en œuvre des actions, de promouvoir la démarche de contractualisation entre financeurs et promoteurs de projets.

La CARSAT et les autres régimes de retraite qui interviennent auprès des populations en situation de fragilité en amont du Conseil Général, dans le cadre du PAP (Plans d'Action Personnalisés) font de la prévention un des axes de leur politique.

Dans le cadre de ses compétences volontaires, **le Conseil Général du Haut-Rhin souhaite poursuivre ses efforts en faveur des personnes âgées**, dans la mesure de ses possibilités, aux côtés de ses partenaires sous la forme :

- ▣ d'expertise technique, ponctuelle, à la demande des partenaires sur des projets innovants,
- ▣ de financements accordés à des structures et leurs actions (prévention des chutes, actions « bien vieillir », etc...) qui répondent aux priorités du Plan Stratégique Régional de Santé de l'ARS aux côtés d'autres financeurs,
- ▣ de financement d'aides individuelles (secours extra-légaux, aide ménagère au titre de l'aide sociale, Allocation Personnalisée d'Autonomie...),
- ▣ de partage de données et de construction d'indicateurs concernant les populations fragilisées.

Par ailleurs, **le Conseil Général poursuit son intervention auprès des publics dits vulnérables** et rejoint plus particulièrement en ce sens l'objectif du PRAPS qui est de « faciliter l'accès effectif aux droits des personnes en situation de précarité ou vulnérables » et met en œuvre des actions concrètes dans le cadre des Plans d'urgence.

## **ORIENTATION II : ANTICIPER L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE : ADAPTER LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL, D'ECOUTE, D'INFORMATION, D'ORIENTATION, D'EVALUATION, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE COORDINATION AU SERVICE DE L'USAGER**

### **Rappel de l'état des lieux - Accueillir, écouter, informer, orienter, évaluer, accompagner, coordonner : des missions en pleine mutation**

#### **> Des offres de services portées par le Conseil Général...**

Le Département du Haut-Rhin a développé dès la décentralisation une politique volontariste et singulière en faveur des personnes âgées au travers des Pôles Gériatologiques qui maillent l'ensemble du territoire haut-rhinois.

- Les Pôles Gériatologiques :

Les Pôles Gériatologiques ont été créés en 1992 (22 dans l'organisation actuelle) et sont chargés de l'accueil, de l'écoute, de l'information, de l'orientation, de l'évaluation et de l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, ainsi que de leurs familles. Ce service social polyvalent intervient auprès des publics précaires, vulnérables ou en perte d'autonomie. Il s'agit d'un véritable guichet unique proposant une prise en compte globale de la personne âgée à partir de 60 ans car dans les autres départements français la précarité est confiée aux travailleurs sociaux de secteur et la perte d'autonomie aux équipes médico-sociales de l'Allocation Personnalisée de l'Autonomie.

Ce service social spécialisé a d'abord été délégué à 5 partenaires : l'Association Pour l'Accompagnement et le Maintien A Domicile (APAMAD), l'Association d'Aide aux Personnes Agées du Bassin Potassique (AAPABP), l'Union Régionale des Sociétés de Secours Minières de l'Est (URSSME), la Mutualité Sociale Agricole d'Alsace (MSA) et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Alsace Moselle (CRAMAM). Le Conseil Général a décidé de mettre fin à cette architecture complexe en 2008, en intégrant le service social en son sein.

En 2011, les Pôles Gériatologiques mobilisent sur le territoire, en équivalent temps plein, 34,5 assistants sociaux, 1 conseiller en économie sociale et familiale et 14,25 secrétaires de pôles, pour rencontrer près de 11 100 personnes âgées (+ 357 par rapport à 2010). Les Pôles Gériatologiques rencontrent ainsi chaque année plus de 7 % des 60 ans et plus du département.

Les pôles ont initialement été conçus comme « lieux d'observation des besoins et de conception de projets gériatologiques » avec le projet de porter des actions collectives répondant aux besoins identifiés localement. Ils devaient également mieux articuler les acteurs sociaux et sanitaires. Ils n'ont pu complètement incarner ce rôle. Mais des actions collectives ont été menées et des amorces de coordination ont vu le jour dans le cadre du précédent schéma : mise en route d'un cahier de liaison du domicile (« je transmets »), expérimentation d'une coordination de la démarche de soins infirmiers et de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie...

- Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) :

Compte tenu de l'existence des Pôles Gériatologiques, présents sur l'ensemble du territoire et remplissant déjà largement les missions prévues réglementairement par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), ce dispositif a été peu développé dans le

Haut-Rhin. Historiquement 4 CLIC ont ainsi été constitués, avec l'objectif affiché d'éviter toute redondance avec les Pôles Gériatriques :

- le CLIC « La clé des Aînés » porté par la Ville de Mulhouse : actions de prévention et première information et orientation,
- le CLIC « Thur Doller » géré par le Syndicat Mixte du Pays Thur et Doller : actions de prévention et coordination des partenaires par un Conseil de la Gériatrie,
- le CLIC « Espace Rhénan » porté par une association : actions d'aide aux aidants et suivi psychologique des malades d'Alzheimer à domicile et de leurs aidants,
- le CLIC « Pays du Sundgau » porté par l'hôpital Saint Morand d'Altkirch suivi psychologique et sanitaire des malades d'Alzheimer à domicile et de leurs aidants.

Au vu des nouvelles approches apparues sur le territoire et décrites ci-après, le Conseil Général a décidé afin d'éviter toute redondance, de mettre fin aux activités des deux CLIC intervenant spécifiquement en direction du public des malades d'Alzheimer dans la perspective de l'implantation du dispositif MAIA sur le sud du département (Trois Frontières et Sundgau).

Les actions des deux autres CLIC doivent également être repositionnées, compte tenu des orientations nouvelles en terme de prévention et de politique de soutien aux aidants familiaux issues du présent schéma, du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et du Schéma Régional de Prévention (SRP).

> **...Renforcées par de nouvelles approches : MAIA, réseaux, plans d'action personnalisés**

- La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA)

La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer est un dispositif national issu du plan Alzheimer (mesure n°4 et 5) s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. C'est un dispositif -et non un nouveau service- qui s'appuie sur l'existant et doit aboutir à une réorganisation des structures et services pour gagner en efficacité.

Le but est de simplifier le parcours des personnes sur un territoire donné. Pour parvenir à l'intégration c'est-à-dire « un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, favorisant la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation », un pilote est chargé de mettre en œuvre trois systèmes et trois outils.

Les trois systèmes sont :

- les instances de concertation : la table (ou comité) stratégique se compose des financeurs et décideurs et la table tactique qui se compose des services, établissements et professionnels qui accompagnent les personnes dans le territoire. Ces deux niveaux structurent l'organisation des acteurs en développant une co-responsabilité dans la mise en œuvre du processus,
- le guichet intégré, qui n'est pas un lieu unique, qui regroupe les moyens d'allouer des ressources et de mobiliser les prestataires. Ce n'est pas une plateforme de services. C'est un processus commun aux différentes structures du territoire pour l'analyse, l'orientation et le suivi des situations prises en compte,
- la gestion de cas : elle doit permettre le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie en situations complexes. Le gestionnaire de cas est positionné sur le suivi du parcours de vie et de soins de la personne dans la mise en œuvre d'un suivi intensif et continu, adapté à l'évolution des besoins. Il s'implique dans le soutien et l'accompagnement des aidants familiaux et des intervenants professionnels des champs sanitaire, médico-social et social. Il assure la continuité de l'intervention informationnelle et relationnelle.

Les trois outils étant :

- l'outil d'évaluation multidimensionnelle,
- le plan de service individualisé,
- l'échange d'information par un système d'information partagé.

Ce processus a été mis en œuvre dès 2009 sur les territoires de la Ville de Mulhouse et le canton d'Illzach puis élargi, en 2012, à l'ensemble de l'agglomération de Mulhouse en couvrant les pôles gérontologiques de Habsheim, Ill et Doller et du Bassin Potassique. Un territoire correspondant à la zone de proximité de Mulhouse et couvrant 38 communes et 36 % de la population des 60 ans et plus. Actuellement, 6 gestionnaires de cas interviennent sur ce territoire.

Fin 2011, à l'issue des 2 premières années d'expérimentation, près de 250 personnes dépendantes et en situation complexe ont déjà été prises en charge par les gestionnaires de cas.

- Les Réseaux de santé :

Le Réseau Alsace Gérontologie (RAG) dispose actuellement de trois antennes dans le Haut-Rhin à Colmar, Mulhouse et Saint-Louis. Selon le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale sa vocation est triple :

- il doit servir de relais et d'appui aux professionnels de santé, médecins généralistes ou SSIAD en particulier, pour organiser des soins à domicile lorsque la situation de la personne le nécessite ; son rôle n'est pas exclusif des relations directes qu'ont les professionnels de santé avec notamment les assistantes sociales de secteur ; la mission du Réseau Alsace Gérontologie est à cet égard subsidiaire, il est un niveau de recours pour les professionnels de santé et les familles,
- il doit intervenir, sur sollicitation des services sociaux des établissements de santé, pour la préparation de sorties vers le domicile pour des personnes âgées fragiles à risque de décompensation, ainsi que pour le suivi des conditions effectives de retour à domicile et la prévention des ré-hospitalisations,
- il intervient à titre d'expert sur sollicitation des services des Conseils Généraux et des assistantes sociales, dans le cadre d'une gestion intégrée des demandes.

Le réseau peut également porter des projets d'intérêt collectif pour améliorer l'efficacité des prises en charge notamment l'organisation des formations pluridisciplinaires, la diffusion des bonnes pratiques et référentiels existants.

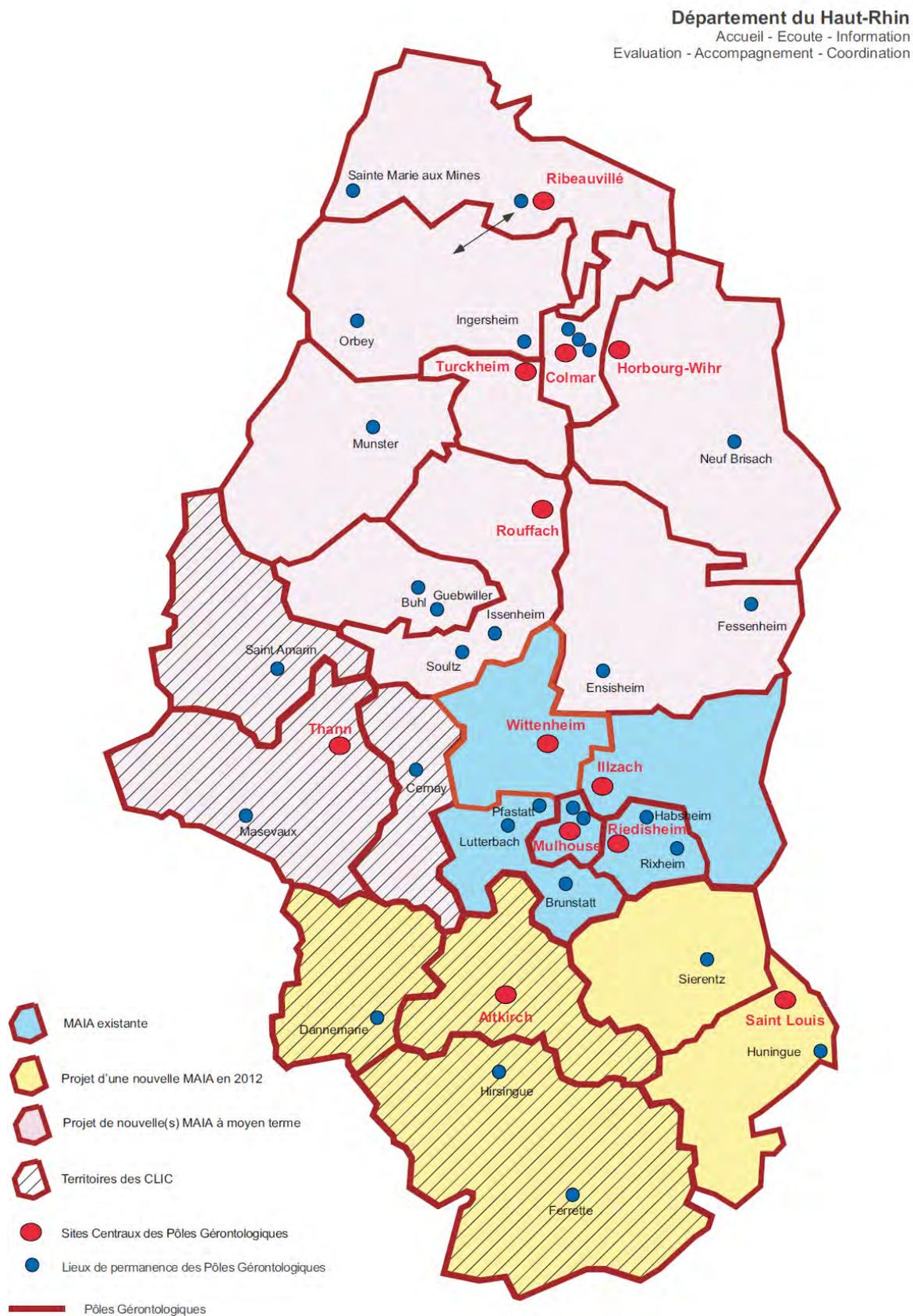
- Les Plans d'Action Personnalisés pour les personnes plus autonomes des régimes de retraite :

Pour les personnes âgées vivant à domicile et relativement autonomes (GIR 5 ou 6) mais nécessitant un soutien du fait de leur âge, de leur état de santé, de leur isolement, de leurs ressources, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) a confié à MSA Service le soin de réaliser les évaluations à domicile des personnes souhaitant bénéficier d'un Plans d'Action Personnalisés. Ces évaluateurs sont au nombre de 3 dans le Haut-Rhin et installés respectivement à Colmar, Altkirch et Mulhouse.

A terme il est prévu la construction d'un groupement de coopération social et médico-social inter-régime (Régime général, MSA, RSI) pour la réalisation de ces évaluations quel que soit le régime d'appartenance de la personne.

Par ailleurs pour les personnes sortant de l'hôpital, il est possible de bénéficier d'une aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH). Cette aide est déclenchée par les services sociaux de 26 établissements conventionnés (dans le Haut-Rhin) puis confirmée par une évaluation à domicile réalisée par les assistants sociaux de la CARSAT.

Les fonctions d'accueil, d'écoute d'information, d'orientation, d'accompagnement et de coordination sont donc partagées entre différents professionnels sur un même territoire.



Source : Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale (OHRAS - CG68) ; 2012

## 1 - Faciliter l'exercice du libre choix de l'utilisateur

Dans le cadre de l'élaboration de son plan d'aide APA, la personne âgée doit pouvoir réaliser un choix libre et éclairé de la personne ou du service d'accompagnement et d'aide à domicile rémunéré par le biais de cette allocation. Pour ce faire les services du Conseil Général lui communiquent :

- les informations nécessaires à la mise en œuvre du Chèque Emploi Service Universel (CESU), via une plaquette d'information,
- la liste des prestataires ayant l'agrément ou l'autorisation nécessaire pour une intervention auprès du public fragile.

Néanmoins des limites peuvent exister, lorsque la personne âgée n'est plus en capacité, du fait de fonctions cognitives détériorées, de prendre une décision ou bien lorsque l'offre de service est limitée sur un territoire.

Pour veiller au respect du libre choix, le Conseil Général continuera à mener des actions d'amélioration dans deux directions :

- a) **améliorer l'information des personnes âgées et de leurs familles** : par l'élaboration d'un document d'information, lisible et didactique, sur les différents modes d'intervention (prestataire / mandataire / emploi direct), comportant de manière détaillée les avantages et inconvénients de chacun de ces modes d'utilisation de l'APA. Ce document pourra être traduit en langues étrangères afin de garantir l'information à tout public.
- b) **s'assurer de la diversité de l'offre de service sur l'ensemble du territoire** : action à mener avec la DIRECCTE.

## 2 - Anticiper l'évolution démographique concernant l'accueil et l'accompagnement des usagers

Malgré un maillage conséquent des services de proximité et d'accueil de la population âgée du Conseil Général dans le département, les capacités de réponses au public vont connaître dans les prochaines années une pression importante du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées : le rapport entre le nombre d'assistants sociaux et l'effectif des personnes de 60 ans et plus passera progressivement d'1 pour 4 500 en 2008 à 1 pour 6 000 à l'horizon 2021.

Il est donc nécessaire d'envisager une nouvelle distribution des rôles et prérogatives des différentes parties prenantes dans l'accueil et l'accompagnement des usagers, entre les institutions d'une part, et les acteurs médico-sociaux et sanitaires d'autre part. En effet, le Conseil Général, seul, ne pourra répondre à l'ensemble des sollicitations et demandes diverses des publics, a fortiori lorsque ces demandes relèvent des compétences des partenaires.

### > L'accueil des publics

Les partenaires du Conseil Général sur le territoire qui assurent des fonctions d'accueil de proximité pour la population âgée seront mobilisés. De son côté, le Conseil Général réfléchira à la pertinence de conserver le critère de l'âge de 60 ans pour l'orientation du public entre les Pôles Gérontologiques et les Espaces Solidarité du département. En effet, il s'agit d'adapter l'organisation de ses services aux évolutions sociétales en cours : maintien d'une activité professionnelle après 60 ans, couples âgés avec enfants,...

Pour faire évoluer ses modalités d'accueil des publics, le Conseil Général pourra s'appuyer sur :

- les avancées que constitue le concept du guichet intégré de la MAIA pour rendre plus efficient son dispositif d'accueil,
- l'expérimentation en cours entre services sociaux du Conseil Général et service d'Action Sociale de la Ville de Mulhouse pour développer des nouvelles formes d'organisation pour l'accueil et l'orientation de publics précaires.

### **Guichet intégré versus guichet unique...** (Source : rapport 2011 du CNSA)

**Objectif commun** : simplification du parcours et des démarches de l'utilisateur.

**Le guichet unique** regroupe en un seul lieu ou une seule entité un ensemble de services, relevant auparavant de différents acteurs au profit d'une population donnée (ex : les demandeurs d'emploi et Pôle Emploi, les personnes handicapées et la MDPH).

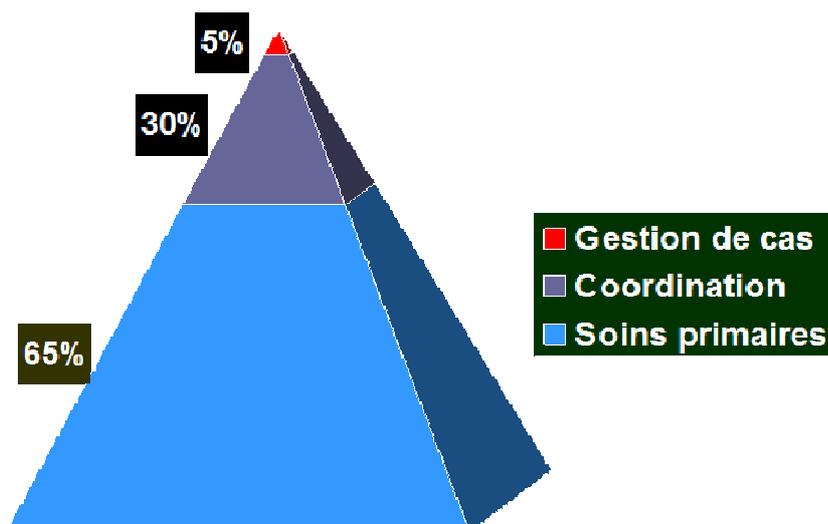
**Le guichet intégré** part du constat que la personne âgée et ses aidants disposent de plusieurs lieux d'accueil et d'information, variables selon les territoires et relevant d'acteurs institutionnels très différents : CCAS, Conseils Généraux, associations, Centres Locaux d'Information et coordination gérontologique (CLIC), réseaux de santé... Il implique la diffusion et l'appropriation de procédures et d'outils communs dans l'ensemble de ces guichets identifiés.

#### **> L'accompagnement des publics**

Le présent schéma constitue l'occasion d'améliorer les modalités d'accompagnement des publics, à deux niveaux :

##### **a) Favoriser la mise en place de référent à domicile**

L'accompagnement des usagers vivant à domicile met en évidence la nécessité de disposer d'un lien permettant d'assurer la transmission des informations de la personne vers les professionnels. Ce chaînage informatif est pleinement constitutif de la bonne coordination entre acteurs. Il est particulièrement bien organisé lorsque le public est dans une situation qui le justifie pleinement : situation complexe, fragilité.



L'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus en France s'inscrit dans une échelle de prise en charge répartie comme suit :

Gestion de cas (5 %) : on peut estimer le nombre de personnes âgées en situation complexe en France entre 5 et 6 %. Les situations sont reconnues complexes lorsqu'il s'agit d'alertes dans plusieurs problématiques (alerte santé, besoin d'aide pour la nutrition, alerte sur la sécurité individuelle et environnementale, alerte sur les aspects familiaux et sociaux). Ces situations nécessitent un accompagnement intensif et continu.

Coordination (30 %) : personnes âgées en perte d'autonomie dont l'état de santé nécessite la mise en œuvre d'actions spécifiques sur la base d'évaluation, d'analyse, d'accompagnement et de coordination. Ces actions sont mises en œuvre par différents services avec des compétences spécifiques et orientées en fonction de l'analyse des besoins vers :

- le Service Social Gériatrique,
- le Réseau Alsace Gériatrique,
- les Services de Soins Infirmiers à Domicile.

Le Service Social Gériatrique qui intervient dans le domaine de la dépendance pour la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, touche l'ensemble de la population de 60 ans et plus dans le domaine de la précarité, dans l'accès aux droits pour les dispositifs d'aides légales et extralégales.

Soins primaires (65 %) : selon la définition OMS : "*Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination.*"

Ces soins sont délivrés par les professionnels de santé.

Pour les personnes ne bénéficiant pas d'un accompagnement renforcé, la question de la continuité et la fluidité de l'information apparaît parfois tout aussi cruciale, mais la transmission d'informations entre professionnels n'est pas assurée.

Sera donc envisagée une réflexion concernant la construction de la notion de **référént à domicile** pour les personnes âgées dont l'état de santé et/ou la situation sociale nécessitent la mise en œuvre d'actions spécifiques (30% de la population, cf. pyramide). Cette notion de référént s'entend comme « un fil rouge de la transmission d'information » relative au domicile de la personne et aux interventions en place. Elle s'inscrit en cohérence avec l'orientation n°1 du SROSMS Personnes âgées de l'Agence Régionale de Santé Alsace : « Organiser et structurer une coordination gériatrique sanitaire et médico-sociale cohérente sur l'ensemble du territoire régional ».

**b) Favoriser l'équilibre des responsabilités entre services sociaux, usagers, aidants/familles, et partenaires**

« Ne pas faire à la place de l'utilisateur, ne pas penser pour lui, mais lui laisser toute sa place » – ainsi que celle de son/ses aidant(s) – constitue le principe fondateur de l'intervention sociale.

Or, dans un contexte d'augmentation accrue de la précarité et de l'isolement (social, familial) des personnes âgées, l'exercice de ce principe se heurte parfois à des réalités pouvant modifier le sens de l'intervention sociale, et contraindre les professionnels à assumer des actes en contradiction avec ce principe.

Etant contraint d'intervenir sur tous les fronts (prestations, accès aux droits, logement, environnement social...), il en résulte une importante dépense d'énergie des professionnels sur le terrain pour répondre de la manière la plus efficace aux besoins des personnes âgées, aussi divers soient-ils.

Dans ce contexte, l'intervention sociale peut alors glisser vers le « faire à la place de » l'utilisateur, et/ou de son/ses aidants, et occuper dans le même temps une place laissée vide par l'éloignement des obligés alimentaires, pourtant responsables de leur(s) ascendant(s).

En miroir, dans le cadre de l'intervention sociale, il s'agit donc de favoriser le pouvoir d'agir des usagers, de leur(s) aidants(s), mais également des familles dans l'exercice de leurs responsabilités respectives.

L'intervention sociale auprès des personnes âgées est assurée par un grand nombre de professionnels, appartenant à des institutions différentes : pôles gériatriques du Conseil général, services sociaux des caisses de retraites, service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement spécialisé logement, services sociaux des mairies, etc.

Il est par conséquent nécessaire, dans ce champ de compétence, de travailler davantage en lien avec les autres services qui assurent des missions d'accompagnement auprès des personnes âgées.

Il s'agira ainsi :

- d'apporter la réponse la plus pertinente aux personnes âgées selon les problématiques rencontrées,
- de mener une réflexion sur les procédures de transmission et de passage de relais entre les professionnels des différentes institutions,
- de veiller à ce que ces professionnels soient outillés pour mieux prendre en compte les besoins de ce public,
- de veiller à ce que les publics spécifiques vieillissants (migrants, personnes ayant des troubles psychiatriques...) puissent intégrer les dispositifs de droit commun.

### **3 - Préparer le déploiement des dispositifs MAIA et des guichets intégrés dans le département**

Les dispositifs MAIA expérimentés ont fait leurs preuves. Le Plan national Alzheimer prévoit leur développement sur l'ensemble du territoire national. L'Agence Régionale de Santé est en charge de mettre en place ce nouveau dispositif et de choisir les opérateurs qui les animeront.

*En vertu de l'article L 113-2 du CASF « le Département définit et met en oeuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public.*

*Le Département met en oeuvre les compétences définies au premier alinéa en s'appuyant notamment sur les centres locaux d'information et de coordination qui sont autorisés au titre de l'alinéa a de l'article L. 313-3.*

*Le Département veille à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination, des équipes médico-sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 232-3 et des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. »*

En application de ces articles qui désignent le Département comme le chef de file de l'action sociale en direction des personnes âgées, il entend poursuivre et amplifier le maillage du territoire par les 22 Pôles Gériatriques, qui dans le Haut-Rhin exercent les missions des CLIC, en participant en tant que porteur au programme de déploiement des MAIA.

Afin de garantir un déploiement harmonieux et cohérent de ce dispositif sur l'ensemble du territoire, et notamment l'installation du guichet intégré et la gestion de cas (deux des trois systèmes de la MAIA), il est nécessaire :

- de poursuivre la réflexion engagée avec les CLIC de Mulhouse et Thur-Doller sur l'évolution de leurs missions,
- de former l'ensemble des professionnels exerçant une fonction d'accueil à la nouvelle manière d'analyser la demande et les besoins pour orienter vers les offres de service et à la maîtrise des outils supports,
- de réfléchir à la meilleure manière d'impliquer les médecins généralistes dans le dispositif.

## **4 - Améliorer le partage et la transmission des informations résultant de l'évaluation de la personne entre professionnels de l'évaluation et de la coordination**

Le constat est aujourd'hui posé que chaque institution en charge d'attribuer des aides aux personnes âgées, dispose de son propre outil d'évaluation des besoins des personnes. Il en résulte d'une part des multi-évaluations lorsque la personne est susceptible de relever d'une prestation d'une caisse de retraite ou de l'APA (versée par le Conseil Général). D'autre part, la diffusion des résultats de ces évaluations peut être améliorée mais reste vaine, puisque non basée sur un référentiel commun.

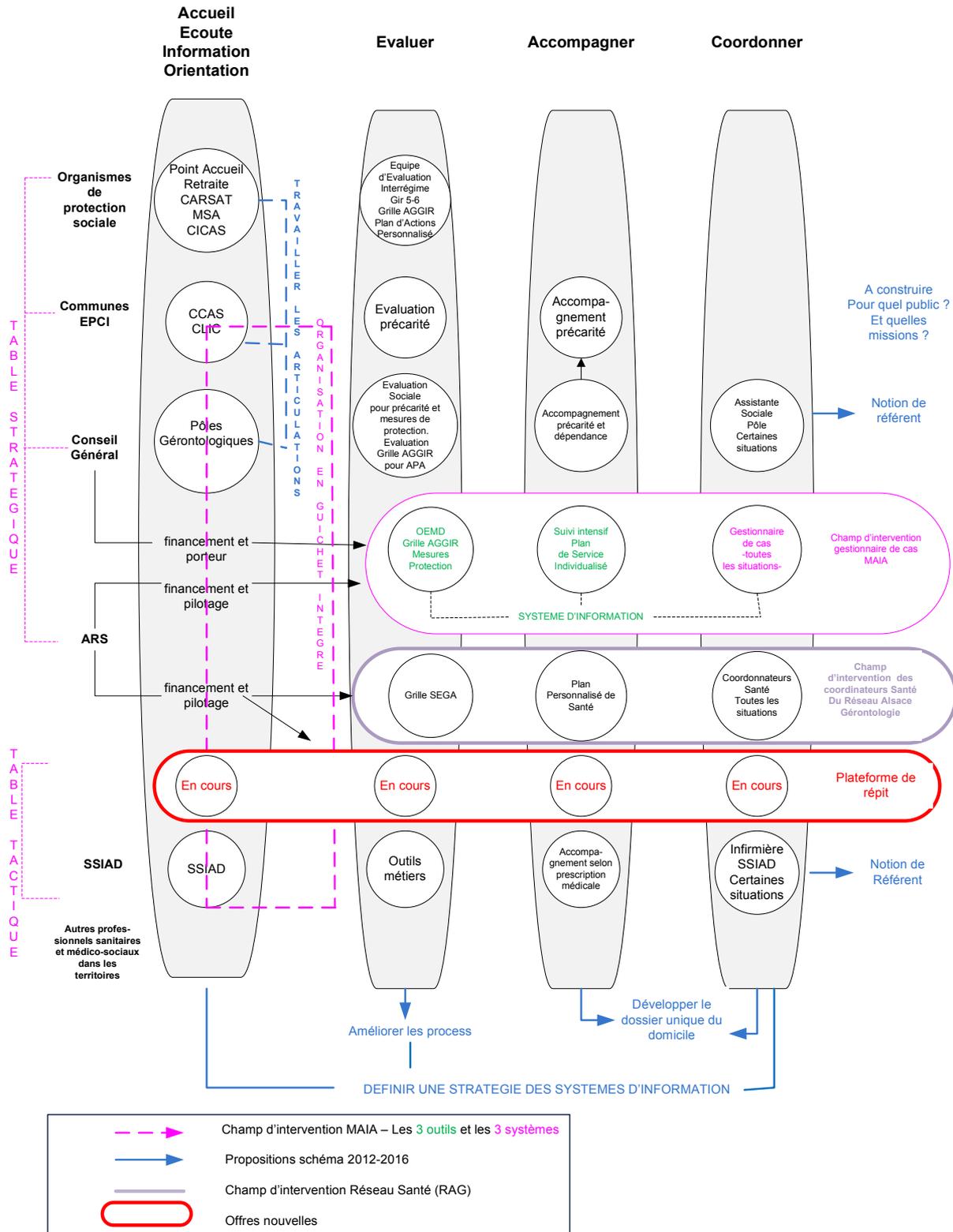
Seront donc observés avec la plus grande attention les travaux en cours sur une version du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (dit GEVA) adaptée aux personnes âgées (dit GEVA-A).

Dans cette attente, de nouveaux *process* de partage et de transmission d'informations entre les professionnels seront définis pour garantir des pratiques homogènes dans le département (par exemple, sur les modalités de transmission des résultats d'évaluation entre les Caisses et le Conseil Général).

Enfin, quel que soit le support d'évaluation retenu, il est nécessaire :

- ▣ de poursuivre le développement d'une culture commune entre professionnels de l'évaluation (formations communes...),
- ▣ d'aboutir à une reconnaissance mutuelle des évaluations sous réserve de l'appropriation de critères d'évaluation partagés,
- ▣ de construire un système d'information partagé entre les acteurs accompagnant un même usager,
- ▣ de cadrer ces démarches par une charte éthique en s'inspirant de celle élaborée et appliquée par les gestionnaires de cas.

**LES FONCTIONS MEDICO-SOCIALES AU DOMICILE**



## **ORIENTATION III : OPTIMISER LE SOUTIEN A DOMICILE : RENFORCER LA COORDINATION, GARANTIR LA QUALITE DES INTERVENTIONS ET LE PILOTAGE**

### **Rappel de l'état des lieux – Profils des personnes âgées à domicile et caractéristiques des services d'aides à domicile**

La majorité des personnes âgées vivent à domicile : au 1<sup>er</sup> janvier 2008, près de 2 personnes âgées de 60 ans ou plus sur 3 vivaient à domicile, en couple et/ou avec un de leur(s) enfant(s). Proportion qui diminue avec l'âge, pour s'établir à moins d'1 sur 2 parmi les 75 ans et plus. Plus d'un quart des 60 ans et plus vivent seuls, proportion qui augmente avec l'âge.

Part des personnes âgées selon leur mode de cohabitation, et par âge :

	Ne vivant pas seules :			Vivant seules	Total
	Vivant en couple, en couple ou seules avec leur(s) enfant(s)	Vivant en institution	Autres cas		
Personnes de 60 ans et plus	64,4%	5,2%	3,7%	26,7%	100%
Personnes de 75 ans et plus	45,9%	10,8%	5,0%	38,3%	100%

Source : INSEE, RP 2008

Vivre seul ne signifie pas isolement. En effet, des personnes qui vivent seules peuvent ne pas se sentir isolées, et être largement soutenues par les amis, la famille ou les voisins. Inversement, des personnes qui vivent en couple ou en maison de retraite peuvent se sentir seules du fait de relations dégradées avec leur conjoint, leurs proches ou leurs amis.

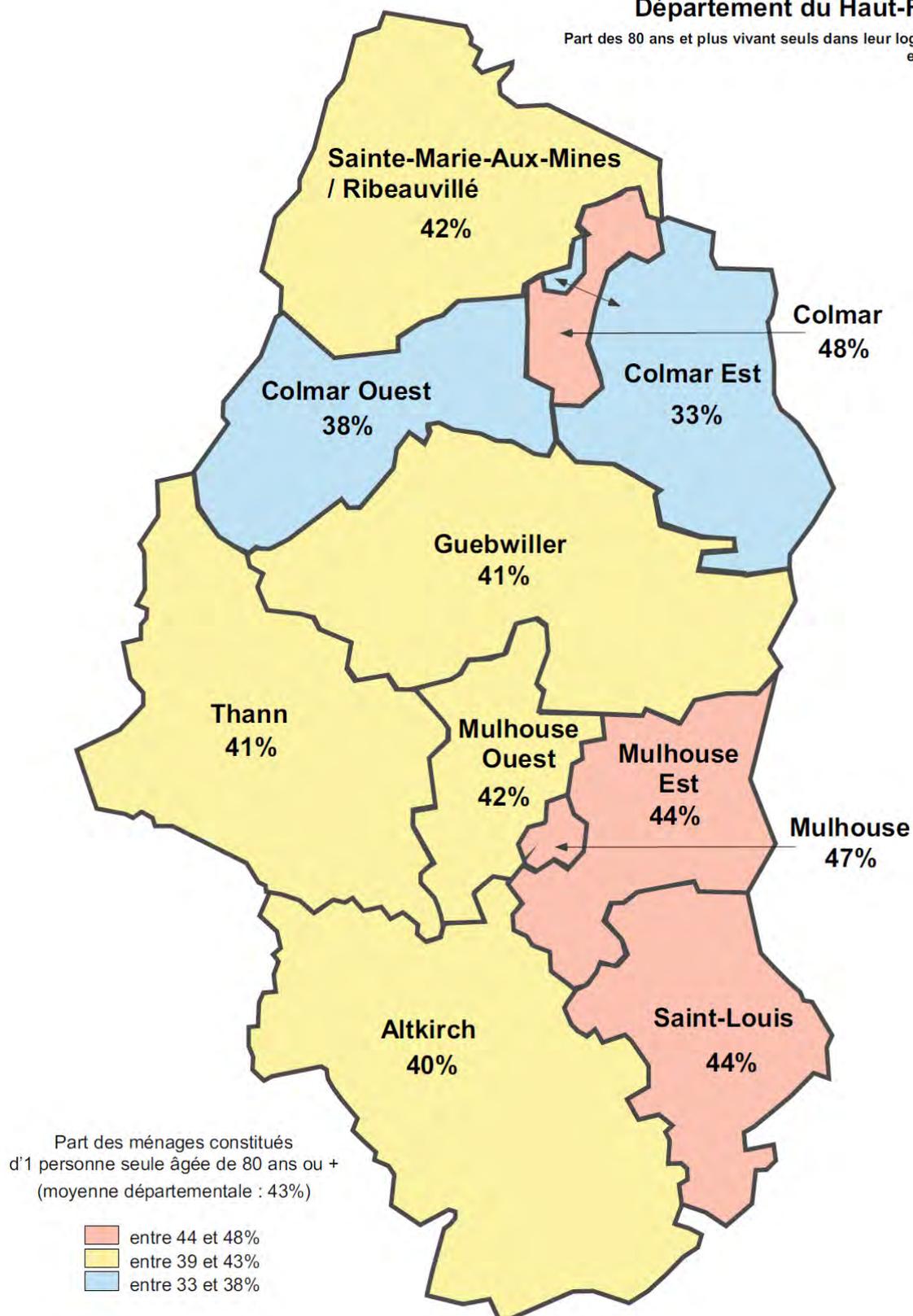
Pour cette raison, l'isolement appréhendé par le prisme du mode de vie ("vit seul", ou "ménage d'une personne" selon les statistiques) ne fournit pas d'indications sur l'entourage social réel et/ou la présence éventuelle d'aidants "non cohabitants". Pour autant, l'isolement dans le logement constitue un facteur de fragilité, tout particulièrement lorsque l'autonomie diminue :

- le public accompagné par les Pôles Gériatriques compte proportionnellement plus de personnes qui vivent seules (50 %) que l'ensemble de la population (43 %), ce qui confirme un besoin d'aide renforcé pour ces personnes,
- selon les données de l'INSEE, l'isolement dans le logement semble caractéristique des bassins de vie les plus urbanisés (Colmar, Mulhouse, Mulhouse Est, Saint-Louis), ce qui croise les données des Pôles Gériatriques pour Colmar et Mulhouse.

En 2008 dans le Haut-Rhin, 13 787 ménages sont constitués d'une seule personne âgée de 80 ans ou plus, soit 43 % des personnes de cette classe d'âge. C'est dans les deux grandes villes du département (Colmar et Mulhouse) et sur les bassins de vie de Mulhouse Est et de Saint Louis que l'on compte les plus fortes proportions de personnes très âgées vivant seules.

## Département du Haut-Rhin

Part des 80 ans et plus vivant seuls dans leur logement  
en 2008



Source : INSEE (RP 2008)

## > Les bénéficiaires de l'APA à domicile : une population fortement dépendante

Au 31 décembre 2011, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile concerne 6 819 bénéficiaires (droits ouverts), soit 12 % des 75 ans et plus.

Par rapport à 2004, le nombre de bénéficiaires a plus que doublé. Il continue à progresser mais de manière moins rapide. Le nombre de nouvelles demandes s'est stabilisé à hauteur de 2 400 par an à compter de l'année 2009. En 2011, les demandes ont même régressé à 2 219.

Evolution du statut des demandes :

	2009	2010	2011
Nouvelles demandes :	2 477	2 447	2 219
Rejets :	223 (soit 9,0% des demandes)	233 (soit 9,5% des demandes)	305 (soit 13,7% des demandes)
Nombre de bénéficiaires :	6 126	6 674	6 819

Source : service des Prestations d'Aides Sociales, CG 68 (données au 31/12/2011)

Si la population couverte par l'APA à domicile dans le Haut-Rhin est proche de la moyenne des départements métropolitains, la situation du Haut-Rhin se distingue par un niveau de dépendance sensiblement plus fort des personnes âgées à domicile : 28 % des bénéficiaires sont très dépendants (personnes classées en GIR 1 et 2), contre 20 % en moyenne.

Nombre et répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile, par niveau de dépendance :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
204	1 705	1 637	3 273	6 819
3 %	25 %	24 %	48 %	100 %

Source : service des Prestations d'Aides Sociales, CG 68 (données au 31/12/2011)

Tous GIR confondus, le montant moyen des plans d'aide s'élève à 557 € mensuels en décembre 2011 dans le Haut-Rhin, dont 131 € à la charge des bénéficiaires. Ces chiffres apparaissent supérieurs à la moyenne française (respectivement 489 € et 97 €), et mettent en évidence l'effort financier accru consacré par le Conseil Général.

Montant mensuel de l'APA et participation financière du Conseil Général selon leur degré de dépendance des bénéficiaires :

	Montant moyen du plan	Montant à la charge du bénéficiaire	Montant à la charge du Conseil Général
GIR 1	1 070 €	228 €	842 €, soit 79 %
GIR 2	807 €	195 €	612 €, soit 76 %
GIR 3	599 €	141 €	458 €, soit 76 %
GIR 4	373 €	87 €	286 €, soit 77 %
Tous GIR confondus (CG 68)	557 €	131 €	426 €, soit 77 %
Tous GIR confondus (F. entière)	489 €	97 €	392 €, soit 80 %

Sources : service des Prestations d'Aides Sociales, CG 68 (données au 31/12/2011) ; DREES (déc. 2011)

En théorie, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie permet de financer diverses formes d'aides : aides techniques (téléalarme, articles d'hygiène), aides humaines (gré à gré, prestataire, mandataire), portage de repas, séjour temporaire en EHPAD, aménagement du logement. Au fur et à mesure de l'augmentation du coût horaire de l'aide humaine, l'essentiel du plan d'aide est consacré à l'aide à domicile. Dans le Haut-Rhin, les bénéficiaires choisissent majoritairement le mode prestataire (plus de 8 personnes sur 10).

Répartition des aides à domicile par modes d'intervention :

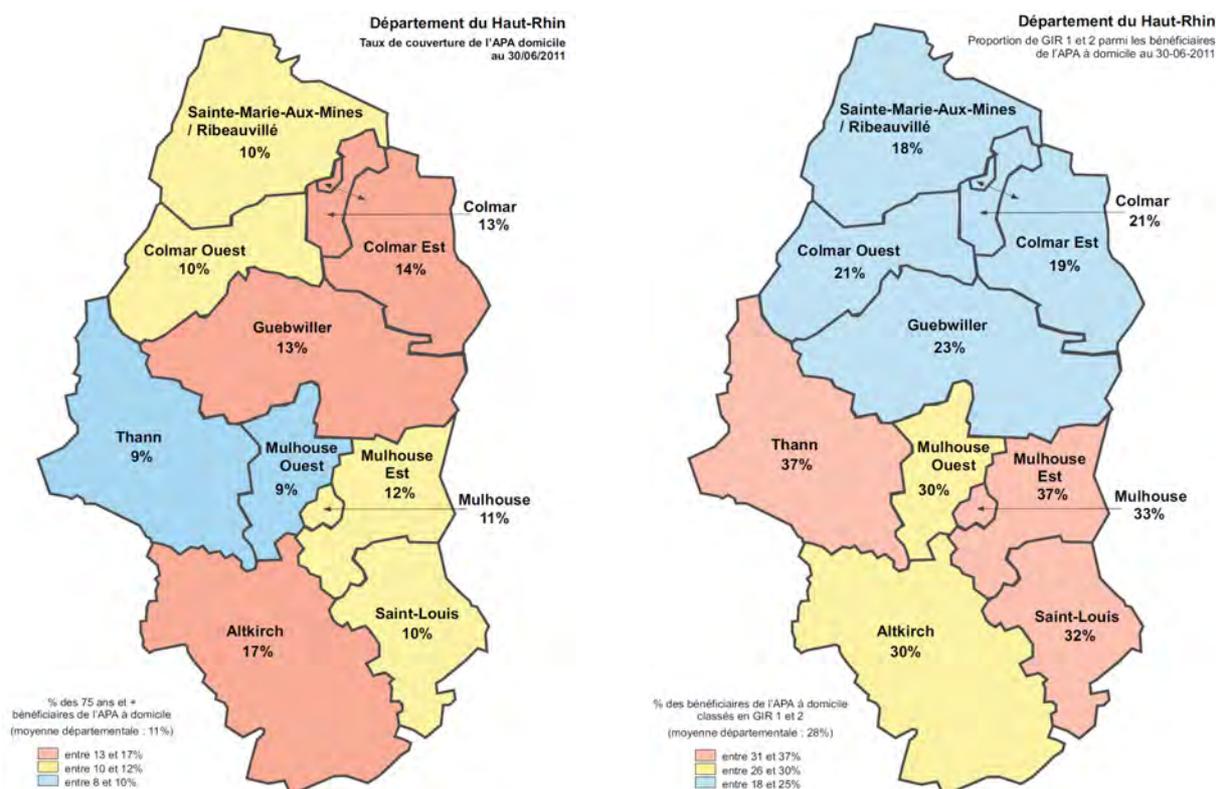
Prestataire	Gré à gré	Mandataire	Plan mixte :	
			Prestataire + gré à gré	Prestataire + mandataire
81%	10%	2%	6%	1%

Source : service des Prestations d'Aides Sociales, CG 68 (données au 31/12/2011)

La place prédominante des prestataires (81 %) apparait aujourd'hui comme un maximum au regard de la législation, tant du fait du profil des bénéficiaires, du plafonnement de la prestation et d'une diminution probable des entrées dans le dispositif d'aide par le biais d'un service prestataire pour les GIR 5 et 6 (nouvelle politique d'aide à domicile des caisses de retraite).

A l'échelle des bassins de vie, il ne semble pas exister un lien systématique entre le taux de recours à l'APA domicile, la proportion de personnes très dépendantes bénéficiaires de l'APA à domicile et le taux d'équipement en lits médicalisés. La part des personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile apparait particulièrement élevée dans quatre bassins de vie : Thann, Mulhouse, Mulhouse Est et Saint Louis. Pour autant, les problématiques sont à distinguer :

- le bassin de vie de Thann cumule un taux d'équipement en établissements satisfaisant et un réseau d'acteurs relativement plus développé qu'ailleurs (places en SSIAD, effectifs des infirmiers et médecins libéraux...). Dans cette configuration, le maintien à domicile y apparait grandement facilité,
- sur la ville de Mulhouse, le taux d'équipement en lits médicalisés est élevé, mais la précarité y étant plus élevée qu'ailleurs, des difficultés apparaissent pour financer la prise en charge au sein d'un établissement,
- sur les secteurs de Mulhouse Est et de Saint Louis, les taux d'équipement sont parmi les plus faibles du département, le maintien à domicile de personnes dépendantes est alors pour partie un choix par défaut.



source : PAS, CG68 (2011)

Par ailleurs, 200 personnes étaient bénéficiaires de l'aide ménagère départementale en décembre 2011. Cette aide est accordée, sous condition de ressources, aux personnes âgées valides (GIR 5 et 6).

**> Les services d'aides à domicile : des intervenants de plus en plus professionnalisés, mais des modalités d'intervention à réguler**

L'agrément de l'Etat ou l'autorisation du Président du Conseil Général sont obligatoires pour l'intervention des services prestataires auprès des publics fragiles.

Au 01/01/2012, le Haut-Rhin compte :

- 4 services d'aide à domicile autorisés,
- 15 services d'aide à domicile agréés intervenant auprès des bénéficiaires de l'APA

Les services autorisés réalisent 84 % du volume des heures APA d'intervention de services d'aide à domicile, les 16 % restant étant effectués par les services agréés. Parmi les prestataires la répartition des heures est la suivante :

- APAMAD : 77 %
- ADMR : 15 %
- ASAME : 6 %
- Droit de Vivre : 2 %

Par ailleurs, un service propose une garde itinérante de nuit (le FANAL). Le secteur d'intervention est limité aux communes de Colmar, Mulhouse, et Saint Louis (et, selon disponibilité, dans les communes périphériques). Par conséquent, seules les personnes âgées de ces secteurs peuvent en bénéficier. Le recours à ce service est également limité par son coût élevé pour les bénéficiaires, que le plan d'aide APA ne permet pas toujours de financer. Le nombre de bénéficiaires est en baisse : entre 2008 et 2011, il est passé de 118 à 60. En décembre 2011, le FANAL a réalisé 275 heures d'intervention.

- Les services autorisés : une professionnalisation en marche

Le Conseil Général a réalisé d'importants efforts dans le pilotage de sa politique de soutien à domicile en initiant une politique tarifaire accompagnant les efforts de qualification et de professionnalisation des équipes de ces services. Le tarif moyen appliqué dans le cadre des plans d'aide APA a progressé de + 17 % passant de 18,96 € en 2007 à 22,14 € en 2012 (22,57 € pour le tarif le plus élevé). Par ailleurs, un référentiel départemental de coût est en construction, basé sur des indicateurs socio- économiques (pour les services autorisés).

Notons que du fait du plafonnement des montants de l'APA, les augmentations de tarif ont eu pour effet d'éroder progressivement le nombre d'heures mensuelles solvabilisées par la prestation. Par exemple, en 2008 une personne en GIR 2 pouvait financer 52 heures d'aides à domicile par mois du tarif le plus élevé, en 2012 le volume d'heure finançable passe à 48 heures soit une perte de 4 heures mensuelles.

Le budget prévisionnel 2011 des 4 services autorisés table sur un volume d'activité de l'ordre de 1 858 500 heures, en augmentation de 0,6 % par rapport au BP 2010 (source : Service Tarification des Etablissements du Conseil Général). Le personnel employé par ces associations représente 1 377 ETP selon le détail suivant :

- personnel d'intervention : 1 277 ETP (93 % des effectifs),
- personnel d'encadrement/coordination : 59 ETP (4 %),
- personnel de structure : 41 ETP (3 %).

Le poids de chaque structure en proportion du nombre total de personnels en équivalent temps plein est le suivant :

- APAMAD : 79 %
- ADMR : 14 %
- ASAME : 5 %
- DDV : 2 %

En 2012, la professionnalisation dans les services autorisés peut se mesurer au travers de deux indicateurs :

- la part des agents de catégorie C (titulaires du DEAVS) dans le total du personnel d'intervention qui est de 33 % en moyenne
- le taux d'encadrement moyen s'élève à 10,9 intervenants pour un encadrant, la moyenne nationale étant de 12 à 13.

Pour continuer à améliorer la qualité des accompagnements à domicile, il apparaît nécessaire de définir la nature des informations à transmettre et les articulations entre les différents intervenants. Il s'agira notamment d'éviter la redondance des évaluations, de veiller à la concordance entre la prescription et la réalisation du plan d'aide et à favoriser les mutualisations et coopérations entre services.

- Les services agréés : des enjeux en terme de régulations et de lisibilité

En janvier 2012, les secteurs d'intervention des services d'aide à domicile agréés étaient les suivants (sectorisation ARS par zones de proximité) :

	Colmar	Guebwiller	Thann	Mulhouse	Altkirch	Saint-Louis
APAMAD * (Mulhouse)	X	X	X	X	X	X
DROIT DE VIVRE * (Mulhouse)			X	X	X	
ADMR * (Lutterbach)	X	X	X	X	X	X
ASAME * (Mulhouse)		X	X	X	X	
AIDHOM (Schiltigheim)	X	X				
TANDEM (Lutterbach)			X	X	X	
SOLUTIA Centre Alsace (Ostheim)	X					
SOLUTIA Mulhouse (Steinbrunn-le-Haut)		X	X	X		
SOLUTIA Saint Louis (Schlierbach)					X	X
YAKA SERVICES (Soultz)		X		X	X	
ASAD COLMAR (Colmar)	X					
VADEA (Kembs)						X
ADHAP Services (Colmar)	X	X				
ADHAP Services (Kingersheim)				X		
LA GIRANDIERE Services (Volgelsheim) **	X					
EURL SOUS MON TOIT (Mulhouse)	X		X	X		
COVIVA (Didenheim)			X	X	X	
DEFI PRO (Guebwiller)		X		X		
Total	8	8	8	11	8	4

\* services également autorisés

\*\* ce service n'intervient qu'auprès des résidents de la Girandière (résidence services)

Le diagnostic territorial ne fait pas apparaître de problèmes majeurs de zones mal desservies en matière de services d'aide à domicile à l'exception notoire du sud du département (problématique de l'attractivité de la Suisse en terme d'emploi). Cependant, la coexistence de deux régimes (autorisés et agréés) et de modalités d'intervention à la carte (gré à gré, mandataire, prestataire, mixte) rend le dispositif peu lisible pour les usagers ce qui rend l'exercice du libre choix difficile.

## **1 - Définir et formaliser les modalités de mise en place des plans d'aide entre les prescripteurs (Conseil Général, Caisses de retraite), les SAAD, les services mandataires et l'emploi direct**

La qualité des interventions à domicile est évaluée à l'aune de plusieurs critères, dont celui de l'organisation des interventions elles-mêmes au domicile de la personne âgée. En effet, que la personne âgée bénéficie d'une intervention unique ou de plusieurs interventions de professionnels différents dans la même journée, l'exigence du respect des besoins et des rythmes de vie de la personne doit être la règle. Ces besoins, et toutes autres informations permettant d'appréhender ces conditions d'intervention, sont recensés au moment de l'évaluation des besoins de la personne. Cette évaluation étant réalisée soit par les Caisses de retraite, soit par le Conseil Général. A cette occasion, les professionnels de ces institutions définissent les plans d'aide et les rythmes d'interventions (heures/jours) les mieux adaptés aux besoins de chaque personne. Aucun retour d'information n'est organisé entre le plan d'aide accepté par la personne, validé par le Président du Conseil Général et sa réalisation.

Selon les données de mars 2011, l'écart entre les heures prescrites et réalisées est de 31 % et témoigne de l'importance du volume d'heures non effectuées. Les motifs de cet écart sont variés : hospitalisations, renoncement de la personne en particulier pour des raisons économiques à une partie de son plan d'aide, difficultés du prestataire à mettre en place les heures, ...

Cette tension entre l'évaluation personnalisée des besoins, l'esprit du plan d'aide et sa mise en oeuvre mérite d'être analysée et doit aboutir de manière consensuelle à :

- l'organisation du retour d'information de l'application du plan d'aide aux équipes médico-sociales,
- la facilitation du contrôle d'effectivité, notamment sur l'adéquation entre le niveau de qualification de l'intervenant et la situation de la personne aidée,
- l'information sur les interventions des autres acteurs non solvabilisés par le plan d'aide, mais dont la cohérence dans l'action est un gage de qualité.

La méthodologie permettant d'atteindre ces objectifs sera définie en commun avec les partenaires.

Il est à noter que cette tension n'existe pas pour les plans de service individualisé ces derniers faisant l'objet d'un suivi précis et d'un ajustement constant par les gestionnaires de cas.

Enfin, le Conseil Général engagera une réflexion avec les services mandataires du département pour préciser leur rôle et les repositionner dans le dispositif de soutien à domicile : ne constituant aujourd'hui qu'une très faible proportion des heures APA, il est nécessaire de réfléchir à leur positionnement et leur mode d'intervention, souvent méconnu, et pouvant s'avérer une solution opportune dans certaines situations.

## 2 - Structurer les modalités de coordination des intervenants à domicile

En complémentarité avec les orientations 1 et 3 du SROSMS personnes âgées de l'Agence Régionale de Santé Alsace (« organiser et structurer la coordination gériatrique sanitaire et médico-sociale cohérente sur l'ensemble du territoire régional » et « garantir la continuité de prise en charge des personnes âgées »), le schéma gériatrique départemental poursuit l'objectif de développement de la coordination des intervenants dans le secteur du domicile.

En sus des coordinations effectuées par les coordinateurs santé du réseau et des gestionnaires de cas il veillera à ce que soient mises en place, de manière adaptée, des réunions de coordination des intervenants à domicile, pour des situations qui le justifient. Il s'agira donc d'impulser l'organisation de ces réunions là où cela est nécessaire, en mobilisant par exemple de nouveaux dispositifs, comme les visites longues du médecin traitant organisées dans le cadre du Protocole d'Examen Spécial (PES) ou de la Démarche de Soins Infirmiers (DSI). La mise en place d'un référent pourrait faciliter la réalisation de cet objectif.

### Le Protocole d'Examen Spécial (PES)

La réforme de l'Assurance Maladie a instauré le parcours de soins coordonné qui s'articule autour du médecin traitant.

Un des points essentiels est la formalisation de ce parcours de soins par la mise en place et l'utilisation du nouveau protocole de soins pour tous les malades atteints d'une affection de longue durée (ALD).

Ce protocole nécessite la réunion de l'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée dépendante et constitue de ce fait un moment-clé pour la coordination des acteurs.

### La Démarche de Soins Infirmiers (DSI)

Pour faciliter une prise en charge rapide du patient, la Démarche de Soins Infirmiers (DSI) permet à des professionnels infirmiers d'établir un bilan de la situation d'une personne âgée, d'évaluer ses besoins avec elle, d'établir un diagnostic, et de mettre en place un programme de soins adéquat. Elle se fait en lien étroit avec le médecin traitant. Ainsi, les professionnels infirmiers peuvent, en amont d'une consultation de la personne avec son médecin traitant (par exemple lors d'une sortie d'hospitalisation), proposer des objectifs de soins et planifier les actions nécessaires pour une durée maximale de 3 mois. Elle est portée à la connaissance du médecin traitant qui en valide le contenu.

La coordination et l'articulation des interventions entre les services à domicile prestataire (SAAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) seront optimisées, afin d'éviter les redondances, les chevauchements et les glissements de tâches entre les intervenants auprès d'une personne âgée. Pour ce faire, il s'agira de s'appuyer, dans le prolongement du déploiement des dispositifs MAIA dans le département, sur l'outil du guichet intégré qui sera mis en place. Une des finalités de cet outil sera de mesurer les écarts entre la demande, l'offre la mieux adaptée et la réponse apportée. Cet objectif s'insère dans la démarche engagée par l'Agence régionale de santé de coordination des interventions des SSIAD et de l'hospitalisation à domicile (HAD).

### **3 - Améliorer et structurer la transmission d'informations à destination des intervenants à domicile**

Les informations concernant les profils et besoins des personnes devant faire l'objet d'une transmission entre professionnels, seront distinguées entre :

- ▣ d'une part, les situations dites simples au domicile (par exemple mono-intervention ne nécessitant pas le renseignement d'un niveau d'informations important),
- ▣ et d'autre part, les situations dites complexes (par exemple pluri-interventions au domicile) dont le caractère nécessitera le renseignement d'un niveau d'information plus étoffé nécessaire à la bonne coordination des interventions.

Dans ce dernier cas, afin de faciliter la transmission d'informations entre les différents intervenants à domicile, un livret d'échange au domicile sera élaboré et distribué lors de la mise en place d'un plan de prestations à domicile. Ce dossier aura pour objectif de compiler les informations ayant trait au plan d'aide, aux informations relatives à la personne aidée, à l'identité de l'intervenant (nom, prénom, coordonnées, organisme de rattachement, etc...), aux plannings d'intervention, aux tâches réalisées par chaque professionnel, et toutes autres informations rendues nécessaires à la bonne coordination des interventions. Il s'appuiera notamment sur l'expérimentation en cours à la MAIA de Mulhouse et également sur l'annuaire des acteurs (ou annuaire de la personne) qui sera mis en place dans le prolongement du déploiement des dispositifs MAIA dans le département.

Cette démarche sera pleinement intégrée aux outils mis en place par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé Alsace, en lien avec l'Agence régionale de santé, concernant la transmission des données entre professionnels.

Cette démarche doit toutefois impérativement veiller à :

- ▣ prendre en compte les travaux déjà menés à ce sujet,
- ▣ former le personnel à son usage,
- ▣ veiller au consentement de la personne,
- ▣ être vigilant au respect de la législation sur les informations dites sensibles,
- ▣ réfléchir en parallèle à un support informatisé.

### **4 - Garantir un niveau homogène des modes d'organisation et d'intervention des SAAD**

La couverture du département par les SAAD est très hétérogène et des différences importantes existent entre les services tant en termes d'organisation du service, qu'en termes d'offre proposée. Il en résulte des interventions organisées de manière différenciée selon les services. Le nouveau cahier des charges des SAAD (arrêté du 26 décembre 2011), dont l'application relèvera de la DIRECCTE Alsace, constitue une opportunité pour homogénéiser les modes d'organisation de ces services. Ainsi, en vue de son renouvellement d'agrément, la structure doit montrer un respect des prescriptions concernant :

- ▣ la prestation d'accueil et d'information, l'analyse de la demande et la proposition d'une intervention individualisée, l'intervention, le suivi de l'intervention,
- ▣ l'organisation (recrutement et qualification du personnel, sensibilisation et formation du personnel, continuité des interventions et coordination, amélioration de la prestation en continu).

Le Conseil Général, en lien avec la DIRECCTE, pourra s'appuyer sur ce nouveau cahier des charges pour mesurer les efforts accomplis dans le secteur de l'aide à domicile, servir de document de référence pour faire progresser la qualité de la prise en charge, en reliant ces

informations avec celles recueillies directement auprès des services autorisés (indicateurs sociaux médico-économiques).

## **5 - Envisager une démarche commune de pilotage de l'offre de services à domicile entre le Conseil Général, la DIRECCTE et l'ARS**

Une nouvelle gouvernance et de nouvelles modalités de pilotage de l'offre de services à domicile seront définies entre les pouvoirs publics compétents, à savoir :

- le Conseil Général pour l'autorisation des Services d'aide à domicile et sa mission d'évaluation du besoin des personnes âgées en perte d'autonomie,
- les Caisses de retraite pour leur mission d'évaluation des besoins des personnes valides et socialement isolées,
- la DIRECCTE pour l'agrément des services à la personne ,
- et l'Agence Régionale de Santé compétente pour les services de soins infirmiers à domicile.

L'objectif poursuivi sera celui de l'adéquation entre un niveau de besoins de la population âgée identifié dans les territoires par les équipes d'évaluation (régimes de retraite et du Conseil Général) et une offre régulée par le Conseil Général, la DIRECCTE et l'ARS Alsace. Cette nouvelle gouvernance prendra la forme d'un dialogue et d'un échange de données objectives pour satisfaire des besoins pour lesquels il n'existe que peu ou pas de réponses.

Le Conseil Général n'envisage pas, dans le cadre du présent Schéma, d'accorder de nouvelles autorisations compte tenu :

- de la réglementation actuelle permettant un développement de l'offre de services sous le régime de l'agrément,
- de la part importante actuelle des services prestataires autorisés dans le volume des heures d'intervention au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie qui a vraisemblablement atteint son maximum,
- des incidences financières liées à l'autorisation (coût de gestion pour le Conseil Général, tarif des services autorisés supérieur au tarif de référence des services agréés).

Il est certain que ces propositions visant à améliorer le pilotage de l'offre à domicile ne sont pas véritablement à la hauteur des enjeux du secteur et ne correspondent pas complètement aux attentes des associations. Elles s'expliquent par le fait que la régulation de l'offre est aujourd'hui soumise à deux régimes différents : celui de l'agrément et de l'autorisation/tarifification. Un rapport de l'IGAS et de l'IGF d'octobre 2010 « Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles » préconisait de maintenir ces deux régimes sans les opposer mais de faire évoluer le second vers une forme de « contractualisation permettant la mise en évidence des obligations de service public souscrites par le service concerné ».

Or cette évolution vers plus de contractualisation nécessite une réforme législative dépassant le cadre du présent schéma gériatrique.

## ORIENTATION IV : DEVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS

### Rappel de l'état des lieux – Profil des aidants et caractéristiques de l'offre en solutions de répit

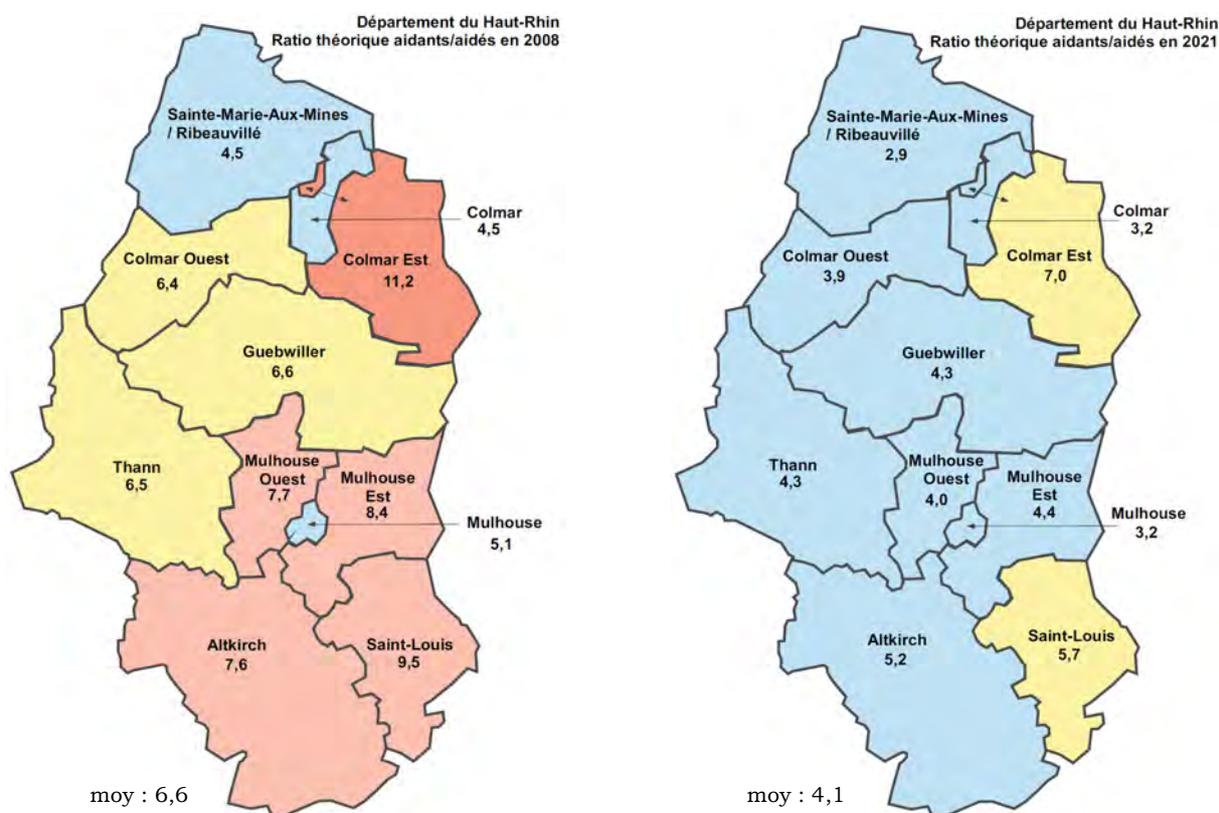
- > **Le ratio aidants/aidés : un indicateur qui va se dégrader fortement, pointant le risque d'un isolement des personnes les plus âgées**

Le ratio aidants aidés « théorique » est calculé en rapportant le nombre de personnes âgées de 55 à 64 ans à celui des 85 ans et plus dans une population. Cet indicateur constitue une estimation du nombre d'aidants naturels pour les personnes les plus âgées, pour lesquelles le risque de dépendance est le plus fort.

En 2008, Sainte Marie aux Mines-Ribeauvillé, Colmar et Mulhouse sont les trois secteurs présentant les ratios les plus faibles (4 à 5 aidants théoriques par personne âgée), pointant le risque d'un isolement des personnes les plus dépendantes. Inversement, le sud du département (hors Mulhouse) et surtout Colmar Est ont les ratios les plus élevés allant de près de 8 à 11 aidants théoriques par personne âgée.

Cet indicateur va fortement se dégrader sur la période 2008/2021, chutant en moyenne départementale de 6,6 à 4,1. Dans 5 des 8 bassins de vie, les ratios seront inférieurs à 4,5. Les secteurs les plus critiques restant, comme en 2008, Sainte Marie aux Mines-Ribeauvillé, Colmar et Mulhouse avec seulement 3 aidants théoriques par personnes âgées.

#### Evolution du ratio aidants/aidés théorique



Source : INSEE (RP 2008, projections de population 2006-2021)

## > **Profils des aidants et contraintes rencontrées**

Le rôle essentiel joué par les aidants familiaux dans le maintien à domicile fait désormais consensus. Une étude publiée par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) en 2011 enrichit les données sociodémographiques avec les évolutions pressenties de la structure familiale et les effets, à moyen terme, de la charge pesant sur les aidants. In fine, c'est la question du devenir de l'offre d'aide apportée par l'entourage qui est posée.

- Un contingent d'aidants familiaux majoritairement féminin...

Déjà surreprésentées dans la population âgée et parmi les personnes en situation de dépendance, les femmes le sont aussi dans la catégorie des aidants familiaux, en France et à l'instar des autres pays européens :

- pour 80 % des personnes âgées vivant à domicile, l'aide provient de l'entourage (pour 48 % uniquement de l'entourage, pour 32 % combinée avec une aide professionnelle). Il s'agit d'une fille pour les ¾ des cas d'aide à un parent, d'une femme dans 70 % des cas d'aide au conjoint. S'agissant des couples, le rôle d'aidant est davantage assumé par les femmes : à niveau de dépendance équivalent, les hommes ont plus souvent leur épouse admise en établissement que l'inverse ;
- l'intensité et la nature de l'aide apportée diffèrent selon que l'aidant est un homme ou une femme : elle est plus soutenue lorsqu'il s'agit d'une femme (en moyenne deux heures de plus par jour). Si les aidants investissent tous les champs de la vie quotidienne et apportent un soutien moral, on note toutefois une répartition des aides plus axées sur les tâches administratives et les courses, en ce qui concerne les hommes ;
- par ailleurs, le groupe d'âge comportant la plus grande proportion d'aidants informels est celui des 45 à 64 ans appelé aussi « génération pivot » dans la mesure où, majoritairement active, elle apporte une aide à la fois aux ascendants en perte d'autonomie et aux enfants qui connaissent parfois des difficultés à l'entrée sur le marché du travail.

**Eléments pour le Haut-Rhin :** sur 6819 bénéficiaires de l'APA à domicile en décembre 2011, 16 % ont opté, dans le cadre de leur libre choix, pour le salariat direct (gré à gré) dont on sait que, majoritairement, il s'agit de membres de la famille ou de l'entourage proche. Toutefois, les aidants impliqués dans la prise en charge de leurs aînés dépendants sont bien plus nombreux, tous n'étant pas rémunérés à ce titre.

- ... Et d'importantes répercussions sur l'environnement global des aidants

Le cumul de la fonction d'aidant familial avec une activité professionnelle a des conséquences sur la carrière, la vie familiale et l'état de santé des aidants :

- la réduction du temps de travail, ce qui est le cas pour de nombreux aidants en activité, pose la question de leur niveau futur de retraite ainsi que leur capacité ultérieure à financer leurs propres besoins d'aide,
- l'exercice de ces deux activités s'effectue au détriment du temps consacré à la famille ou aux loisirs,
- la pénibilité et le stress liés à la tâche génèrent des risques accrus de troubles psychiques ou de dépression, plus présents chez les aidants de patients déments qui nécessitent davantage de soins,
- le risque ultime est que les aidants, particulièrement les conjoints, accélèrent leur propre entrée dans la dépendance en négligeant leur propre santé. On évalue à 30 % le nombre d'aidants qui décèdent avant la personne à charge pour cause de burn out.

**> L'offre en solutions de répit : des capacités satisfaisantes, mais des enjeux en termes d'organisation et de couverture territoriale**

Les solutions de répit regroupent les places d'hébergement temporaire au sein des établissements médico-sociaux et les places en accueil de jour. Elles s'adressent à des personnes vivant à domicile.

- L'hébergement temporaire : des résultats mitigés malgré des capacités globalement satisfaisantes

L'hébergement temporaire est une solution de secours qui permet à une personne âgée d'être accueillie au sein d'un établissement médico-social lorsque son maintien à domicile est provisoirement compromis : travaux dans la maison, transition entre une hospitalisation et le retour à domicile, hospitalisation ou vacances des aidants... Sa durée ne peut excéder 90 jours par an (en un ou plusieurs séjours).

Au 1er septembre 2011, 109 lits sont installés, dédiés à l'hébergement temporaire. Depuis 2004, cette offre a augmenté de 15 lits, et 52 places supplémentaires seront installées d'ici 2015.

L'objectif de diversification de l'offre d'hébergement au sein des établissements dans le cadre du schéma gérontologique 2006-2011 a favorisé le développement quantitatif de cette offre : tous les bassins de vie disposent d'une offre en hébergement temporaire, et le taux d'équipement départemental de 1,9 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus est plus favorable que la moyenne métropolitaine (1,7%). Néanmoins, les résultats sont mitigés : cette offre est très morcelée (beaucoup d'établissements ne proposant qu'une ou deux places), et de ce fait à la fois très mal identifiée par les personnes âgées, les familles voire les professionnels et difficile d'accès dans les situations d'urgence et pour les personnes en perte d'autonomie.

Le site de Beblenheim constitue la première expérimentation dans le Haut-Rhin d'une nouvelle organisation de l'offre en matière d'hébergement temporaire : 17 places ont été regroupées au sein d'un même établissement. Ce regroupement permet de dédier une équipe à cette activité et de développer un projet. L'enjeu pour les années à venir passe probablement par la réorganisation de cette offre au sein d'unités conséquentes. La logique de proximité qui prime pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes apparaît moins pertinente pour le développement de l'offre en hébergement temporaire.

- L'accueil de jour : des capacités importantes, mais une demande qui reste forte

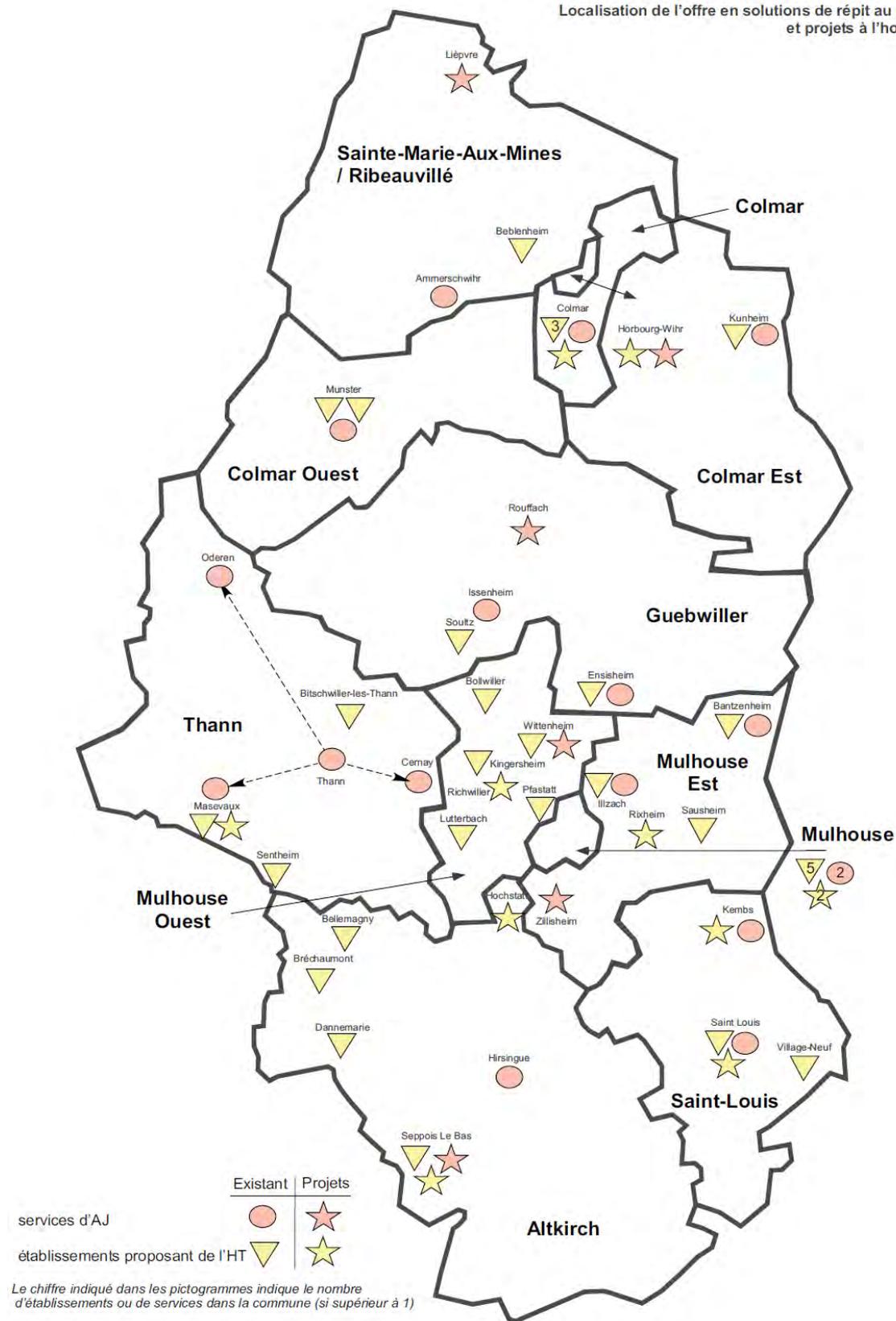
L'accueil de jour permet la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans un cadre convivial. Ce service couvre uniquement la journée. Dans le département du Haut-Rhin, deux formules coexistent : accueil de jour rattaché à un EHPAD ou organisé de manière autonome.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, 174 places sont disponibles en accueil de jour (119 en structures autonomes, et 55 au sein de structures annexées). Depuis 2004, cette offre a augmenté de 64 places, et 68 seront encore installées d'ici 2015 soit au total une création de 132 places supplémentaires. Comme les places ne sont pas occupées par la même personne tous les jours de la semaine ce dispositif profite à un nombre plus important de personnes.

Sur cette offre également, la situation haut-rhinoise se caractérise par un taux d'équipement important (3,0 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus), plus favorable que la moyenne métropolitaine (1,9 ‰). La demande est néanmoins très forte, et l'amélioration de cette offre au bénéfice des personnes âgées et de leur famille passe par la recherche d'une meilleure proximité entre les services et le domicile des personnes âgées et de leur famille. En 2013, tous les bassins de vie sont ou seront couverts par au moins un service d'accueil de jour.

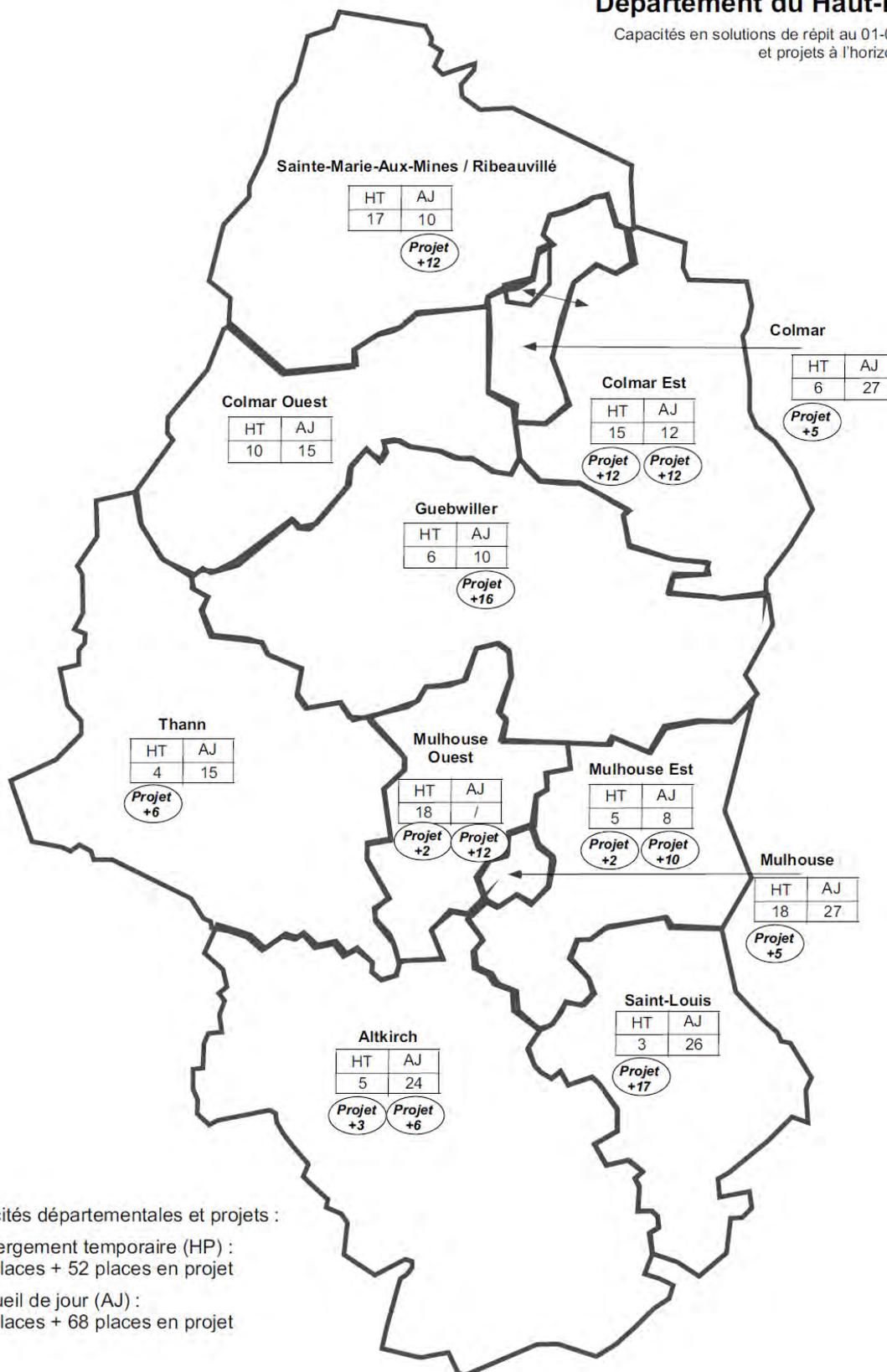
## Département du Haut-Rhin

Localisation de l'offre en solutions de répit au 01-09-2011  
et projets à l'horizon 2016



## Département du Haut-Rhin

Capacités en solutions de répit au 01-09-2011  
et projets à l'horizon 2016



Capacités départementales et projets :

- hébergement temporaire (HP) :  
109 places + 52 places en projet
- accueil de jour (AJ) :  
174 places + 68 places en projet

Par ailleurs, dans le cadre de la politique de soutien des aidants, les aidants familiaux accompagnant des malades d'Alzheimer ou souffrant de troubles apparentés pourront à terme s'appuyer sur une nouvelle offre : les plateformes d'accompagnement et de répit des aidants, au sein des structures d'accueil de jour.

Ces dispositifs ont pour vocation de repérer et d'accompagner les aidants s'occupant d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie (mesure 1b du Plan Alzheimer). La création de 3 plateformes est prévue en Alsace, d'ici fin 2012, dans le cadre d'un appel à candidature lancé par l'ARS, en 2011.

## 1 - S'appuyer sur le développement des plateformes de répit pour organiser l'aide aux aidants sur un territoire, aux côtés de l'ARS

Le rôle des aidants est primordial dans le soutien à domicile des personnes âgées dépendantes. Structurer une politique départementale est ainsi une priorité du schéma gérontologique, en cohérence avec les orientations de l'ARS, pour prévenir les conséquences découlant du rôle des aidants et les soutenir dans l'exercice de ce rôle.

Cette politique a pris différentes formes mises en œuvre de diverses manières selon les territoires, parmi lesquelles on compte notamment :

- l'information et la formation des aidants,
- des dispositifs spécifiques d'accompagnement des aidants : soutien psychologique individuel, réunions publiques d'information, réunion d'échanges entre familles, groupes de parole animés par un psychologue, groupes de discussions pour les familles, café des aidants...,
- des dispositifs de répit : accueil de jour, hébergement temporaire, séjours de vacances aidants-aidés,
- des dispositifs innovants : répit à domicile (« balluchon »), garde itinérante de nuit.

On le sait désormais, le « répit » seul n'a pas fait la preuve de son efficacité sur le fardeau, la dépression, l'anxiété et la santé en général de l'aidant (en accueil de jour, en hébergement temporaire, en institution ou à l'hôpital). Les interventions multidimensionnelles, telles que présentées ci-dessous, comprenant outre le « répit », soutien, conseil, éducation et information ont montré des résultats plus positifs sur ces mêmes variables.

### Palette de l'offre en matière d'aide aux aidants :

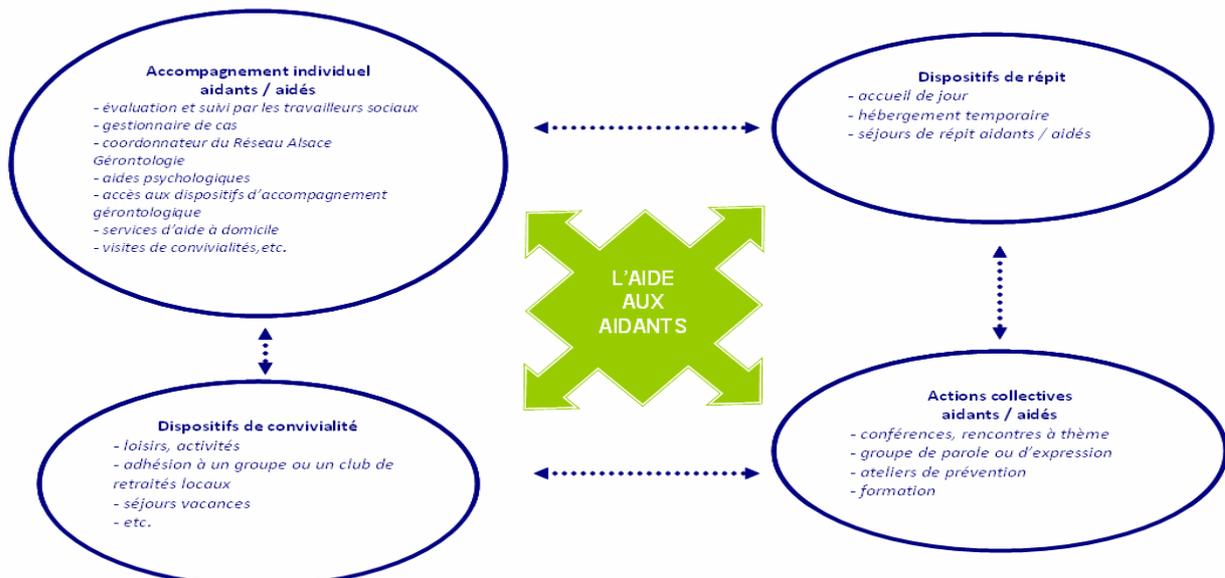


Schéma réalisé dans le cadre d'une étude menée par MSA Services Alsace pour le CLIC Thur Doller.

Le rapport d'activité 2011 de la CNSA, adopté le 17 avril 2012, s'intéresse dans sa partie prospective aux aidants familiaux et formule 21 mesures pour améliorer leur situation. Parmi celles-ci, la mesure n°14 vise à sécuriser et pérenniser des dispositifs de plateformes d'accueil, d'accompagnement et de répit différenciés en étendant leur périmètre à tous les aidants et en s'assurant de leur déploiement en proximité sur tout le territoire.

De son côté l'ARS confirme dans son schéma (orientation n°2.6) son souhait d'améliorer l'information aux aidants, de développer une palette complète pour les aidants conjuguant dispositifs de soutien et solutions de répit adaptées et de mieux repérer les aidants et prévenir leur épuisement.

En cohérence avec ces préconisations et dans l'attente d'une plus grande clarté des rôles attribués aux pouvoirs publics (ARS-Etat-Conseils Généraux) le Conseil Général du Haut-Rhin estime nécessaire de s'appuyer sur les plateformes de répit déployées par l'Agence Régionale de Santé d'Alsace pour améliorer l'organisation des acteurs locaux et aboutir à des réponses de proximité. Cet accompagnement du Conseil Général prendrait la forme d'une participation active tant d'un point de vue opérationnel que stratégique, aux côtés de l'ARS, à la définition de leurs actions au sein des territoires. L'objectif étant de garantir une cohérence et une articulation avec les missions des autres acteurs de l'information et de la coordination, des MAIA notamment, pour que cette offre s'adresse à l'ensemble des aidants.

## **2 – Mieux organiser les solutions de répit**

Le développement des solutions de répit constitue un outil indispensable pour le maintien à domicile des personnes âgées et de leurs aidants. Il offre en effet des solutions de répit indispensables aux aidants pour prévenir les situations complexes : épuisement de l'aidant, risque de maltraitance...

Ce développement suivra les lignes directrices suivantes :

### **> Faire de l'hébergement temporaire un véritable maillon du parcours de vie de la personne**

L'offre d'hébergement temporaire sera organisée à l'échelle de chaque territoire, en cohérence avec le Plan régional de santé de l'ARS (« Structurer l'offre existante pour une meilleure continuité de prise en charge : développer l'accueil de jour, structurer l'accueil en hébergement temporaire »). Des périmètres et des niveaux d'équipement cibles seront définis. Le cas échéant, il sera procédé à des regroupements d'unités d'hébergement temporaire au sein d'un territoire pour améliorer leur fonctionnement et remédier à la dispersion des places qui nuit à une bonne organisation de l'offre.

Outre les regroupements, des créations de places d'hébergement temporaire pourront être envisagées dans la mesure des moyens inscrits au PRIAC et des possibilités financières du Département.

La lisibilité sur l'offre d'hébergement temporaire sera améliorée : seront donc mis à la disposition des usagers et des professionnels un recensement de l'offre existante, des éléments d'information relatifs au coût total et au reste à charge pour la personne, aux aides financières possibles, aux disponibilités des lits et places à l'échelon territorial.

La question de l'accueil d'urgence, sous-jacente à celle de l'hébergement temporaire, fera l'objet d'une réflexion à partir des résultats des travaux en cours sur le territoire de Mulhouse.

### **> Poursuivre le développement des Accueils de jour**

La création de places d'accueil de jour pourra se poursuivre, dans la mesure des moyens dégagés dans le cadre des PRIAC et des possibilités pour les finances départementales d'accompagner ce mouvement.

Tous les bassins de vie étant desservis, les territoires prioritaires sont ceux où le taux d'équipement est faible.

Sera également étudiée l'opportunité d'expérimenter une offre d'accueil de nuit en EHPAD, cette piste étant également retenue dans le SROMS (priorité 2.4), en tenant compte des expérimentations menées dans d'autres régions, permettant de valider l'intérêt de la démarche (expression et qualification du besoin, conditions matérielles et financières d'organisation de l'offre...

## ORIENTATION V : ORGANISER L'OFFRE EN ETABLISSEMENT

### Rappel de l'état des lieux – Caractéristiques de l'offre en hébergement et des personnes âgées en établissement

#### > Les différentes offres d'hébergement

OFFRE D'EQUIPEMENT	RESIDENCE SERVICE	LOGEMENT-FOYER	PETITE UNITE DE VIE	ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES (EHPA)	ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)	UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD)
<b>PUBLIC ACCUEILLI</b>	Valide	Valide et dépendant (en nombre limité)	Valide et dépendant	Valide et dépendant (en nombre limité)	Dépendant	Dépendant (pathologie chronique ou polypathologie)
<b>PRESTATION OFFERTE</b>	Résidence de standing avec ou sans service d'aide à domicile associé	Logement autonome assorti d'équipements ou services à caractère facultatif	< 25 lits Présence de personnel en continu Restauration complète Interventions extérieures	Prise en charge globale hébergement, repas, animation, présence constante, soin externe	Prise en charge globale hébergement, repas, animation, présence constante et soins	Prise en charge globale hébergement, repas, animation, présence constante + surveillance médicale continue
<b>QUI AUTORISE</b>	Libre entreprise Promoteur immobilier	PCG*	PCG et ARS (si forfait soins)	PCG*	PCG* et ARS**	PCG* et ARS**
<b>SOLVABILISATION DE LA DEPENDANCE</b>	APA à domicile	APA à domicile		APA à domicile	APA en établissement sous forme de dotation globale	APA en établissement sous forme de dotation globale

\* PCG : Président du Conseil Général

\*\* ARS : Agence Régionale de Santé

Le recours à l'institution présente la spécificité d'être plus élevé dans le Haut-Rhin (et plus généralement en Alsace) que dans les autres départements : au 1<sup>er</sup> janvier, il représente 5,2 % des personnes de 60 ans et plus et 10,8 % des 75 ans et plus, quand la moyenne métropolitaine s'établit respectivement à 4,7 et 9,5 %. Le Haut-Rhin dispose en effet d'une offre en établissements supérieure à la moyenne, tandis que l'état de santé des personnes âgées y est plus dégradé.

#### > Une formule alternative : l'accueil familial

Cette formule d'accueil, à mi-chemin entre l'accueil en établissement et la vie à domicile est réglementée. Il s'agit d'un dispositif mixte permettant l'accueil de personnes âgées ou handicapées. Des personnes agréées par le Président du Conseil Général peuvent, moyennant rémunération, accueillir à leur domicile des personnes âgées ou handicapées et leur offrir un cadre de vie sécurisant et chaleureux. Il permet à l'accueillant d'exercer son activité dans un cadre légal et offre aux accueillis la garantie d'être hébergés dans de bonnes conditions et de bénéficier d'un suivi médico-social. L'agrément est limité à l'accueil de 3 personnes maximum. Ce dispositif, qui demande une gestion soutenue, reste évolutif dans sa conception et son organisation.

Fin 2011, 41 familles étaient agréées dans le Haut-Rhin pour une capacité d'accueil de 64 places, et 46 personnes effectivement accueillies.

Il est à noter que jusqu'en 2006, la majorité des accueillants étaient des anciens assistants familiaux agréés au titre de l'aide sociale à l'enfance, qui souhaitaient continuer l'accueil de l'enfant handicapé devenu adulte. A partir de 2007, un nouveau profil d'accueillants a intégré ce dispositif : des personnes souhaitant offrir une vie familiale à autrui tout en ayant une activité rémunérée à domicile.

A ce jour, la majorité des personnes accueillies sont des personnes handicapées. Les demandes concernant des personnes âgées sont peu nombreuses et concernent des personnes très dépendantes souvent au-delà des limites de ce dispositif.

### > **Des capacités d'accueil en établissement en augmentation**

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, l'offre d'hébergement des personnes âgées dans le Haut-Rhin repose sur 89 établissements médico-sociaux, selon les modalités de prises en charges suivantes :

- 71 EHPAD,
- 9 USLD,
- 2 EHPA,
- 3 MARPA
- 4 Petites Unités de Vie.

Par ailleurs, dans le cadre du schéma gériatrique 2006-2011, 5 EHPAD supplémentaires sont programmés et seront encore créés d'ici 2015, pour une capacité totale de 393 places : à Seppois-le-Bas, Waldighoffen, Kembs, Horbourg-Wihr et Richwiller. Plusieurs établissements bénéficieront d'une extension conséquente de leurs capacités d'hébergement : la maison de retraite « Œuvre Schyrr » (Hochstatt, +28 places), la maison de retraite « le Séquoia » (Illzach, +12 places), la Maison d'Accueil du Diaconat (Colmar, +53 places), la Maison du Lertzbach (Saint Louis, +23 places), et le Centre Hospitalier de Pfastatt (+14 places).

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, la capacité totale en hébergement permanent est ainsi de 6 738 places, à laquelle s'ajoutent 109 lits d'hébergement temporaire. La mise en œuvre du schéma gériatrique 2006-2011 prévoyait un développement et une diversification de l'offre en hébergement pour les personnes âgées. Par rapport à 2004, ce sont 740 places supplémentaires qui sont financées :

- 204 places en hébergement permanent ont déjà été créées et installées,
- 536 places supplémentaires sont programmées et seront progressivement installées d'ici 2015.

Rapporté à l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus, le taux d'équipement du département en lits médicalisés (places en EHPAD et USLD) atteint ainsi 113 places pour 1000 personnes au 1<sup>er</sup> septembre 2011. Ce taux est à comparer avec celui de la France métropolitaine disponible au 1<sup>er</sup> janvier 2011 : 103 ‰, qui positionne le département du Haut-Rhin à la 49<sup>e</sup> place (sur 96) des départements les mieux dotés en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

A l'échelle des bassins de vie, la situation apparaît davantage contrastée. Le bassin de vie de Sainte Marie aux Mines - Ribeauvillé est, de loin, le secteur le mieux doté du département (taux d'équipement de 217 ‰). Inversement, les bassins de vie situés au sud du département (à l'exception de la Ville de Mulhouse) et le bassin de vie de Colmar Est constituent les secteurs les moins bien lotis (taux d'équipement compris entre 68 et 87 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus). Les 5 autres bassins de vie sont bien dotés, avec des taux d'équipement supérieurs à 113 ‰.

Malgré la création de 740 places entre 2004 et 2015, le taux d'équipement connaît une baisse continue : de 126 places pour 1000 en 2004, il devrait s'établir à 105 ‰ en 2016. Cette évolution s'explique par le vieillissement de la population du département, avec l'augmentation continue et importante du nombre de personnes de 75 ans et plus (+9 600 personnes entre 2008 et 2016). Cette évolution est à nuancer à double titre. D'abord, parce que cette baisse s'observera sur l'ensemble du territoire métropolitain. Il sera

donc intéressant d'observer dans le temps comment notre département se situe. Ensuite, parce qu'à l'échelle des bassins de vie, l'un des objectifs du schéma 2006-2011, à savoir le rééquilibrage de l'offre au bénéfice des zones déficitaires sera partiellement atteint avec un écart entre les bassins de vie les mieux et les moins bien dotés qui se réduira, passant de 157 points en 2004 à 112 en 2016.

L'objectif d'une répartition équilibrée de l'offre sur le territoire est particulièrement important dans la mesure où la situation géographique est le critère prioritaire de sélection des résidents et des proches, comme l'indiquent les résultats d'une enquête DREES :

Sur quels critères avez-vous sélectionné ce ou ces établissements ?

	Point de vue du résident	Point de vue des proches
La situation géographique	48%	69%
La bonne réputation	33%	33%
Le délai d'attente	7%	17%
L'adaptation à l'état de santé	8%	14%
Le coût	3%	13%
Services et commerces	6%	5%
Autres critères	9%	1%

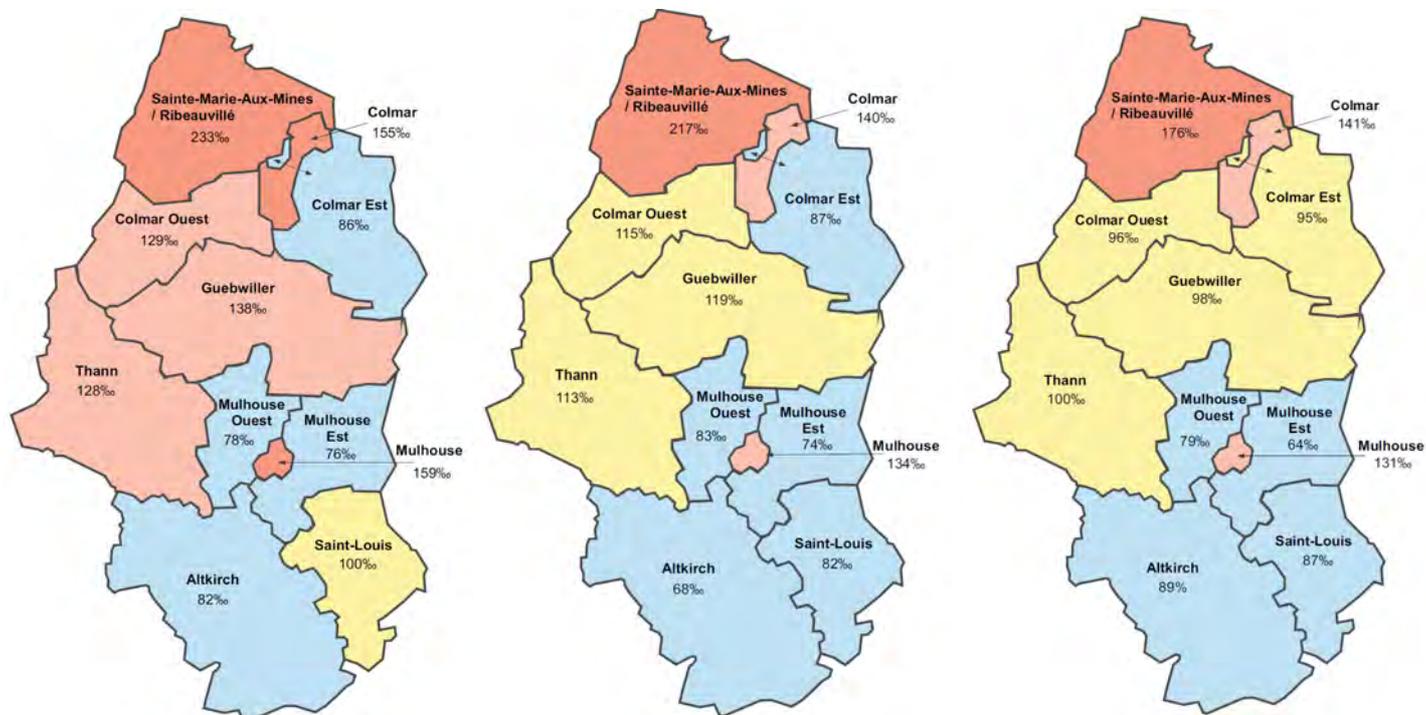
Source : dossier solidarités et santé N° 18 (DREES, 2011) : « la vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches »

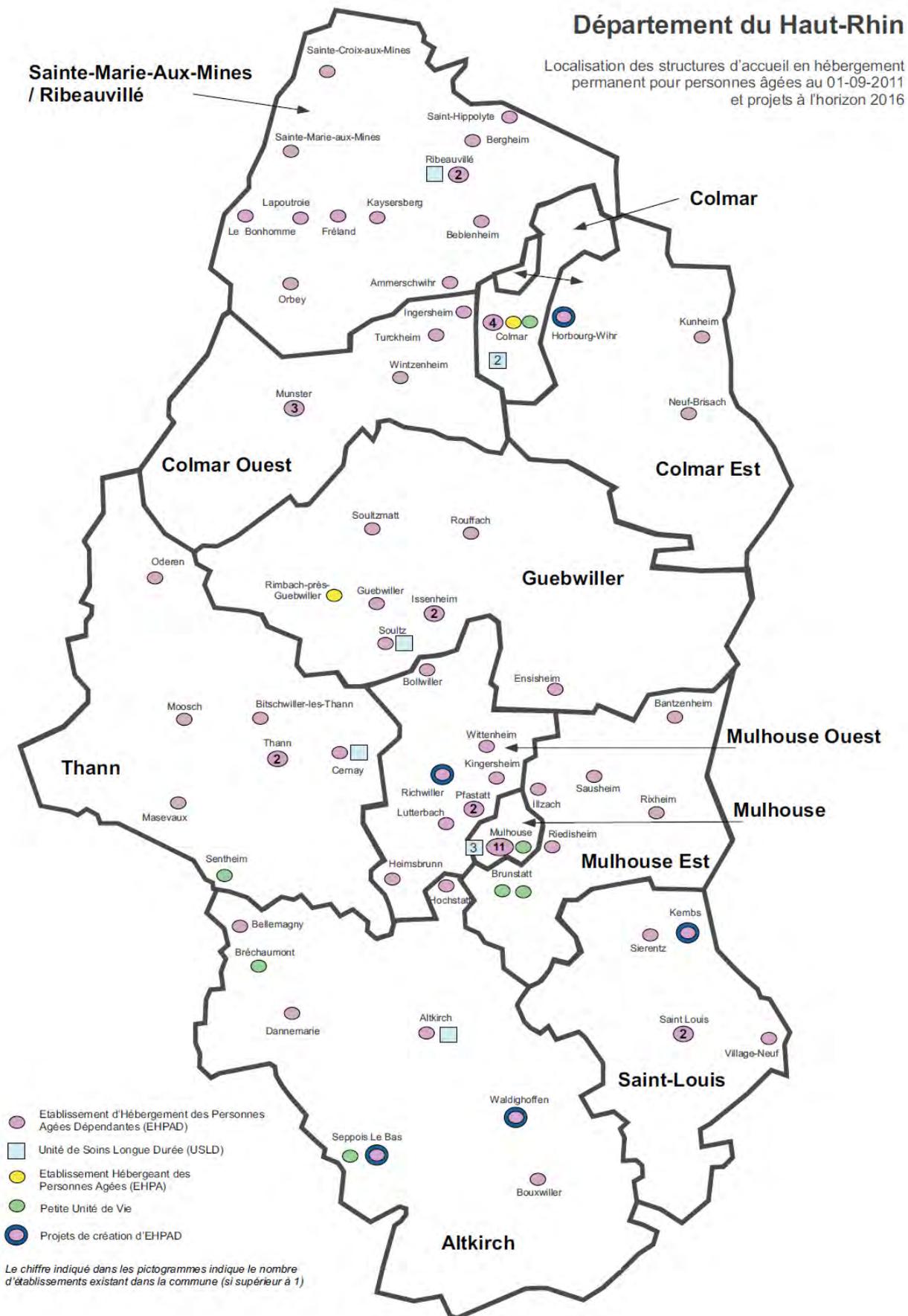
Evolution du taux d'équipement départemental en lits médicalisés :

2004 : 127‰

2011 : 113‰

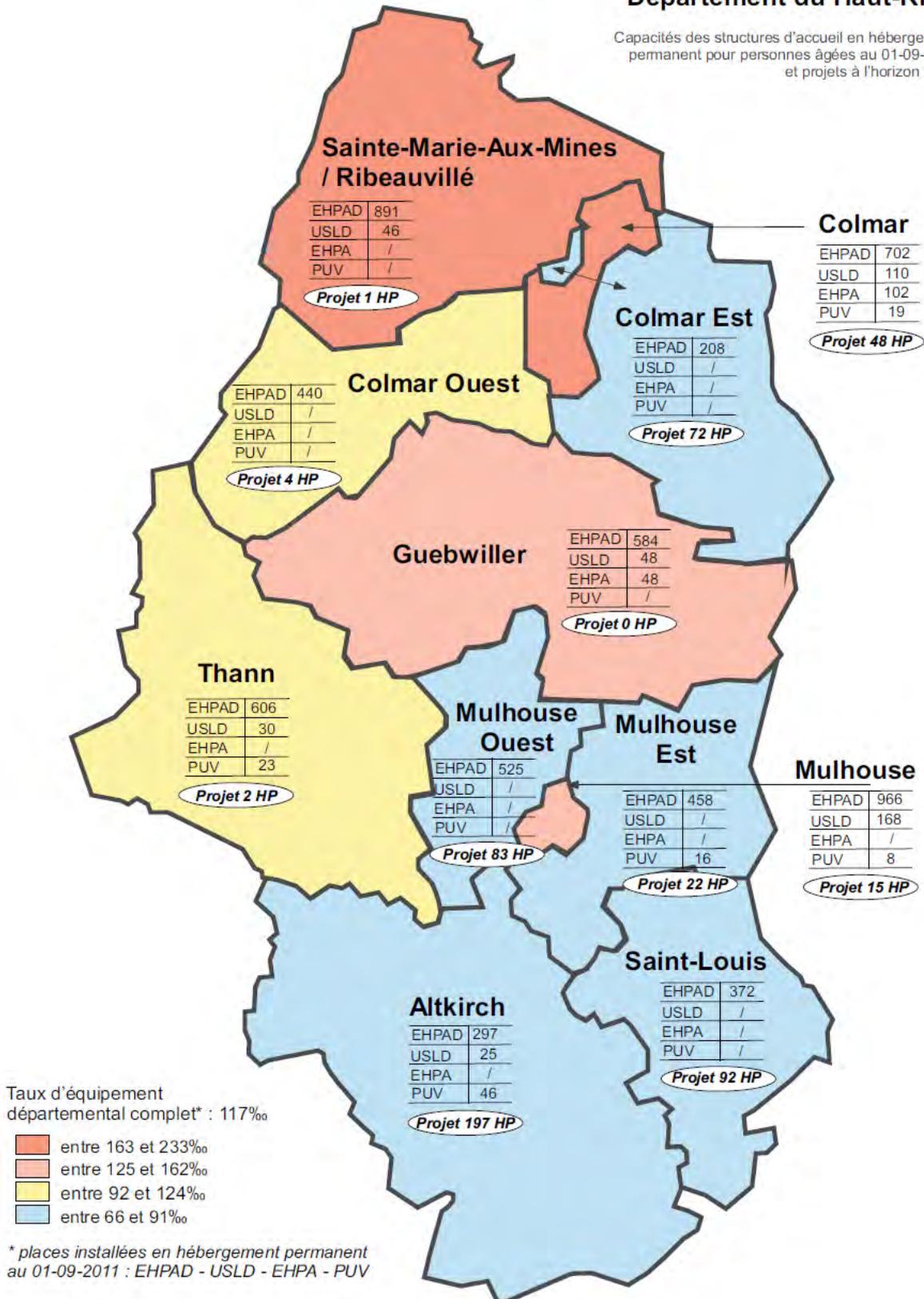
2016 : 105‰





## Département du Haut-Rhin

Capacités des structures d'accueil en hébergement permanent pour personnes âgées au 01-09-2011 et projets à l'horizon 2016



> **L'offre spécialisée Alzheimer : une offre en fort développement, et qui se diversifie**

Au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes, trois dispositifs permettent une prise en charge spécifique des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés :

- les Unités de Vie Protégée (UVP), qui proposent une prise en charge adaptée dans un espace spécifiquement aménagé, adapté aux troubles cognitifs et sécurisé ,
- les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) qui proposent, sur un même lieu, l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour les résidents ayant des troubles du comportement sévères,
- les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) qui fonctionnent comme un accueil de jour interne aux établissements. Des activités sociales, ludiques et thérapeutiques sont proposées durant la journée aux résidents ayant des troubles du comportement modérés.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, 317 places permettent une prise en charge adaptée (UVP et UHR), ainsi que 28 places en journée dans les PASA. Dans le cadre de la mise en œuvre des orientations du schéma gériatrique 2006-2011, 319 places supplémentaires vont être installées (UVP et UHR), ainsi que 182 places en PASA.

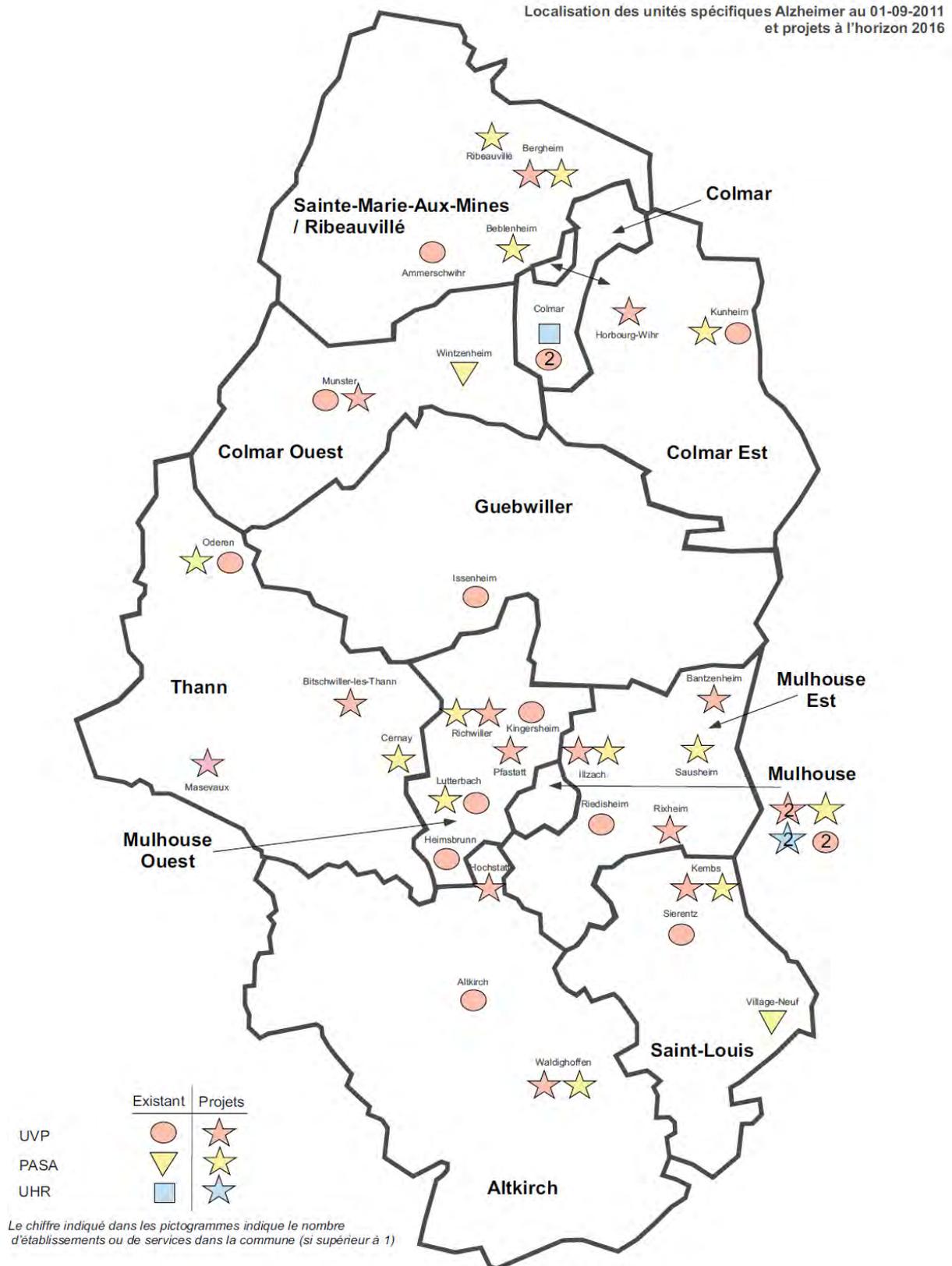
Actuellement, la formule de prise en charge des malades Alzheimer en établissement la plus répandue est l'UVP (avec 302 places au 1<sup>er</sup> septembre 2011). D'ici 2015, cette solution restera le pilier de la prise en charge spécifique Alzheimer, avec des capacités qui vont presque doubler. De plus, l'offre au sein des établissements bénéficiera d'une nette diversification avec un effort très important de développement des PASA. D'ici 2015, 8 bassins de vie sur 11 disposeront de PASA sur leur territoire (contre seulement deux actuellement).

Le taux d'équipement en hébergement spécifique Alzheimer (places en UVP et UHR) progressera sensiblement, passant de 5,4 à 8,8 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus entre 2011 et 2016. L'hébergement spécifique (UVP et UHR) qui représente actuellement 5 % des lits en EHPAD et USLD, verra sa part quasiment doubler pour atteindre 9 % en 2016.

Dans cette tendance, le bassin de vie de Guebwiller se distingue : malgré des capacités limitées (26 places en UVP en 2011), aucun projet n'est prévu sur ce territoire.

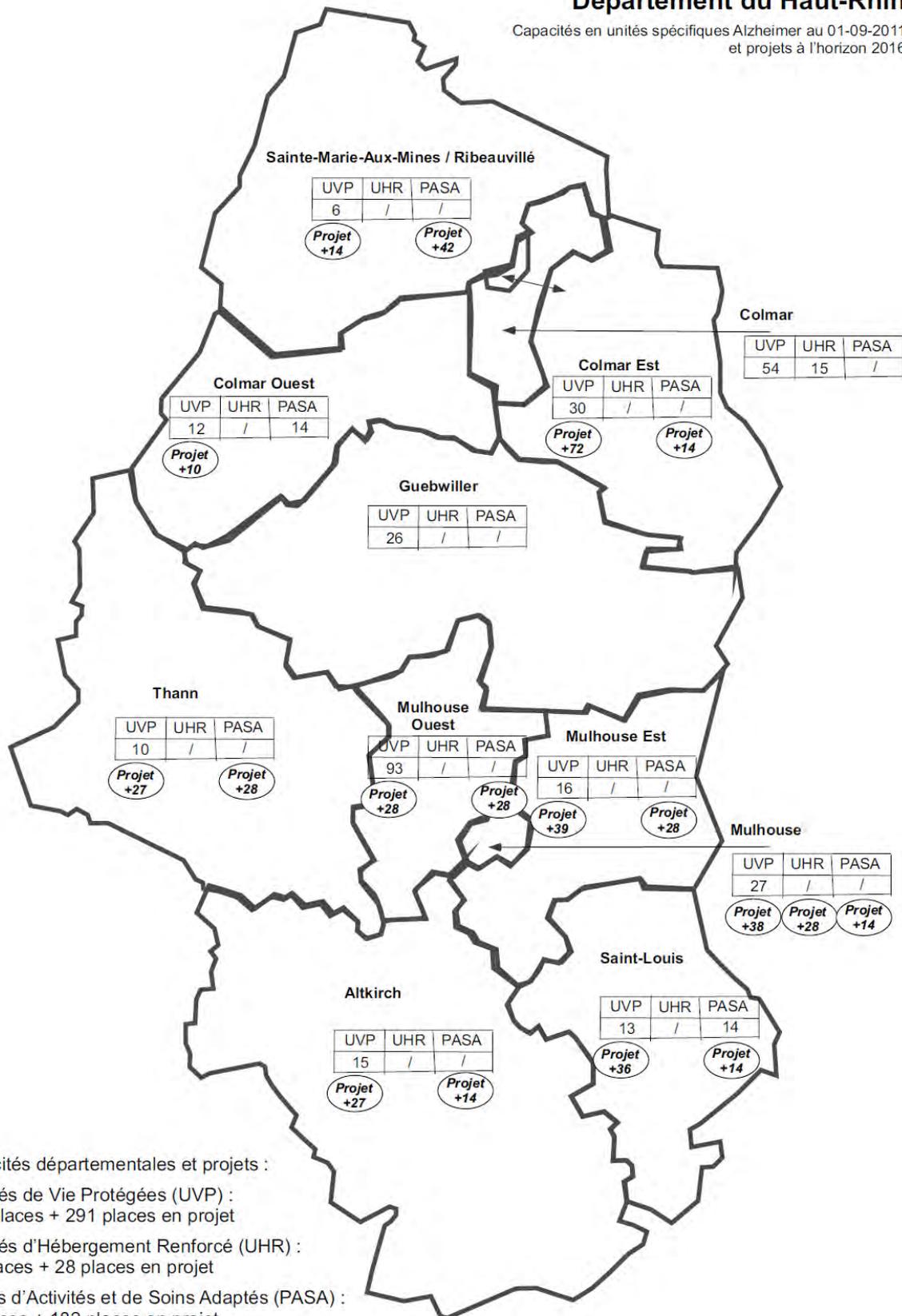
## Département du Haut-Rhin

Localisation des unités spécifiques Alzheimer au 01-09-2011  
et projets à l'horizon 2016



## Département du Haut-Rhin

Capacités en unités spécifiques Alzheimer au 01-09-2011  
et projets à l'horizon 2016



## > Qualité architecturale des établissements : un effort important en matière de rénovation

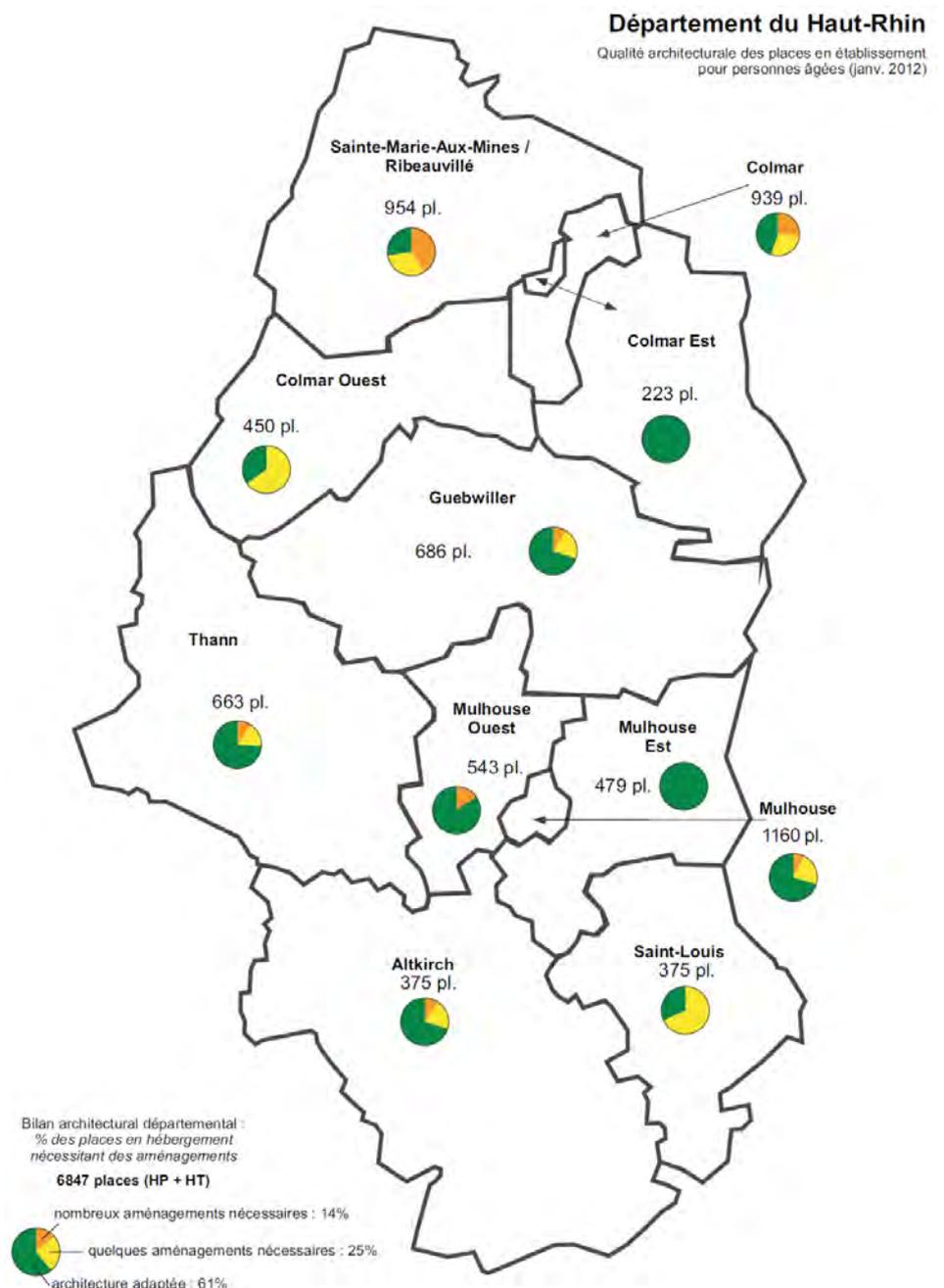
Le Conseil Général est engagé, depuis de longues années, dans un programme d'aide à l'investissement à caractère facultatif, destiné à soutenir financièrement les opérations de construction et de réhabilitation lourdes. Cette politique a pour principal objet de faciliter la modernisation des équipements et d'en limiter les effets pour les résidents sur l'augmentation des prix de journée : l'aide du Conseil Général permet ainsi de réaliser une économie moyenne de 4 € par jour soit 120 € par mois.

Les 73 établissements, regroupant les EHPAD, USLD et EHPA sont répartis sur 86 sites.

La qualité architecturale est en nette amélioration, puisqu'entre octobre 2009 et janvier 2012 le nombre de sites présentant un bilan architectural satisfaisant est passé de 47 à 68 : 10 sites ont été rénovés, et 9 sont actuellement en travaux. En janvier 2012, 15 réhabilitations restent à financer.

Rapportée aux capacités des équipements concernés, la situation architecturale est la suivante :

- 61 % des places sont installées dans des bâtiments bénéficiant d'une architecture adaptée,
- 25 % dans des bâtiments nécessitant quelques aménagements,
- les bâtiments qui nécessitent de nombreux aménagements prioritaires concernent 14 % des places.



## > Les aides en établissement : APA et aide sociale

- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Au 31 décembre 2011, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement concerne 6 077 bénéficiaires (droits ouverts), soit 10 % des 75 ans et plus. Chaque EHPAD se voit fixer individuellement par le Conseil Général trois tarifs dépendance calculés en fonction des charges liés à la perte d'autonomie de ses résidents :

- un tarif dépendance lourde GIR 1/2 de 19,53 €\* jour en moyenne
- un tarif dépendance moyenne GIR 3/4 de 12,34 €\* jour en moyenne
- un tarif autonome GIR 5/6 de 5,21 €\* jour en moyenne

\* tarif dépendance 2011

L'APA est versée sous forme de dotation globale aux établissements pour couvrir les tarifs dépendance en laissant à la charge des personnes, dépendantes ou autonomes, le montant du tarif 5/6 appelé « ticket modérateur autonomie ». Ce ticket modérateur vient en sus du tarif hébergement, l'addition de ces deux éléments constituant le reste à charge.

Nombre et répartition des bénéficiaires de l'APA en établissement, par niveau de dépendance au 31/12/2011 dans le Haut-Rhin :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
1 693	2 271	962	1 151	6 077
28%	37%	16%	19%	100%

Source : PAS, CG 68

- L'aide sociale

En 2012, le reste à charge moyen (soit le cumul du prix de journée et du ticket modérateur) des EHPAD du Haut-Rhin est de 59,12 € jour (contre 57,97 € en 2011), soit 1 803 € par mois. Ce reste à charge peut faire l'objet d'une prise en charge par l'aide sociale à l'hébergement du département. Cette aide n'intervient qu'à la condition que les personnes tenues à l'obligation alimentaire au titre du code civil ne puissent apporter une aide partielle ou totale envers leurs créanciers alimentaires.

En 2011, 19 % des résidents bénéficient de l'aide sociale pour acquitter leurs frais d'hébergement. Ce chiffre est stable depuis 2004. On constate cependant d'assez fortes variations de ce pourcentage d'un établissement à l'autre et sans corrélation entre le niveau du prix de journée et le nombre de bénéficiaires de cette aide. Parmi les bénéficiaires environ 30 % ont été admis à cette prestation en sollicitant par ailleurs l'aide des obligés alimentaires qui s'acquittent en moyenne d'une contribution mensuelle de 115 €.

## 1 - Rapprocher l'offre et la demande en établissements, par une meilleure connaissance de la disponibilité des places et de l'état de la demande en temps réel

La question des listes d'attente en EHPAD et de leurs modalités de gestion constitue une autre priorité de ce schéma gériatrique.

Dans un souci de lisibilité et d'amélioration de l'offre de service pour l'utilisateur et sa famille, il sera envisagé l'expérimentation dans le secteur des Trois Frontières et du Sundgau d'un système d'information et de gestion des listes d'attente en EHPAD. L'expérimentation d'un outil sur un site pilote qui présente l'avantage de l'ouverture d'un grand nombre de lits d'EHPAD permettra de vérifier, avant généralisation, si les objectifs d'un tel outil sont atteints en particulier :

- des démarches facilitées pour le public tout en respectant les choix des personnes,
- l'homogénéisation des pratiques en matière de gestion des listes d'attente,
- la possibilité pour un maximum de partenaires du réseau d'adressage vers un EHPAD de faire usage de cet outil et d'en tirer des bénéfices (hôpitaux, établissements médico-sociaux, usagers, professionnels médico-sociaux),
- une plus grande fiabilité dans la mesure de la nature et de la pression des demandes d'entrée en EHPAD sur un territoire.

## 2 - Renforcer la connaissance des EHPAD par les familles et le grand public

Malgré des efforts conséquents ces dernières années, en particulier grâce aux journées portes ouvertes initiées par le CODERPA, les représentations des EHPAD aux yeux des usagers et des familles cristallisent une image encore très éloignée de la réalité.

Afin de « dédramatiser l'attente » d'une éventuelle entrée en EHPAD, le niveau d'information à destination du grand public concernant ces établissements et l'offre de services qui y est adossée sera amélioré. Cette communication portera sur la valorisation des efforts réalisés par les EHPAD depuis une dizaine d'années en termes de qualité d'accompagnement, de professionnalisation des équipes, d'adaptation du bâti, d'équipement des locaux, etc.

Les modalités de ces campagnes de communication seront à définir et pourront le cas échéant associer nos partenaires financiers.

## 3 - Soutenir le développement des UVP et PASA dans chaque territoire pour éviter le déracinement résidentiel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Au sein des EHPAD, plusieurs modalités de prise en charge ont été développées pour répondre aux spécificités de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés :

- les **Unités de Vie Protégées (UVP)** proposent un accueil adapté pour les personnes déambulantes, dont la prise en charge nécessite un niveau de sécurité renforcé, un projet de vie et de soins spécifique, et des locaux adaptés,
- les **Unités d'Hébergement Renforcé (UHR)** sont dédiées aux résidents ayant des troubles sévères du comportement et offrent un accueil nuit et jour sous forme de petites unités qui sont à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités,
- les **Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)**, quant à eux, fonctionnent la journée et proposent aux résidents ayant des troubles du comportement modérés des

activités sociales et thérapeutiques au sein d'espaces de vie spécialement aménagés, bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.

En cohérence avec le SROSMS de l'Agence Régionale de Santé Alsace, et dans le cadre du Plan Alzheimer, il s'agira de développer les PASA et UVP dans chaque territoire, en priorité au sein d'un ou plusieurs établissements de références disposant des capacités d'adaptation architecturale nécessaire à la mise en place d'une UVP notamment. Afin de favoriser la continuité de la prise en charge, les établissements dotés d'une UVP devront prendre en charge les résidents atteints de troubles sévères d'abord au sein de cette unité. L'UHR ayant vocation à recruter des personnes venant d'EHPAD sans UVP, ou en situation d'échec de la prise en charge en UVP pour les EHPAD qui en sont dotés.

## **4 - Réfléchir aux réponses à construire pour les personnes âgées présentant des troubles psychiques et les personnes handicapées vieillissantes accueillies en EHPAD**

### **a) Les personnes âgées présentant des troubles psychiques**

Les EHPAD accueillent une proportion croissante de personnes âgées présentant des troubles psychiques sans que les équipes soient formées aux spécificités de prise en charge de ce public et en l'absence de relais externes. En effet, au sein des établissements les personnels peuvent être mis en difficulté par des troubles importants du comportement. D'autre part, la prise en charge de cette problématique, chez des personnes âgées, par les structures sanitaires psychiatriques est peu satisfaisante, tant à domicile qu'en établissement. A ce titre, le PRS inscrit comme priorité le développement d'unités mobiles de psychiatrie gériatrique, et préconise également une meilleure coordination entre les acteurs sanitaires (établissements psychiatriques) et médico-sociaux (EHPAD).

Autre public cible : les personnes souffrant de troubles neurocognitifs d'origine toxique pour lesquels une prise en charge à domicile est impossible. Le SROSMS dans son volet « Personnes souffrant d'addiction » préconise « l'accueil dans une structure médico-sociale la plus appropriée [...] qui devrait répondre aux exigences suivantes : assurer un hébergement à long terme, dans des conditions favorables au maintien de l'abstinence, avec une aide pour les actes de la vie courante et une prise en charge médicale, paramédicale, neuropsychologique et éducative visant à surveiller l'évolution des troubles et à maintenir les capacités résiduelles et le degré d'autonomie du patient ». Une réflexion sera à mener dans le cadre du schéma gériatrique pour s'assurer de la bonne mise en œuvre de ces critères.

### **b) Les personnes handicapées vieillissantes**

Dans le cadre du suivi du Schéma départemental des personnes handicapées 2009-2013, l'étude effectuée par l'Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale (OHRAS) recensait 534 résidents reconnus en situation de handicap par la MDPH au 30/09/2010 (3/4 des établissements ayant répondu à l'enquête), une quinzaine d'établissements en accueillant d'ailleurs chacun plus de 10. De nombreux EHPAD accueillent en dérogation d'âge : 60 % des personnes handicapées en EHPAD ont ainsi été admises avant l'âge de 60 ans. La création d'unités pour personnes handicapées vieillissantes au sein de ces établissements avec la création d'un projet de service spécifique à ce public permettrait d'améliorer leur prise en charge.

Compte tenu de ces priorités et des augmentations de capacité d'accueil à venir d'ici 2015, il n'est pas prévu de création de places permanentes d'EHPAD. Néanmoins, en cas de disponibilité de crédits dans le cadre du PRIAC, ils seront prioritairement affectés à des projets d'extension de capacités pour des établissements n'atteignant pas la taille critique minimale de 80 lits d'hébergement permanent.

## **ORIENTATION VI : FACILITER LE PARCOURS DES PERSONNES AGEES SUR UN TERRITOIRE**

### **1 - Mieux préparer et coordonner les sorties d'hospitalisation**

Les sorties d'hospitalisation constituent une difficulté récurrente dans la continuité de la prise en charge. Ainsi, selon les besoins de soins de la personne âgée, celle-ci pourra être orientée à la sortie de l'hôpital soit vers un retour à domicile accompagné par un SSIAD, soit vers une structure médicalisée (EHPAD, SSR). Or, il est constaté que plus la personne âgée présente une situation de polyopathologies nécessitant des besoins de soins importants, plus elle aura de difficultés à être accueillie au sein d'une structure spécialisée. Soit parce que la structure concernée ne dispose pas de place au moment de la sortie de la personne, soit parce que la structure déclare ne pas être en mesure de répondre aux besoins de soins de la personne. Il en résulte des retours à domicile contraints, sans solutions d'accompagnement adéquates, souvent pour répondre à une situation d'attente de place en EHPAD ou en SSR.

En cohérence avec le PRS de l'Agence régionale de santé, il est indispensable d'améliorer la préparation des sorties d'hospitalisation, afin d'éviter des retours à domicile contraignants et mal adaptés pour les personnes. Cela passe par de meilleures articulations et coordinations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

### **2 - Définir la place de l'EHPAD en renforçant la connaissance de la filière gériatrique par les professionnels**

Avec le développement du soutien à domicile, la place et la fonction de l'EHPAD sont aujourd'hui questionnées, et en filigrane leur avenir au sein du parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Or, l'EHPAD constitue une pièce maîtresse du dispositif de prise en charge, que ce soit en lien direct avec le domicile d'une personne (aller-retour), ou au sein d'un triptyque domicile-hôpital-EHPAD. Ces structures souffrent, outre un déficit d'image, d'un manque de connaissance de la part de ses partenaires sur ses capacités d'intervention et son positionnement dans un parcours de prise en charge.

La filière gériatrique est constituée par territoire des différentes phases de prise en charge des personnes âgées : court séjour gériatrique, soins de suite et de réadaptation gériatrique, activités de consultation et/ou de bilans gériatriques (hôpital de jour), unité mobile de gériatrie, USLD... Au sein de cette filière, les acteurs connaissent chacun leur missions et travaillent en partenariat. Cette filière travaille également en relation avec les médecins libéraux, le secteur médico-social et les structures de santé généralistes.

C'est essentiellement avec ces dernières que les relations nécessitent d'être améliorées : les services hospitaliers, par exemple, connaissent mal les possibilités de prise en charge des EHPAD, les retours en institution sont souvent trop précoces et mal préparés conduisant souvent à une ré-hospitalisation. Le SROSMS de l'Agence Régionale de Santé Alsace pose comme priorité l'amélioration du fonctionnement de ces filières.

Le schéma gériatologique partage cette priorité d'une connaissance accrue des différents acteurs qui interviennent auprès de la personne âgée et leur coordination. La difficulté d'une telle politique tient à l'écart persistant entre, d'un côté une exigence de transversalité aujourd'hui admise par l'ensemble des intervenants, de l'autre la persistance de facto de nombreux cloisonnements, avec des réglementations et des modes de financement qui diffèrent fortement, et conditionnent les pratiques professionnelles.

Entre les acteurs des soins de ville, de la prévention, les intervenants du secteur social, médico-social, ou sanitaire, la personne âgée se trouve facilement désemparée. La

transversalité doit en effet s'entendre au sens large, et permettre de dépasser un raisonnement centré sur les seules solutions sanitaires ou médico-sociales.

L'information mise en place devra permettre au corps médical de trouver des réponses concernant les fonctions de l'EHPAD, en particulier ce que l'on peut en attendre et ce que l'EHPAD n'est pas en mesure de produire.

Plusieurs leviers sont à mobiliser pour améliorer la situation :

- l'existence du Réseau Alsace Gériatologie (RAG), installé depuis 2009, constitue un atout pour le département. Il intervient lors de situations de fragilité pour fluidifier les liens entre professionnels sanitaires et médico-sociaux. Le RAG participe de la diffusion de la connaissance de la filière gériatrique, mais seulement lorsqu'il intervient. Il est donc nécessaire d'identifier des canaux complémentaires pour améliorer le niveau de connaissance des éléments constitutifs de la filière gériatrique dans le Haut-Rhin (niveau d'offre, spécificité des structures sanitaires, etc...) ;
- la mise en œuvre de la logique des guichets intégrés, développés dans le cadre des dispositifs MAIA, devraient favoriser la compréhension par les professionnels de l'offre proposée par chaque établissement (annuaires actualisés en ligne des acteurs, mise en place de formations, rencontre entre différents services...) ;
- en prolongement, la participation des EHPAD dans le soutien à domicile, en favorisant le recours à l'hébergement temporaire et à l'accueil de jour adossé à un EHPAD va progressivement positionner l'EHPAD comme un autre acteur du domicile et aider à la fluidification des parcours de vie.

### **3 - Poursuivre les partenariats intégrés pour fluidifier les passages des personnes âgées d'une structure à une autre**

L'avancée en âge, puis l'entrée en dépendance de la personne bénéficiant d'un hébergement médico-social, nécessitent une structuration de son parcours résidentiel, afin d'éviter les ruptures susceptibles de dégrader sa situation. Ainsi, lorsqu'une personne est hébergée en EHPA, ou au sein d'une Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées (MARPA) ou d'un foyer logement, le passage (le cas échéant) vers un EHPAD doit être facilité. Néanmoins, cela suppose la mise en place de partenariats concrétisés par des actions communes conduites dans le temps (et non ponctuellement lors du passage d'un établissement à un autre).

Ces partenariats existent pour une partie entre plusieurs structures. Toutefois, leur développement sera encouragé, par exemple sur la fonction animation. En effet, les EHPA/MARPA/foyer logement ne proposent pas tous une offre d'activités de loisirs/d'animation pour leurs résidents. D'un autre côté, les EHPAD disposent de personnels d'animation qui pourraient jouer un rôle de « fil rouge » entre une structure non médicalisée et un EHPAD.

Ces partenariats pourraient également couvrir d'autres champs, comme l'échange de personnels entre structures. Ceci permettrait aux personnes âgées hébergées en établissement non médicalisés de nouer des liens avec les équipes d'un EHPAD, et aux personnels d'EHPAD comme d'EHPA/MARPA/foyer logement, de se familiariser avec les environnements des personnes.

## **4 - Travailler la question des hospitalisations des résidents en EHPAD**

Lorsque leur niveau d'autonomie se dégrade, les résidents en EHPAD font souvent l'objet d'allers et retours réguliers vers l'hôpital, le plus souvent via un passage par le service des urgences. Il en résulte une accentuation du niveau de dépendance de la personne âgée et une détérioration de son état de santé. Ainsi, l'étude PLEIAD (« Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée ») présentée en 2010 par le Gériatopôle de Toulouse et conduite auprès de personnes âgées résidentes de 300 EHPAD en France, notait : « trois indicateurs de fragilité : chutes (+5 %), dénutrition (+14 %), et contention (+23 %) présentent une augmentation parallèle après une hospitalisation ». Or, si ces passages en secteur hospitalier ne sont pas toujours justifiés de plus, l'entrée par les services d'urgence pourrait être évitée si les situations étaient davantage anticipées au sein de l'EHPAD.

Cette question des hospitalisations des résidents en EHPAD pourrait faire l'objet d'un travail commun entre le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé.

## **5 - Favoriser l'intégration des EHPAD dans leur environnement et la vie du territoire**

A l'image du secteur médico-social, l'EHPAD ne peut rester isolé pour bien fonctionner. Il doit être intégré dans son environnement : intégration fonctionnelle, intégration sectorielle, et intégration territoriale.

Sera donc envisagé le développement des coopérations entre l'EHPAD et les acteurs de son territoire :

- avec les élus locaux dans une logique d'intégration à la définition de stratégies locales et territoriales. En effet, l'EHPAD représente un employeur-clé dans certains territoires. Le Conseil Général s'engagera à mieux intégrer les EHPAD dans les démarches territoriales qui seront initiées,
- avec les structures environnantes intervenant dans le secteur des personnes âgées, dans une logique d'intégration sectorielle (lien avec des SAAD, le Pôle Gériatrique, le CCAS, les associations de personnes âgées),
- avec les autres structures sociales, médico-sociales ou culturelles dans une logique d'intégration fonctionnelle : par exemple avec des structures périscolaires dans le cadre de fonction d'animation, ou avec des structures de type ESAT qui peuvent répondre à des commandes de l'EHPAD (blanchisserie, restauration, entretien des locaux, etc.).

## **ORIENTATION VII : UNE APPROCHE COMMUNE DU VIEILLISSEMENT ENTRE POLITIQUES DE L'HABITAT ET DU MEDICO-SOCIAL**

### **Rappel de l'état des lieux – Entre domicile et établissement, une offre intermédiaire à développer, mais encore mal cernée par le Conseil Général**

L'accessibilité du logement, neuf et ancien, et plus généralement le maintien en autonomie dans leur domicile des personnes vieillissantes ou en situation de handicap constituent des objectifs importants des politiques publiques.

Pour les personnes âgées, encore autonomes mais qui ont besoin d'un cadre sécurisant ou dont le logement n'est plus adapté, plusieurs gammes de logements constituent des formules intermédiaires entre le domicile et la maison de retraite : foyers logements, résidences services, ... Ces structures relèvent du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile versée par le Conseil Général pour les personnes GIR 1 à 4, ou via les aides aux ménages versées par les Caisses de retraite ou le Conseil Général pour les personnes GIR 5 et 6.

Dans le cadre de sa politique en direction des personnes âgées, le Conseil Général doit s'interroger sur son positionnement : entre la politique du soutien à domicile et celle des établissements médicalisés, quelle place laisser aux offres intermédiaires ? Quelles alternatives sont à expérimenter ? Comment favoriser la fluidité des parcours résidentiel des personnes âgées : aide pour les aménagements intérieurs et extérieurs, aide au déménagement lorsque les logements ne peuvent être adaptés ?

Une meilleure connaissance, sur chaque territoire, des logements dédiés, adaptés ou adaptables aux personnes âgées constitue également un axe d'amélioration : malgré une procédure prévoyant la délivrance d'une autorisation du Président du Conseil Général pour les logements foyers, leur identification (et donc leur recensement) apparaît incomplet. Parallèlement, les résidences services se développent sans concertation avec les autres formules, puisqu'elles ne font pas partie des établissements médico-sociaux et, à ce titre, ne sont soumises à aucune autorisation.

#### Les différentes catégories de logements intermédiaires :

##### **> Les résidences seniors**

Proposés par des bailleurs sociaux, cette catégorie de logement vise un public valide à revenus modestes. Les logements sont accessibles et adaptés au grand âge : pavillons de plein pied ou petits collectifs. Situés en centre ville, ils permettent un accès facilité aux services.

Leur implantation se fait à la demande des communes et selon les orientations définies dans le schéma départemental de l'habitat.

##### **> Les résidences services**

A l'initiative de promoteurs privés et destinés à un public valide (ou semi valides) ces résidences de standing proposent des logements adaptés au grand âge, situés en centre ville, avec possibilité d'achat et accès à des services d'aide à domicile agréés qualité proposés par le même promoteur.

Ces établissements constituent une offre nouvelle. Fonctionnant sur le même principe que les logements foyers, ce nouveau concept repose sur une gamme de services à la carte : aide à la vie quotidienne, aide administrative, blanchisserie, petits bricolages, etc. Compte tenu des tarifs, ces structures s'adressent à des publics aisés.

3 résidences se sont d'ores déjà implantées sur le département (soit 209 logements) et une quatrième est en projet (31 logements).

#### > **Les logements foyers**

Soumises à autorisation du Président du Conseil Général, ces structures s'adressent à un public valide à revenus modestes en recherche d'un logement adapté dans un cadre sécurisant, ou dépendant (dont le nombre est strictement limité par la loi).

Ces structures proposent des logements de type F1 ou F2 accessibles et adaptés au grand âge, assortis d'équipement ou de services à caractère facultatif (type salle de réunion, blanchissage, etc.). En règle générale, une gérante animatrice est présente 8 heures par jour. Un service de restauration pour le repas de midi est parfois proposé.

Ce sont les structures les plus anciennes et les plus répandues. Actuellement, tous les bassins de vie comportent au moins un foyer logement (à l'exception de Colmar Est et de Colmar Ouest), avec une capacité totale de 1 636 logements. Par ailleurs, 2 structures supplémentaires sont en projet (70 logements).

#### > **Les résidences sociales**

A destination de personnes qui rencontrent des difficultés pour se loger dans le parc immobilier traditionnel pour des raisons économiques ou sociales, les résidences sociales hébergent des publics très diversifiés (jeunes travailleurs, femmes en difficultés, travailleurs migrants, ...). Ces résidences ne proposent aucun service, mais permettent aux résidents de bénéficier d'un accompagnement social.

Confrontés à un vieillissement des publics accueillis (en particulier pour les anciens travailleurs migrants), les foyers sont progressivement réhabilités pour répondre aux nouvelles problématiques liées à l'âge, notamment les difficultés à se mouvoir.

#### > **Les Petites Unités de Vie (PUV)**

Destinées aux personnes de plus de 60 ans ne pouvant ou ne voulant plus rester seules chez elles, ces petites structures collectives ont été conçues à l'origine en alternative des institutions d'hébergement « classiques », c'est-à-dire de grande taille et médicalisées, avec l'ambition de poursuivre un mode de vie "comme chez soi".

Ces structures de petites capacités offrent un habitat adapté et sécurisé. Autorisées par le Président du Conseil Général, elles se déclinent sur le département en Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées (MARPA) et en appartements protégés :

- les MARPA (concept de la MSA) s'adressent à un public essentiellement autonome, vivant en milieu rural, en recherche de lien social et d'une prise en charge hôtelière, complète ou non. Les logements sont privatifs (F1 ou F2) et de plain-pied. Une équipe dirigée par un responsable assure une présence permanente de jour comme de nuit. Le tarif est fixé par le Conseil Général, avec un nombre de résidents obligatoirement limité à 24 personnes ;
- les appartements protégés s'adressent à un public en perte d'autonomie, vivant en milieu urbain et plutôt aisé. L'hébergement d'une capacité de 7 à 10 personnes se fait en chambres individuelles, avec partage du salon et de la salle à manger. Les appartements protégés sont situés dans une résidence privée ou HLM. Une équipe d'auxiliaire de vie encadrée par une gouvernante aide les personnes dans les actes de la

vie quotidienne (au besoin 24h sur 24). Les soins infirmiers et médicaux sont prodigués par un personnel extérieur.

La capacité globale des PUV est actuellement de 112 places, qui sera renforcée de 16 places supplémentaires d'ici 2016.

#### > **Les opérations des bailleurs sociaux**

Parallèlement à la mise en place d'établissements dédiés aux personnes âgées, tels que décrits précédemment, les bailleurs sociaux mènent des opérations d'adaptation des logements ordinaires, pour prendre en compte les contraintes du vieillissement et du handicap. Le parc social vise les personnes aux revenus modestes et les opérations menées sont de deux types :

- adaptation des logements existants du parc social,
- création de nouveaux logements, dont la conception intègre les exigences d'accès et de maintien en autonomie.

Ces efforts portent en particulier sur l'équipement des logements (douche sans seuil, largeur des encadrements de portes, toilettes rehaussées...) et l'environnement : proximité des transports, services et professionnels de santé...

## **1 - Favoriser l'émergence d'une action publique plus transversale**

Les politiques sociales se sont historiquement forgées autour de populations cibles (personnes âgées, handicapées, enfants en danger...) et avec des offres de service spécifiques. Cette approche par public, très segmentée persiste aujourd'hui et le présent schéma en est le reflet. Or, aborder les questions du vieillissement sous un angle sectoriel est totalement inapproprié lorsqu'il s'agit d'interroger l'habitat des personnes âgées, thème qui renvoie plus largement à la manière de vivre et de s'approprier la vie dans la cité.

L'éclatement des responsabilités entre les différents acteurs, l'enchevêtrement des différents dispositifs issus du logement d'une part et des politiques médico-sociales d'autre part ne facilite pas les interactions et une vision plus transversale.

Pour impulser une dynamique plus transversale dans la conduite de nos politiques publiques, aujourd'hui trop cloisonnées, il est proposé de poursuivre trois objectifs :

#### **a) Clarifier, au niveau départemental, la définition de l'ensemble des formules et solutions de logements et d'hébergement pour les personnes âgées :**

En effet, les dénominations de solutions de logements font l'objet de définitions non stabilisées. Il en résulte des confusions et des incompréhensions majeures entre les pouvoirs publics et les décideurs locaux, tant sur les formes de logements que sur les obligations qui y sont rattachées (foyers logements, résidences services, résidences seniors, etc...). Disposer de définitions claires, précises, normées, acceptées et partagées de tous constituera l'objectif premier de cet axe.

A l'issue de ce travail une information à l'ensemble des acteurs concernés (élus, professionnels,...) sur les typologies d'hébergement et les formules de logement sera ensuite réalisée, ceci afin d'offrir davantage de lisibilité sur les possibilités existantes et les obligations afférentes.

**b) Veiller à articuler les documents de programmations sur les questions de vieillissement :**

La meilleure prise en compte du vieillissement réside à la fois dans le croisement des analyses et prospectives territoriales issues des différents documents de programmation (démarche ascendante), et dans la transcription des orientations et actions du schéma gérontologique en terme de logement dans ces mêmes documents (démarche descendante).

- ▮ démarche ascendante : plusieurs documents de programmation et de planification intègrent une partie de diagnostic et de prospective territoriale. C'est le cas, en dehors du schéma gérontologique, des Schémas de Cohérence Territoriale (SCoT), qui dressent un diagnostic de l'équilibre social de l'habitat et fixent des objectifs en termes d'habitat, de mixité sociale et d'équilibre social de l'habitat. C'est aussi, mais de façon plus secondaire, le cas des Programmes Locaux de l'Habitat (PLH), qui doivent être compatibles avec les SCoT. Une animation spécifique sur la question est possible en lien avec les services concernés et les syndicats mixtes en charge des SCoT (notamment via l'ADAUHR qui anime un réseau interscot et entrescot). Enfin, le Plan Départemental de l'Habitat (PDH) peut également contribuer à construire une démarche prospective croisée.
- ▮ démarche descendante : le lien entre tous les documents précités est le Plan Départemental pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) dont les orientations doivent être prises en compte par les SCoT, par le PDH et par les PLH. Il convient donc d'inscrire dans la mesure du possible les actions et orientations du Schéma Gériatologique dans le cadre du PDALPD. Par ailleurs, le Département participe à l'élaboration des documents de planification et d'urbanisme en tant que personne publique associée (PPA) et relaie à ce titre les orientations du schéma dans le cadre de l'élaboration et de la révision des SCoT et PLU.

**c) Développer les synergies entre services du Conseil Général :**

La thématique de l'habitat et du logement mais aussi celles de l'aide aux aidants ou des gérontechnologies sont propices à la sortie du thème du vieillissement du champ strict du social et du médico-social. Ce sera une manière de susciter l'intérêt d'autres acteurs pour imaginer des réponses nouvelles. Cette logique renforce celle portée par le Conseil Général dans sa politique de territorialisation destinée à un développement harmonieux et concerté des territoires haut-rhinois.

## **2 - Adapter les logements aux besoins des personnes âgées**

L'aménagement du logement constitue une condition nécessaire au maintien à domicile. Il contribue également à l'objectif de prévention (des chutes par exemple). Le dispositif de repérage et d'identification des situations de personnes âgées nécessitant un logement adapté est en place. Il est aujourd'hui organisé autour des acteurs de proximité disposant, à un moment donné, d'éléments d'informations sur des situations individuelles. Les acteurs concernés sont les municipalités et les CCAS, les travailleurs sociaux, les bailleurs, les services d'aide à domicile. Ce dispositif devra s'adapter en fonction des actions de mise en relation de l'offre et de la demande.

Le présent schéma constitue l'occasion de rendre plus performant notre service aux usagers :

> **Fluidifier le dispositif d'aide :**

Pour mener à bien une opération d'aménagement de son habitat il faut agréger de multiples process : information des usagers sur les solutions techniques et les aides, réalisation d'une évaluation des besoins intégrant des aspects techniques et humains liés aux capacités de la personne, mobilisation de financeurs multiples (et donc de décideurs multiples), réalisation des travaux, justification et vérification du service fait, et enfin versement des aides.

Sur ces différentes étapes, seules les phases de financement et de décision sont très partiellement simplifiées par l'existence du Fonds Départemental de Compensation du Handicap géré par la MDPH, agrégeant les crédits de l'Etat, du Conseil Général, de trois villes, de la MSA, de la CPAM et d'un fonds associatif. Toutes les autres étapes en amont et en aval du financement sont complètement morcelées entre de multiples partenaires, avec comme conséquence de rendre l'accès très complexe tant pour les usagers que pour les professionnels.

Il apparaît donc nécessaire de simplifier l'accès et le fonctionnement au dispositif. Pour cela, un travail est à engager sur plusieurs volets :

**a) Poursuivre la mise à plat des modalités d'organisation et d'évaluation des aides du Conseil Général :**

Le Conseil Général délivre plusieurs aides dans le cadre de l'adaptation du logement du parc privé : aides de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), du Fonds Départemental de Compensation du Handicap, de l'APA. Leur mise à plat a été amorcée, mais sans produire de résultat probant à ce jour, compte tenu de la relative rigidité des règles de l'ANAH. La poursuite de cet objectif passe par le déploiement d'un cadre d'ingénierie technique et financière (cf. point suivant).

**b) Favoriser l'émergence d'un interlocuteur unique :**

Pour les usagers, la simplification du dispositif passe par la mise en place d'un interlocuteur unique, qui sera en charge du montage des différents dossiers.

Pour cela, il sera envisagé de confier une partie des missions à un prestataire de service auquel le public pourra s'adresser. Ce prestataire pourrait être le Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CICAT) dont les missions et locaux sont en cours de redéfinition.

> **Favoriser la mise en lien entre offre et demande de logements adaptés dans le parc public :**

Une expérimentation a déjà été menée pour faciliter la rencontre entre l'offre en logement adapté dans le parc existant et les demandes des personnes âgées ou handicapées intéressées, associant le bailleur social Habitats de Haute Alsace (HHA), le Conseil Général et la MDPH. Pour cela, HHA a identifié précisément son offre ainsi que son niveau d'adaptation.

Lors de cette première expérimentation, il s'est avéré impossible de faire coïncider les logements adaptés qui se libéraient et la demande exprimée, compte tenu du volume restreint de logements (parc d'un seul bailleur). Il est néanmoins prévu de poursuivre cette expérimentation, l'élargissement de la procédure à l'ensemble du parc social pouvant permettre de dépasser l'obstacle initial. La qualification homogène du parc de logements publics adaptés et adaptables devra s'appuyer sur un référentiel commun.

Par ailleurs, le nouveau schéma gériatrique sera l'occasion d'expérimenter le financement des travaux d'adaptation par les bailleurs sociaux à travers la mobilisation de différentes aides financières dont ils pourraient bénéficier. Ces adaptations pourront être réalisées sur un certain nombre de logements à l'occasion de leur réhabilitation.

### 3 - Expérimenter des formules de logements et d'accompagnement

Il s'agira de faire évoluer les modalités d'accueil au sein des établissements médico-sociaux non médicalisés. La question des nouvelles formes d'habitat concerne également notre capacité à faire évoluer le parc existant des logements foyers et des anciennes maisons de retraite non médicalisées pour lesquels une médicalisation n'est pas envisageable (deux EHPA sur le Département).

Pour les **logements foyers existants** nos efforts vont porter sur 3 points :

- au vu de leur fonctionnement actuel, procéder à une clarification entre ceux qui relèvent de la définition légale du logement foyer et ceux qui n'en relèvent pas,
- s'assurer pour ceux qui en relèvent qu'ils respectent bien la réglementation en vigueur en particulier en terme de droits des usagers et de niveau de dépendance du public accueilli,
- veiller à leur bonne intégration dans le tissu social, médico-social existant en développant les passerelles entre les différentes offres du territoire y compris les services et aides à domicile et plus largement l'ensemble des forces vives du territoire au-delà du champ médico-social.

Pour les **établissements d'hébergement des personnes âgées (EHPA)** :

Le positionnement des offres de services des deux seuls EHPA du Haut-Rhin doit être revu à l'aune de la réponse aux besoins du public de leur territoire d'implantation, de leurs conditions d'accueil actuelle (configuration des locaux) et de leur situation financière.

En tout état de cause sur la durée du présent schéma, le développement d'une offre intermédiaire de type logement foyer ou Petite Unité de Vie ne saurait être envisagée qu'à l'issue d'une étude fine du besoin et en veillant, en particulier, aux potentialités qu'offre le territoire d'implantation en terme de liens avec d'autres services et établissements existants.

Par ailleurs, il sera également utile de tirer des enseignements des nouveaux logements foyers qui vont ouvrir en 2013 : profil du public accueilli, origine géographique...

Par ailleurs, **deux types d'actions expérimentales seront menées dans le cadre du schéma** :

- ☐ l'expérimentation d'un accompagnement spécialisé sur les questions propres au logement et au vieillissement. Cet accompagnement s'appuiera sur les actuelles mesures d'accompagnement social lié au logement (A.S.L.L.) pour en augmenter le périmètre d'intervention, en lien avec le Service Social Gériatrique du Conseil Général et le FSL. Il ne s'agit pas de créer une mesure ASLL spécifique mais bien de se baser sur la mesure ASLL type et d'apporter les outils au travailleur social pour appréhender ces questions ;
- ☐ l'expérimentation de solutions opérationnelles concrètes et innovantes de logement adapté aux situations de vieillissement en réponse aux problématiques locales, à la demande et en lien avec les collectivités haut-rhinoises et en s'appuyant sur l'ingénierie départementale déployée dans le cadre de Synergia.

#### **Zoom sur Synergia**

Le Département du Haut-Rhin a souhaité donner une nouvelle impulsion à sa politique dans les domaines de l'aménagement du territoire, de l'habitat et de la construction en initiant une démarche innovante visant à structurer, coordonner et renforcer la cohérence et la complémentarité des organismes départementaux qui oeuvrent en la matière. Cette fédération de compétences vise à répondre aux intérêts locaux des communes et EPCI avec plus d'efficacité et au meilleur coût.

## **ORIENTATION VIII : ACCOMPAGNER LES MUTUALISATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS ET SERVICES**

### **Accompagner les mutualisations entre établissements et services**

Ce nouveau schéma gérontologique 2012-2016 s'inscrit dans un contexte nouveau qui va inciter les structures, tant les établissements que les services, à rechercher des formes de coopération et de mutualisation. Le mouvement est déjà amorcé pour le secteur public et associatif. Le contexte s'y prête particulièrement du fait de la maîtrise des dépenses, de la recherche d'une plus grande efficacité, des évolutions législatives dans ce domaine (groupement de coopération sociaux et médico-sociaux ; groupement d'intérêt économique, groupement d'intérêt public...). C'est également une solution à envisager lorsqu'un établissement rencontre des problèmes de gouvernance ou des difficultés financières.

Le présent schéma est l'occasion de préciser quelles sont les attentes des autorités publiques à ce sujet. Les gains attendus étant les suivants :

- ↳ rationalisation des coûts,
- ↳ professionnalisation des équipes,
- ↳ sécurisation du fonctionnement de la structure,
- ↳ optimisation des investissements,
- ↳ plus grande capacité à traiter la complexité des problèmes,
- ↳ réduction de l'isolement de la structure.

Mettre en œuvre ces rapprochements sont des opérations très complexes à mener et nécessitent un parfait accord entre les deux parties (confiance réciproque). Ces opérations ne peuvent donc pas se mener sous la contrainte et doivent être mûrement réfléchies.

Il est également très important de connaître l'objectif (mutualisation de coûts de direction, formation ou matériel, mise à disposition de personnel) et le niveau d'intégration recherchés pour s'appuyer sur l'outil juridique le plus approprié, de la simple convention de coopération jusqu'à la fusion.

Aussi, s'il paraît nécessaire d'engager ce mouvement, il ne peut en aucun cas s'agir d'une injonction à caractère général s'appliquant de manière uniforme quel que soit le territoire ou les services et établissements concernés. Les autorités publiques seront notamment très attentives à l'atteinte des objectifs tels que décrits plus haut et vigilantes au maintien d'un certain degré de diversité de l'offre sur les territoires de proximité afin de préserver le libre choix des usagers.

Par ailleurs pour l'aide à domicile qui se caractérise par la co-existence entre les associations autorisées et les associations agréées la question de la mutualisation et la coopération dans ce secteur doit nécessairement s'articuler avec le plan d'action régional sur le développement économique des services à la personne engagé depuis un an par la DIRECCTE.

## **ORIENTATION IX : LES DISPOSITIFS EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : QUELS RAPPROCHEMENTS ?**

### **Quels rapprochements des dispositifs en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ?**

La convergence des dispositifs en direction de ces deux publics est une exigence de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui précise en son article 13 « ...Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées. »

S'appuyant sur cet article, de nombreux Départements se sont engagés vers un rapprochement des politiques de soutien aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées. Ce rapprochement a même été encouragé par la CNSA qui a apporté un soutien méthodologique et financier à la Corrèze, à la Côte d'Or et au Cantal pour transformer leur Maison Départementale des Personnes Handicapées en Maison de l'Autonomie (MDA) ; d'autres départements se sont engagés dans cette voie comme l'Isère, l'Oise et le Territoire de Belfort.

Une analyse de la situation a été réalisée par l'ODAS (« Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie » Les Cahiers de l'ODAS - juillet 2011). Elle fait apparaître que les initiatives se multiplient - schémas départementaux communs, création de lieux d'accueil commun, rapprochement des équipes d'évaluation des besoins, .... - avec un degré d'intensité encore très variable d'un département à l'autre.

Dans le Haut-Rhin, l'harmonisation des approches entre ces deux publics n'a pas été affichée comme un objectif central et ceci pour deux raisons majeures :

- les missions d'accueil, d'information et d'orientation de la population se sont très fortement structurées pour les personnes âgées dès 1992 (bien avant la création de l'Allocation Personnalisée en 2001) autour des Pôles Gériatologiques et pour les personnes handicapées autour des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (bien avant la loi de 2005), ces deux populations bénéficiant ainsi de lieux bien identifiés et territorialisés ;
- en 2006, le Département s'est attaché à faire évoluer ces deux services de proximité, les premiers en les intégrant au sein de la Direction de l'Autonomie du Conseil Général et les seconds en les positionnant comme des relais territoriaux de la MDPH.

L'objectif poursuivi était donc d'inscrire ces missions d'accueil et d'orientation, déjà bien implantées localement, en lien et en cohérence avec les missions du Conseil Général et celles naissantes de la nouvelle Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Néanmoins, force est de constater que depuis 2005 le Conseil Général, dans une démarche pragmatique, a toujours pris les mesures appropriées pour éviter tant que possible des ruptures de droit ou des accès différenciés fondés sur l'âge des personnes :

- accueil dans les mêmes locaux des équipes des Espaces Solidarité, des SAVS et des Pôles Gériatologiques dans le Sundgau,

- accès au Fonds Départemental de Compensation du Handicap, piloté par la MDPH, ouvert aux deux publics sans distinction (l'instruction des aides étant néanmoins pour partie cloisonnée),
- comité technique pluridisciplinaire d'examen des situations de maltraitance commun aux personnes âgées et handicapées, constitué au sein d'ALMA : il traite également des cohabitations à risque personnes âgées/personnes handicapées,
- expérimentation en commun entre la MDPH et les Pôles Gériatriques d'un rapprochement entre l'offre et la demande en logement adapté avec un bailleur social,
- une offre adaptée aux personnes handicapées vieillissantes mise en place de longue date par le Conseil Général :
  - création d'une offre d'hébergement spécifiquement conçue pour les personnes handicapées vieillissantes, soit avec les associations gestionnaires du monde du handicap (maisons de retraite spécialisées, puis foyers pour personnes handicapées vieillissantes), soit avec les EHPAD (création de section pour ces personnes au sein des EHPAD) ;
  - maintien systématique des personnes en foyer au-delà de l'âge de 60 ans et en parallèle dérogation d'âge pour l'entrée en EHPAD si nécessaire ;
  - création massive d'accueils de jour qui ont permis de trouver des solutions à des personnes jusque là accueillies à domicile ;
- application rapide et efficace du régime de l'aide sociale à l'hébergement pour personnes handicapées, plus favorable à celles qui quittent les foyers pour entrer en maison de retraite ou qui y entrent pour la première fois après 60 ans et justifiant d'un taux d'invalidité fixé par décret,
- les gestionnaires de cas prennent en charge des malades jeunes (malades Alzheimer).

La question se pose dans le cadre du présent schéma et au regard des orientations prises par le schéma départemental des personnes handicapées 2009-2013 s'il est opportun de poursuivre cette approche pragmatique ou s'il faut résolument se préparer à une convergence beaucoup plus forte ?

Malgré la volonté affichée par le législateur et tous les efforts déployés au niveau local, il n'en reste pas moins qu'une véritable stratégie visant à créer un dispositif local commun d'accueil, d'évaluation et d'orientation s'adressant indifféremment aux deux publics est fortement conditionnée par la réalisation de réformes clés comme : l'outil commun d'évaluation, un rapprochement des logiques (sans même parler de conditions communes) des deux prestations phares que sont la PCH et l'APA, une réforme de la tarification des établissements pour personnes handicapées....

Dans l'attente de ces évolutions il est proposé de poursuivre notre approche pragmatique en veillant à :

- poursuivre une collaboration étroite et active entre la Direction de l'Autonomie du Conseil Général et de la MDPH,
- favoriser par tous moyens une approche commune du soutien à l'autonomie sans différencier entre les publics handicapés ou âgés dans toutes les politiques que le Conseil Général est amené à conduire ou à laquelle il participe en terme d'accès aux transports, au logement, au cadre bâti, à la culture ou de développement du territoire au sens large,
- poursuivre la construction d'une définition des personnes en situation de vulnérabilité commune et partagée entre tous les services sociaux du Conseil Général (Espaces Solidarité, Pôles Gériatriques), de la MDPH et des gestionnaires de cas du dispositif MAIA pour le repérage, l'évaluation, l'accompagnement et la mise en place des mesures de protection des majeurs vulnérables,
- définir des modalités d'accompagnement social par les différents services en charge des publics âgés et handicapés dans les cas de cohabitations personnes vieillissantes/adultes handicapés,
- rapprocher, si nécessaire, les actions en direction des aidants issues du présent schéma avec celles conduites dans le cadre du schéma des personnes handicapées et portées par la MDPH,

- améliorer le dispositif d'instruction des aides en particulier en matière d'adaptation du logement en s'appuyant sur le Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CICAT),
- mettre en œuvre des accompagnements au logement spécifiques type ASLL qui permettent de soutenir des décohabitations entre personnes très âgées et personnes handicapées.

Par ailleurs, le concept d'intégration des services et sa déclinaison opérationnelle -le guichet intégré- pourraient permettre de contribuer à établir les passerelles entre les différentes missions d'accueil et d'orientation exercées sur un même territoire.

Enfin, l'intérêt d'adopter un schéma commun aux personnes handicapées et aux personnes âgées est à questionner sous l'angle de la valeur ajoutée d'une telle démarche en sachant que la temporalité de ces deux documents est en décalage et que l'articulation de ces deux documents de programmation avec le SROMS est une autre question tout aussi importante.

## **ORIENTATION X : FAVORISER L'UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES PAR LES PERSONNES AGEES, LES AIDANTS FAMILIAUX ET LES PROFESSIONNELS**

### **Rappel de l'état des lieux – les nouvelles technologies au service de l'autonomie : un potentiel à exploiter**

L'introduction de nouvelles technologies représente une opportunité pour le secteur social et médico-social. Comme dans le domaine de la santé (télémédecine), les supports technologiques innovants peuvent utilement compléter et faciliter les actions menées tant en faveur des personnes âgées et de leurs aidants familiaux, qu'en appui aux acteurs de terrain.

Que ce soit pour apporter une aide à la vie quotidienne ou pour contribuer à la mise en place d'outils performants, nombreux sont désormais les domaines dans lesquels l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ou des gérontechnologies permettrait d'envisager une amélioration de la qualité de vie des personnes et/ou de la qualité des interventions des professionnels.

#### **Qu'est ce qu'une gérontechnologie ?**

Apparaissant comme un néologisme, la gérontechnologie (ou gérontotechnologie) est un domaine interdisciplinaire, né de la fusion de la gérontologie et des technologies. Elle désigne l'ensemble des systèmes techniques qui vont aider la personne âgée, un proche ou un professionnel, dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Elle diffère de l'aide technique dans le fait qu'elle s'adresse autant aux aidants qu'aux aidés, et en se montrant « évoluée » ou « intelligente » via l'électronique et l'informatique.

*Source : Un regard sur les gérontechnologies, Medialis.*

Les « gérontechnologies » peuvent soutenir les aidants dans leurs tâches domestiques. Outils techniques capables d'apporter une aide aux personnes dépendantes et aux aidants familiaux et professionnels, les gérontechnologies ne se substituent pas à l'intervention humaine : elles sont complémentaires. La gamme de ces instruments est extrêmement variée : certains pallient partiellement les troubles de la mobilité (déambulateurs intelligents, détecteurs de chute, télésurveillance), d'autres diminuent les angoisses de la personne âgée (lampe qui s'allume automatiquement à la tombée de la nuit, robots animaux dits thérapeutiques), ou rappellent des tâches (pilulier électronique automatique pour la distribution de médicaments). Des outils contribuent par ailleurs à maintenir les liens sociaux à distance entre aidants et personnes âgées dépendantes (visiophonie, dispositifs de téléconsultation).

#### **> Un marché émergent...**

Des gérontechnologies, déjà maîtrisées sur le plan technique, investissent dès à présent de nombreux champs d'application dans l'environnement de la personne âgée : domaines de la domotique, de la surveillance, de la sécurité, champs de l'information et de la communication.

La Caisse des Dépôts<sup>6</sup> en dresse la liste suivante dans un rapport d'études :

- les produits et services de téléassistance médicalisée ou de convivialité : base reliée au téléphone, médaillon ou bracelet et abonnement mensuel auprès d'un opérateur (disponible dans tous les pays),
- la téléassistance avancée avec dispositifs de capteurs environnementaux (température, gaz, inondation, chute, présence/absence...),
- la télésurveillance avec des dispositifs de capteurs des paramètres physiologiques (pression sanguine, rythme respiratoire et cardiaque, diabète...), notamment pour des personnes souffrant de maladies chroniques,
- les produits et services de communication et d'information (téléphone, visiophone, téléphone mobile, balise de géolocalisation, micro-ordinateur et apparenté, etc...),
- les moyens pour le rappel de prise de médicaments ou de traitements : soit des piluliers électroniques programmables, soit par abonnement à un service (plate-forme type téléassistance),
- les robots et objets quotidiens high-tech (exemples innovants au Japon notamment).

Dans son étude, la Caisse des Dépôts note que, parmi les offres proposées sur le marché dans le domaine de l'autonomie et du maintien à domicile, seule la téléassistance de base et la télésurveillance font l'objet de déploiement à destination des personnes âgées ou dépendantes, sur une échelle relativement importante.

Le coût de ces dispositifs et équipements, qui reste élevé, pose la question de leur accessibilité financière hormis pour la téléassistance (ou téléalarme) qui peut être prise en charge par des aides publiques, comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Ainsi, dans le Haut-Rhin, 513 bénéficiaires de l'APA à domicile, soit 7,5 % de l'ensemble des allocataires (6 819 personnes âgées) sont équipés en téléalarme, au 31 décembre 2011.

#### **Zoom sur la domotique : quelle plus-value pour les personnes en perte d'autonomie ?**

La domotique regroupe les technologies permettant d'assurer des fonctions de sécurité (les alarmes), de confort (l'ouverture des portes, volets..), de gestion d'énergie (par exemple, la programmation du chauffage) et de communication (les commandes à distance...).

Dans le contexte de la perte d'autonomie, elle consiste en un aménagement du domicile de façon à apporter une sécurisation et un confort, voire à pallier certaines défaillances que pourrait avoir la personne. Les technologies développées sont, d'une part des capteurs analysant les signaux vitaux et les paramètres environnementaux et, d'autre part, des technologies inter-opérables permettant la mise en réseau des équipements de la maison.

*Source : « Technologies de l'autonomie et du soutien à domicile, comparaison internationale » Caisse des Dépôts, juin 2009*

#### **> Un enjeu fort pour les collectivités territoriales...**

Le défi démographique étant fortement corrélé à la gestion du risque dépendance et l'accroissement parallèle des besoins d'assistance, les apports des nouvelles technologies au service de l'autonomie des personnes âgées constituent un mode de réponse dans la politique du maintien à domicile. Les nouvelles technologies peuvent aussi avantageusement contribuer à la coordination des intervenants à domicile.

Aussi, l'étude et la mise en oeuvre des gérontechnologies, en appui de l'aide humaine et des soins dispensés par ailleurs, deviennent un enjeu fort pour les collectivités territoriales amenées à intégrer cette dimension, apparaissant jusque-là futuriste, dans leurs stratégies d'intervention en faveur d'un « rester chez soi », choisi et optimisé.

<sup>6</sup> « Technologies de l'autonomie et du soutien à domicile, comparaison internationale », rapport d'études de la Caisse des Dépôts (juin 2009)

> **...Mais des usagers qui peinent à trouver leurs marques**

En France, l'usage de ces technologies reste limité, pour plusieurs raisons. Malgré de nombreux projets, l'offre opérationnelle sur le marché reste rare dans notre pays. À cela s'ajoute un problème de solvabilisation de la demande : les aides publiques pour le financement de ces outils existent, mais restent partielles et peu lisibles, en raison notamment du statut des services rendus par ces technologies, à la croisée du social et du médical. Il en résulte des difficultés de remboursements par la Sécurité Sociale, d'où de fortes inégalités d'accès.

Par ailleurs, à défaut d'information suffisante, certains montrent des réticences, ces technologies étant parfois perçues comme une menace au sens où elles se substituent à l'intervention humaine.

Enfin, l'usage de Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication reste peu fréquent parmi les générations plus âgées. Cependant, à l'avenir, les aidants comme les aidés se familiariseront de plus en plus avec ces outils, et sont d'ores et déjà demandeurs d'une meilleure information sur le sujet. Dans le rapport de la mission « Vivre chez soi » rendu en juin 2010 par le Professeur Franco à Madame Nora Berra, alors secrétaire d'Etat en charge des aînés, une recommandation visait à « démocratiser » et faciliter le développement de ces nouveaux produits : dédramatiser le recours à ces technologies et rendre explicites des besoins non formulés à ce jour apparaissant à la mission comme des nécessités.

**Zoom sur l'Alsace : quelle politique en faveur de l'aménagement numérique ?**

Le Schéma Directeur Territorial d'Aménagement Numérique pour l'Alsace (SDTAN Alsace) a été élaboré conjointement par la Région et les deux Départements alsaciens. Il a été adopté par le Conseil Général du Haut-Rhin dans sa séance publique du 30 mars 2012.

Conformément à la loi « Pintat » de décembre 2009 qui vise à prévenir et réduire la fracture numérique, ce schéma prévoit de mener une politique ambitieuse d'aménagement numérique du territoire, postulant que « c'est la disponibilité des débits qui génère et accélère les usages avancés et non l'inverse » au moyen du Très Haut Débit (THD). La montée en débit sera progressive dans le temps (de 2013 à 2030), dans l'espace (communes prioritaires ou ciblées), et en performance (passage du THD aux réseaux « Fiber to the Home - Fibre jusqu'au logement » (FTTH), avec pour objectif, à terme, la fibre optique pour tous, en cohérence avec les investissements des opérateurs privés.

Le THD permettra au grand public de recourir à de nouveaux usages (Internet sur les téléphones mobiles, plus grande exploitation des réseaux sociaux...). Il contribuera également à la modernisation des services publics, en particulier dans le domaine de la santé avec le développement de la télésanté, domaine incluant le maintien à domicile des personnes dépendantes, le dossier médical partagé (DMP) ou encore le télédiagnostic ou la téléconsultation. Dans ce domaine, l'Alsace bénéficie, entre autres, de l'expertise du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Strasbourg et du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé, un opérateur de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Dans le cadre du Schéma Gériatologique, tous les projets en faveur de l'utilisation des nouvelles technologies viendront s'inscrire dans le prolongement du Schéma Directeur Territorial d'Aménagement Numérique.

## **1 - Promouvoir l'utilisation de systèmes technologiquement évolués permettant aux personnes âgées de conserver une autonomie dans les actes de la vie quotidienne**

Bien vieillir chez soi est le souhait de la majorité des personnes âgées. Si les aides humaines et les prestations financières allouées contribuent au soutien à domicile, il faut aujourd'hui promouvoir l'utilisation de systèmes technologiquement évolués permettant aux personnes âgées de rester autonome dans les actes de la vie quotidienne.

Repenser l'habitat en tant qu'habitat adapté ou adaptable aux besoins évolutifs des personnes âgées dépendantes devient une nécessité (concept de « l'habitat intelligent pour la santé » ou de « l'habitat communicant »). Il s'agit de permettre à la personne de pallier à ses déficiences fonctionnelles pour préserver son autonomie, au moyen des gérontechnologies (télésurveillance, téléassistance avancée...) et d'agir de façon autonome sur son environnement physique au moyen de la domotique (technologies assurant des fonctions de sécurité, de confort, de gestion d'énergie et de communication). Ces systèmes techniques évolués doivent également permettre de réduire les contraintes qui pèsent sur les aidants.

Le maintien du lien social et du lien intergénérationnel constitue un autre défi sociétal que les Techniques de l'Information et de la Communication (TIC) contribueront à relever, à l'avenir.

Les enjeux liés à la gestion de la dépendance amènent le Conseil Général à encourager l'intégration de la domotique dans les structures médico-sociales, l'habitat en général et les aides techniques à domicile.

## **2 - Soutenir et favoriser l'expérimentation par les professionnels d'outils de gestion et d'information**

L'extension et la diversification de l'offre à domicile et en établissement supposent la mise en place de nouveaux modes organisationnels plus efficaces et réactifs. Dans cet objectif, disposer d'outils fiables grâce aux nouvelles technologies constitue l'une des conditions de réussite pour le partage de données, la gestion de l'offre et de la demande ou encore la diffusion d'information auprès du grand public et des professionnels.

Dans le cadre des orientations du schéma, plusieurs pistes d'actions ont été travaillées, la question des systèmes d'information étant devenue une problématique centrale dans le partage d'information entre les acteurs accompagnant un même usager :

- Concernant le domicile :

La mise en place du guichet intégré prévu par le présent schéma ou celle du dossier unique du domicile ne peut s'envisager sans la mise en place de solutions techniques adaptées. C'est ce que prévoit le cahier des charges de la MAIA qui vise explicitement comme sixième axe un système d'information partagé, la réflexion sur le contenu et l'architecture de ce système étant en cours au niveau national.

- Concernant les établissements :

Le Conseil Général, en collaboration avec les directions de ces derniers, souhaite s'atteler à une question récurrente : celle des modalités de gestion des listes d'attente en EHPAD pour d'une part, avoir une meilleure visibilité de l'offre et de la demande et d'autre part, améliorer le service rendu aux personnes âgées et aux familles.

Pour cela, l'expérimentation d'un système d'information et de gestion des listes d'attente en EHPAD est prévue à l'échelle du territoire des Trois Frontières et du Sundgau.

De manière plus générale, la question des systèmes d'information constitue un levier primordial pour répondre aux attentes grandissantes des acteurs médico-sociaux en matière de partage d'information. Ce champ médico-social relevant d'un pilotage partagé entre l'ARS et les Conseils Généraux, la poursuite des objectifs des deux schémas, SROMS d'un côté, et schéma gériatrique de l'autre, doit s'accompagner d'une démarche de concertation étroite entre les financeurs sur cette question pour définir une stratégie et des priorités.

## **ORIENTATION XI : GARANTIR LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA**

- Des instances pérennisées pour le pilotage et le suivi du schéma

Le Comité stratégique devient le Comité de pilotage. Il mobilise les élus et agents du Conseil Général. Instance à la fois décisionnelle et opérationnelle, elle définit les projets prioritaires à mener, analyse les indicateurs de suivi du schéma et prépare les rencontres du Comité de suivi.

Le Comité d'experts devient le Comité de suivi. Instance technique, réunie une fois par an, elle examine la mise en œuvre des orientations prévues par le schéma. Elle mobilise les élus et agents du Conseil Général, les partenaires institutionnels (ARS, DIRECCTE, MSA, CARSAT, RSI), les représentants des opérateurs (établissements et services), des représentants des associations et des usagers (notamment le CODERPA).

- Un cadre souple

L'élaboration du nouveau schéma gérontologique est l'occasion pour le Département de redéfinir son positionnement et d'afficher ses priorités au regard de l'évolution des besoins des personnes et des acteurs sur les territoires. L'amélioration de la politique en faveur de l'autonomie des personnes passe par la recherche de davantage de transversalité, au-delà des champs du sanitaire et du médico-social. Elle passe également par une meilleure connaissance des besoins. Les évolutions du contexte social, législatif et celles des politiques de nos partenaires financiers pourront amener les instances de pilotage et de suivi à adapter les orientations du présent schéma.

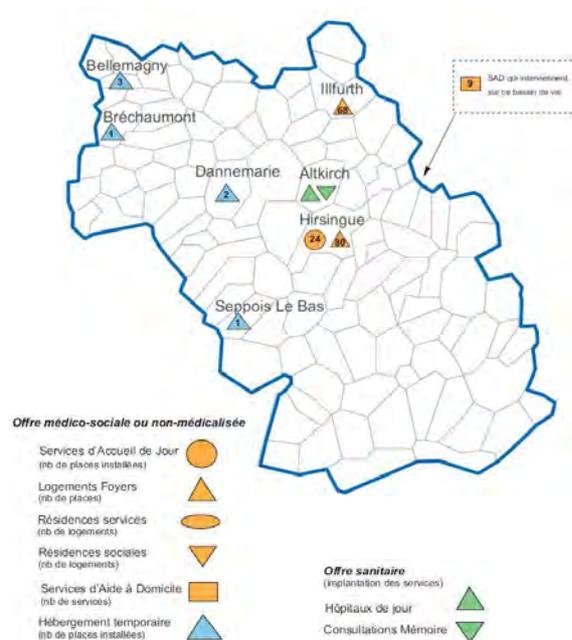
- Une fonction d'observation

Pour s'assurer de la pertinence des actions portées ou soutenues par le Conseil Général, les instances de pilotage et de suivi du schéma gérontologique pourront s'appuyer sur l'Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale. Le développement d'outils pour une observation partagée sera à envisager.

**APPROCHE TERRITORIALE :  
DIAGNOSTICS DES BESOINS ET  
DES RESSOURCES, PAR BASSIN  
DE VIE SOLIDARITE**

## Bassin de vie d'ALTKIRCH

### Le maintien à domicile



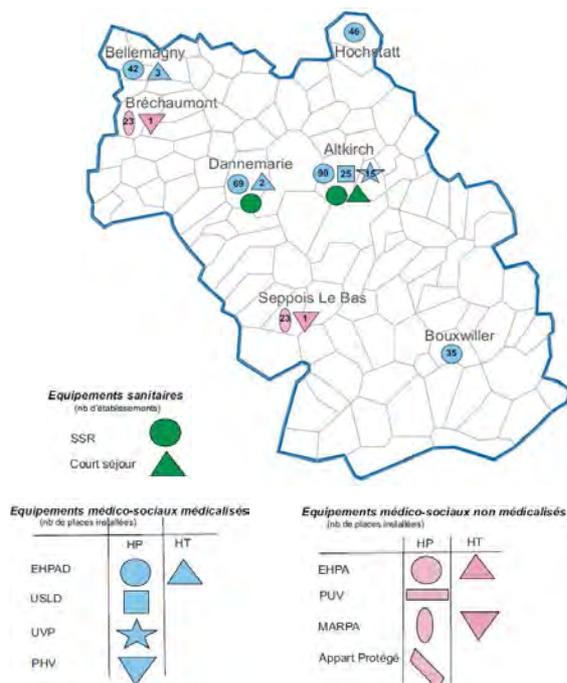
#### Forces et atouts

- situation socio-économique globalement favorable, (malgré des poches de pauvreté identifiées)

#### Points de vigilance

- AJ qui fonctionne bien (positionnement central), mais des besoins qui nécessiteraient un développement dans les zones ouest et sud
- peu d'offre en logements pour personnes âgées (aucun sur la ville d'Altkirch), mais 1 résidence service en projet
- difficulté à mettre en place les plans d'aide APA avec les SAD
- malgré un fort taux d'équipement en SSIAD, faible disponibilité des professionnels
- faibles densités d'infirmiers et médecins généralistes (canton de Dannemarie identifié comme prioritaire par l'ARS pour une meilleure répartition des professionnels de santé)
- recours tardif à l'APA à domicile pour des personnes âgées déjà très dépendantes (entrées en GIR 2)

### La prise en charge en établissement



#### Forces et atouts

- offre qui va fortement se renforcer : + 200 pl. d'ici 5 ans
- prise en charge Alzheimer qui va également être étoffée : projets d'ouvertures de 2 UVP et d'1 PASA
- reste à charge modéré pour les résidents (mais qui sera réévalué à l'issue des travaux en cours)

#### Points de vigilance

- offre sanitaire insuffisante (accueils réalisés hors du bassin de vie)
- accueil des personnes très dépendantes sur 2 sites seulement : Altkirch et Bouxwiller
- HT peu développé, a fortiori pour les personnes dépendantes
- dépendance vis-à-vis des bassins de vie voisins mieux dotés (Thann, Mulhouse) : des distances importantes à parcourir pour les familles

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### ■ Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement	Ratio aidants/aidés théorique	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Altkirch</b>	59,4%	7,6	7,1% (4776 pers.)	1,5% (1013 pers.)	846
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Altkirch</b>	+32,2% (+1540 pers.)	+102,0% (+1033 pers.)	+177
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrées à la dépendance (2010)
<b>BVS Altkirch</b>	16,5%	29,8%	8,2%	34,0%	73%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

## Analyse et commentaires

Le bassin de vie d'Altkirch se caractérise par une population relativement jeune en 2008 (faible indice de vieillissement, part restreinte des personnes âgées de 75 ou 85 ans et plus, estimation Alzheimer modeste). A l'horizon 2021, le vieillissement de cette population sera très net avec un renforcement massif des 85 ans et plus (+102 %).

Selon les indicateurs retenus, il apparaît que :

- la population âgée à domicile a beaucoup recours à l'APA et pour des personnes très dépendantes (cf. le taux de couverture le plus fort du département et le fort taux de GIR 1-2 parmi les bénéficiaires) : peut-être faute de disposer d'un nombre suffisant de places en établissement ?
- le service social observe également des entrées tardives dans le dispositif, c'est-à-dire pour des personnes déjà en GIR 2. Pour ces personnes, le maintien à domicile a pu être prolongé sans aide professionnelle grâce à une forte solidarité familiale,
- le service social gériatrique touche une part importante de la population âgée, tout particulièrement parmi les 85 ans et plus,
- les accompagnements concernent davantage les questions de dépendance que de précarité (cf. nombre d'évaluations APA).

### ■ Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et plus seuls dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non-imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Altkirch</b>	40,0%	46,5%	38,4%	87,4%
<i>Haut-Rhin</i>	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrées à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Altkirch</b>	8,4%	27%	3,7%	0,89‰	0,30‰	0,9%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### **Analyse et commentaires**

Les personnes âgées du bassin de vie d'Altkirch semblent moins vivre seules que dans d'autres secteurs. Les assistantes sociales des Pôles témoignent d'ailleurs d'une solidarité familiale importante, souvent facilitée par la proximité géographique des différents membres de la famille.

Globalement, la situation socio-économique est favorable : faible part de foyers fiscaux non imposables, forte part de propriétaires, peu de bénéficiaires de l'APA exonérés de participation, peu de recours aux aides de type FSL/FSE, peu de bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse (CRAV et MSA). La part importante de l'emploi frontalier explique pour partie l'existence de plus hauts revenus dans ce bassin de vie.

Cette situation positive ne doit pas occulter des poches de précarité spécifiques :

- quatre campements de gens du voyage sédentarisés, où vivent des personnes âgées dans des conditions précaires,
- un habitat ancien très rudimentaire du point de vue du chauffage et des sanitaires,
- une nette augmentation d'un public en voie de marginalisation (hommes isolés, surendettés, souffrant d'addictions).

La quasi-absence de réponses via les associations caritatives ou les CCAS rend la prise en charge de ces personnes très difficile.

Le public âgé immigré est constitué d'hommes isolés (mais encore peu dépendants) qui occupent des logements sociaux répartis dans différentes communes. S'ils sollicitent fréquemment les assistantes sociales, leur prise en charge ne pose pas de problème particulier.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire		Évolutions nettes	Créations/ extensions
Centre Hospitalier « Saint Morand »	EHPAD	Altkirch	105	/	-5 HP	+15HP	/
	USLD		25	/			
Hôpital Local	EHPAD	Dannemarie	69	2	/	+10HP**	/
Maison de Retraite « Le Père Faller »	EHPAD	Bellemagny	42	3	0	/	/
Centre Médical de Luppach	EHPAD	Bouxwiller	35	/	/	/	/
Maison de Retraite « Oeuvre Schyrr »	EHPAD	Hochstatt	46	/	-2 HP	+22HP +12 UVP +1HT	/
Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées	PUV	Bréchaumont	23	1	0	/	/
Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées	PUV	Seppois le Bas	23	1	0	/	/
EHPAD « Armée du Salut »	EHPAD	Seppois le Bas	/	/	0	+68HP +2HT	/
EHPAD « Armée du Salut »	EHPAD	Waldighoffen	/	/	0	+55HP +15UVP	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

\* dont prises en charge spécifique en EHPAD

- UVP : 15 places au Centre Hospitalier « Saint Morand » d'Altkirch

\*\* par transformation de 10 lits de SSR

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004-2011	Projets 2012-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	7	297	5	+107 HP	+170HP +27UVP +3HT	/
USLD	1	25	/	-112	/	/
PUV	2	46	2	-2	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>368</b>	<b>7</b>	<b>-7 HP</b>	<b>+170HP +27UVP +3HT</b>	<b>/</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

- Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :
- **BV d'Altkirch : 68‰**
  - **moyenne départementale : 113‰**

- Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :
- **BV d'Altkirch : 89‰**
  - **moyenne départementale : 105‰**

### Analyse et commentaires

Si l'offre d'équipement est globalement réduite pour le moment (cf. taux d'équipement le plus faible du département), elle est néanmoins relativement diversifiée (EHPAD, USLD, MARPA) et sera prochainement renforcée par de nombreux projets d'extension ou de création (dont 2 nouveaux EHPAD).

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par un net renforcement des places d'EHPAD/USLD (+190 places) et des solutions de répit (+30 places d'accueil de jour ; +3 places d'hébergement temporaire).

L'ouverture des établissements de Seppois et de Waldighoffen améliorera la répartition géographique des équipements (plutôt concentrés sur la moitié nord du bassin de vie pour le moment).

Compte tenu du taux d'équipement très bas, des solutions d'accueils doivent être cherchées en-dehors du bassin de vie, parfois sur des sites très éloignés (région mulhousienne, Thann, Sierentz mais également dans le Territoire de Belfort). L'ouverture de deux nouveaux EHPAD (second trimestre 2012) devrait permettre à ces personnes de se rapprocher à nouveau du Sundgau.

L'hébergement temporaire (7 places) fonctionne particulièrement bien en MARPA (listes d'attente, séjours réservés à l'avance) mais reste problématique pour les personnes les plus dépendantes. A noter que sur ce bassin de vie, une famille d'accueil agréée réalise également des accueils temporaires.

L'offre Alzheimer est réduite (une seule UVP à Altkirch) ; elle deviendra complète après

ouverture des différents UVP/PASA en projet.

### ■ Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan architectural
Centre Hospitalier « Saint Morand »	EHPAD	Altkirch	742,22	54,07€ à 58,07€	23,0%	96,9%	105	
	USLD		980,80	53,53€ à 57,53€		97,0%	25	
Hôpital Local	EHPAD	Dannemarie	637,97	53,32€ à 57,36€	11,6%	98,7%	71	
Maison de Retraite « Le Père Fallier »	EHPAD	Bellemagny	654,00	67,44€	16,7%	97,5%	45	
Centre Médical de Luppach	EHPAD	Bouxwiller	775,43	64,80€	11,4%	NR	35	
Maison de Retraite « Oeuvre Schyrr »	EHPAD	Hochstatt	657,17	51,16€ à 55,55€	15,2%	97,5%	46	
Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées	PUV	Bréchaumont	275,91	32,66€ à 46,57€ *	4,8%	/	24	
Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées	PUV	Seppois le Bas	282,22	30,60€ à 44,60€ *	0%	/	24	
<b>Moyenne départementale</b>			<b>/</b>	<b>57,97€</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	<b>/</b>	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

\* tarif non comparable (cf. établissement non médicalisé)

#### Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

#### Analyse et commentaires

Selon les professionnels des pôles gériatriques, le critère prépondérant de "choix" des familles est principalement la disponibilité. Les distances à parcourir sont de fait importantes (tant en nombre de km qu'en temps de parcours) pour accéder aux différents établissements, et ce de manière renforcée pour la frange la plus au sud du département (qui ne trouve pas de solution de proximité étant frontalière avec la Suisse).

L'accueil des personnes les plus dépendantes constitue une autre difficulté dans le Sundgau :

- seuls deux établissements accueillent des personnes très dépendantes (Centre hospitalier d'Altkirch, Centre médical de Bouxwiller),
- a contrario, la Maison de retraite de Bellemagny et la Maison de retraite d'Hochstatt disposent d'un GMP très réduit (pas d'accueil spécialisé Alzheimer, structures de petite taille dont le budget permet difficilement de recruter du personnel soignant),
- le GMP bas de l'EHPAD de Dannemarie ne trouve pas d'explication
- les deux MARPA s'adressent logiquement à un public faiblement dépendant (cf. structures non médicalisées).

A ce jour, la participation des usagers (également appelée "reste à charge") se situe en deçà de la moyenne départementale (hors sites de Bouxwiller et Bellemagny). Néanmoins, les coûts des travaux en cours se répercuteront sur le tarif de l'EHPAD d'Hochstatt. A noter que le reste à charge des deux futurs EHPAD du bassin de vie devrait se situer dans la moyenne départementale (hypothèses de tarification en cours).

Globalement, les EHPAD de ce bassin de vie accueillent peu de bénéficiaires de l'aide sociale. Cela reflète un moindre niveau de précarité (voir infra) : retraites assez confortables, enfants pouvant participer aux frais d'hébergement (frontaliers aux revenus supérieurs notamment) ou agriculteurs refusant l'aide sociale pour préserver leur patrimoine foncier.

De manière étonnante (cf. taux d'équipement très bas), les taux d'occupation sont plutôt faibles.

Autre spécificité locale : l'existence de trois EHPAD de très petite taille (moins de 50 lits).

Le bilan architectural des établissements est globalement satisfaisant. La restructuration et l'extension de l'EHPAD de Bouxwiller-Luppach est envisagée dans les années qui viennent.

### **Offre en établissements sanitaires**

Type	Etablissement	Commune
SSR	Centre Hospitalier	Altkirch
SSR	Hôpital Local	Dannemarie
Court Séjour	Centre Hospitalier	Altkirch

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

Malgré une offre composée à la fois de CS et de SSR, de nombreuses personnes sont accueillies hors du bassin de vie (Mulhouse, Sierentz, Sentheim ...).

Précisons que le SSR de Bouxwiller-Luppach accueille également des personnes âgées (même s'il n'est pas spécifiquement à orientation gériatrique).

A noter le transfert des lits de SSR de Dannemarie vers Altkirch au 1<sup>er</sup> semestre 2012.

## ■ Offre en services de maintien à domicile

### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de Jour autonome	Domaine du Doppelsburg	Hirsingue	24 places	+24 places	/
Accueil de Jour annexé	Armée du Salut	Seppois-le-Bas	/	/	6 places
Logement Foyer	Bel Automne	Hirsingue	80 places	NR	NR
Logement Foyer	Saint Brice	Illfurth	68 places	NR	NR
Résidence services	MEDeTIC	Waldighoffen	/	/	31 logements

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 9 services interviennent sur la "zone de proximité" d'Altkirch. On dénombre au total 4 services autorisés et 5 services ayant un agrément qualité.

### Analyse et commentaires

L'accueil de jour d'Hirsingue, très demandé, constitue une solution de répit appréciée des familles. Ce service est situé de manière relativement centrale. Néanmoins, l'ouverture de l'accueil de jour annexé à l'EHPAD de Seppois améliorera la couverture géographique et réduira les difficultés liées au transport pour les familles qui résident à l'extrême sud du territoire. Les besoins sont particulièrement marqués sur ce bassin de vie, qui ne bénéficie que de très peu de relais de prise en charge pour les personnes dépendantes.

Les logements foyers proposent des accueils différents selon le gestionnaire qui en a la responsabilité. A Hirsingue, les logements sont peu adaptés aux personnes âgées. A Altkirch et Dannemarie, la demande en logements adaptés et proches des commerces est d'autant plus forte qu'il n'existe aucune solution de ce type.

Le bassin de vie d'Altkirch ne compte actuellement ni Résidence sociale, ni Résidence services (un projet de résidence services verra cependant le jour à Waldighoffen).

Du point de vue des services d'aide à domicile, ce bassin de vie souffre de plusieurs difficultés qui pèsent sur la qualité du maintien à domicile :

- peu de prestataires (ex. 2 sur le canton de Ferrette, 3 sur celui d'Hirsingue, 3 sur celui de Dannemarie, 4 à Altkirch), ayant pas ailleurs du mal à recruter/fidéliser leur personnel (cf. situation d'emploi plus favorable côté suisse),
- des prestataires qui ne peuvent absorber les demandes sans délai (mise en place des plans d'aide retardée) ou ne peuvent intervenir aux horaires les plus adaptés pour les personnes âgées dépendantes (ex. toilette).

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) n'intervient pas du tout dans les communes du Sundgau.

OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD pour 1 000 pers. âgées de 75 ans et + (2010)	Nb d'infirmiers libéraux Pour 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux pour 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
<b>BVS Altkirch</b>	30‰	56,2	75,4	1	1	1
<i>Haut-Rhin</i>	19,2‰	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes Mobiles Gériatriques (EMG)** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

**Analyse et commentaires**

Si la zone de proximité d'Altkirch présente le plus fort taux d'équipement en places de SSIAD de la région, dans les faits, la situation est tendue. La priorité étant donnée aux personnes sortant de l'hôpital, les assistantes sociales éprouvent des difficultés pour mettre en place, pour des personnes à domicile, des plans d'aide comportant des interventions de SSIAD.

Autre source de difficulté dans ce bassin de vie : les densités de professionnels de santé sont très basses (avant dernier rang pour les médecins généralistes et pour les infirmiers libéraux). Le canton de Dannemarie est d'ailleurs identifié par l'ARS comme "prioritaire" pour la mise en œuvre de mesures favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.

Cette situation est d'autant plus inquiétante que les départs à la retraite de médecins généralistes (non remplacés) ont d'ores et déjà commencé.

La coordination entre l'Hôpital de Jour et les professionnels des pôles gériatologiques est jugée très satisfaisante.

L'équipe mobile gériatrique (EMG) de Mulhouse intervient sur le Sundgau. Cependant, il serait plus efficace de disposer d'une EMG dédiée, basée à Altkirch, au regard des demandes très importantes, tout en limitant les distances à parcourir, qui sont aujourd'hui longues.

### **Zoom sur l'offre Alzheimer**

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
HT	Hébergement Temporaire	/
AJ	Accueil de Jour autonome	12
AJ	Accueil de Jour annexé	/
UVP	Unité de Vie Protégée	15
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

#### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nombre de services
HdJ	Hôpital de Jour	1
CM	Consultation Mémoire	1
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

A ce jour, l'offre en hébergement spécialisé est réduite à une seule UVP. Les besoins du bassin de vie étant très importants, les familles recherchent donc des solutions dans des établissements parfois bien éloignés (comme par ex. l'établissement spécialisé de Lutterbach).

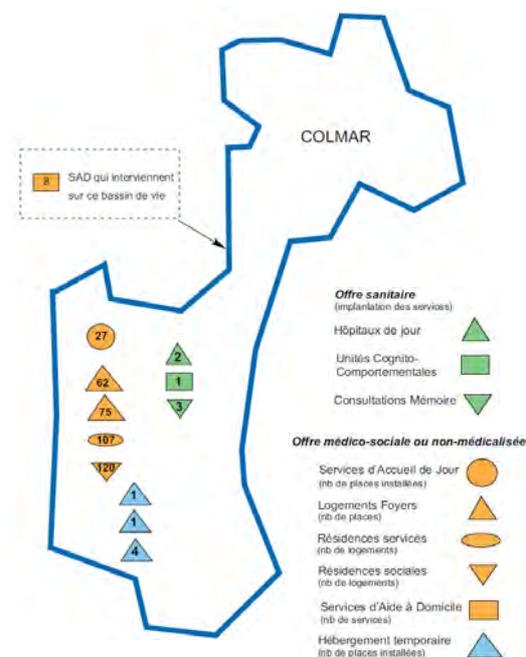
Des projets permettront néanmoins à l'horizon 2015 de disposer d'une offre plus conséquente :

- projet de PASA : Waldighoffen,
- projets d'UVP : Hochstatt, Waldighoffen.

L'existence d'un CLIC Alzheimer est à souligner puisqu'il s'agit d'une spécificité locale. Ce relais est très intéressant pour les personnes atteintes de la maladie ou de troubles apparentés, ainsi que pour leurs aidants.

## Bassin de vie de COLMAR

### Le maintien à domicile



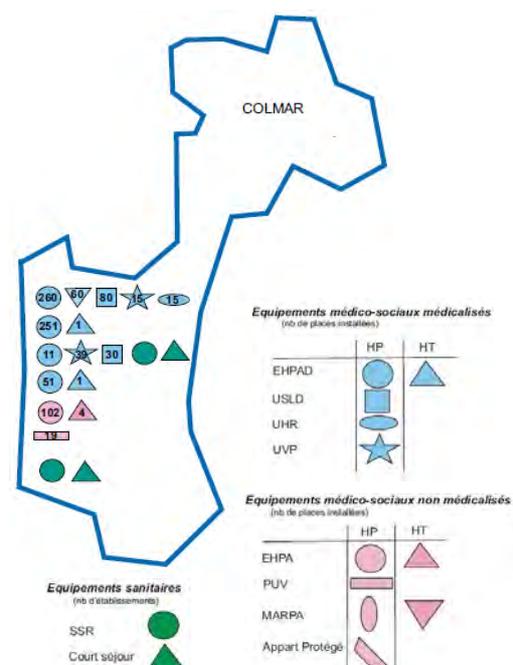
#### Forces et atouts

- offre complète en logements pour personnes âgées : 2 foyers logements, 1 résidence services, 1 résidence sociale
- situation privilégiée du point de vue des SAD : prestataires nombreux et variés + possibilité d'intervention du service de garde itinérante de nuit (FANAL)
- forte densité de professionnels de santé
- bonne coordination entre les professionnels : domicile/accueil de jour/hôpitaux de jour

#### Points de vigilance

- capacités insuffisantes en AJ
- accès difficile aux SSIAD

### La prise en charge en établissement



#### Forces et atouts

- le 2e taux d'équipement le + élevé du département (après Sainte Marie aux Mines)
- une offre diversifiée : EHPAD, USLD, EHPA, PUV, SSR, CS
- prises en charge diversifiées pour les malades Alzheimer (dont la seule UHR)
- augmentation des 85 ans et + modérée d'ici 2021 (projection INSEE)

#### Points de vigilance

- aire d'attraction débordant largement du BVS
- image très hospitalière des EHPAD
- coûts élevés à la charge des résidents
- offre très insuffisante en HT, particulièrement pour des personnes dépendantes

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Colmar</b>	65,8%	4,5	8,7% (5798 pers.)	2,3% (1549 pers.)	1 057
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Colmar</b>	+8,9% (+514 pers.)	+54,0% (+836 pers.)	+75
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrée à la dépendance (2010)
<b>BVS Colmar</b>	12,6%	20,8%	8,8%	31,6%	61%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

### Analyse et commentaires

Sur le plan du vieillissement et de la dépendance, la situation apparaît globalement favorable : si l'indice de vieillissement est actuellement légèrement supérieur à la moyenne départementale, l'évolution à l'horizon 2021 de la population âgée devrait être très modérée.

Un taux de couverture par l'APA supérieur à la moyenne (lié à un ratio aidants/aidés peu favorable), mais pour des personnes moyennement dépendantes (lié à une offre en établissement importante et/ou un ratio aidants/aidés peu favorable limitant le maintien à domicile).

Les entrées dans le dispositif s'effectuent de manière précoce pour des personnes peu dépendantes (GIR 4), ce qui constitue une spécificité de ce territoire. Ce phénomène peut en partie s'expliquer par des situations d'isolement plus importantes en milieu urbain. Au-delà de l'aide financière, ces demandes sont motivées par le besoin de conseil et de coordination.

### Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et + isolés dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non-imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Colmar</b>	47,7%	54%	47,2%	51,6%
Haut-Rhin	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrée à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Colmar</b>	12,6%	20,8%	8,8%	31,6%	61%	12,6%
Haut-Rhin	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### **Analyse et commentaires**

Les indicateurs indiquent une situation plutôt défavorable en terme de fragilités sociales.

Une population âgée qui se caractérise par un isolement dans le logement plutôt important (cf. contexte urbain).

Une solvabilité moindre : très peu de propriétaires, beaucoup de foyers fiscaux non imposables, une part importante de bénéficiaires de l'APA exonérés de participation, un important taux de bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse (CRAV et MSA).

Un public âgé ayant plus fréquemment recours aux pôles gériatriques, mais pour des raisons sociales n'ayant pas de liens avec la dépendance : suivi budgétaire, accès aux droits, précarité, difficultés liées au logement. En témoigne la part très importante d'aides délivrées au titre du FSE et du FSL.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire		Créations/ extensions	Transformations
Centre Départemental de Repos et de Soins	EHPAD	Colmar	350	/	/	/	/
	USLD	Colmar	80	/		/	/
Centre pour Personnes Agées des Hôpitaux Civils	EHPAD	Colmar	251	1	-17 HP +1 HT	/	/
Groupe Hospitalier du Centre Alsace - Site Maison d'Accueil du Diaconat	EHPAD	Colmar	50	/	/	+ 48 HP + 5 HT	/
	USLD	Colmar	30	/		/	/
Maison de Retraite "Notre Dame des Apôtres"	EHPAD	Colmar	51	1	+21 HP +1 HT	/	/
Résidence pour personnes âgées "Le Home Saint-Gilles"	EHPA	Colmar	102	4	-1 HP	/	/
Fondation Ostermann	PUV	Colmar	19	/	/	/	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

**\* dont prises en charge spécifiques en EHPAD :**

- UVP : 15 places au CDRS, 39 places au GHCA,
- UHR : 15 places au CDRS,
- PHV : 60 places au CDRS.

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004- 2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	4	702	2	+ 94 HP + 2 HT	+ 48 HP + 5 HT	/
USLD	2	110	/	- 90	/	/
EHPA	1	102	4	-1	/	/
PUV	1	19	/	0	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>933</b>	<b>6</b>	<b>+ 3 HP + 2 HT</b>	<b>+ 48 HP + 5 HT</b>	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

→ Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Colmar : 140‰**
- **moyenne départementale : 113‰**

→ Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Colmar : 141‰**
- **moyenne départementale : 105‰**

### Analyse et commentaires

L'offre d'équipements est importante et diversifiée, caractéristique d'un pôle urbain qui assure des fonctions de centralité par le biais d'équipements publics structurants, d'équipements rares et/ou à forte spécialisation, dont la densité se justifie par un bassin de population allant bien au-delà de la commune centre. Avec 162 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, ce bassin de vie est le 2<sup>e</sup> mieux doté, après Sainte-Marie-aux-Mines.

L'offre en établissements permet ainsi une prise en charge médicalisée (EHPAD, USLD), non médicalisée (EHPA, PUV) ou sanitaire (SSR gériatriques, courts séjours).

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par le renforcement d'une cinquantaine de places d'EHPAD/USLD et le développement des solutions de répit (+12 places d'accueil de jour ; +7 places d'hébergement temporaire).

L'offre médico-sociale actuelle apparaît relativement "monolithique", marquée par la présence de trois établissements hospitaliers importants constituant 93% des places d'EHPAD. Si ces équipements de grande capacité, adossés à des plateaux techniques, présentent des avantages (offre de soin et possibilités de filière interne), leur attractivité est moindre en termes de cadre de vie.

Le seul EHPAD non hospitalier est pour cette raison très prisé puisqu'il offre un lieu de vie à taille plus humaine. Néanmoins, sa petite capacité (51 places) le situe très en dessous de la taille minimale des 80 lits.

L'offre non médicalisée (EHPA, PUV) constitue un maillon très utile dans le parcours des personnes âgées. En effet, ces structures accueillent un public certes plus jeune et moins dépendant mais ayant néanmoins besoin d'une prise en charge de la vie quotidienne (fragilité sociale ou psychique et/ou troubles cognitifs débutants).

L'accueil temporaire du CPA est tout particulièrement utilisé puisque la place est médicalisée. De manière générale, les places temporaires sont très utiles pour l'accueil de personnes dépendantes (soins) et/ou pour répondre à des situations de rupture/urgence sociale. Mais Colmar ne compte que très peu de places d'hébergement temporaire (un projet de 5 places sera dédié au public Alzheimer).

Colmar dispose également de services spécialisés dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : 2 UVP, 1 UHR (la seule du département).

### ■ Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Centre Départemental de Repos et de Soins	EHPAD	Colmar	816,10	58,31€ à 65,26€	48,5%	98,9%	350	
	USLD	Colmar	926,20	61,86€ à 65,94€		96,8%	80	
Centre pour Personnes Agées des Hôpitaux Civils	EHPAD	Colmar	770,44	55,16€	19,1%	98,4%	252	RP
Groupe Hospitalier du Centre Alsace - Site Maison d'Accueil du Diaconat	EHPAD	Colmar	814,40	62,30€	11,3%	101,4%	50	RC
	USLD	Colmar	815,33	63,80€		109,7%	30	RC
Maison de Retraite "Notre Dame des Apôtres"	EHPAD	Colmar	627,50	67,63€	39,2%	96,5%	52	
Résidence pour personnes âgées "Le Home Saint-Gilles"	EHPA	Colmar	270,33	53,10€ *	18,4%	100%	106	
Fondation Ostermann	PUV	Colmar	NC	/	NC	NC	19	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97€</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

\* tarif non comparable (cf. établissement non médicalisé)

#### Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

RC : restructuration en cours / RP : restructuration prévue

### **Analyse et commentaires**

Une moindre mobilité géographique des usagers sur ce bassin de vie : la demande des familles s'oriente de façon privilégiée vers des établissements "intra-muros" ou situés à la périphérie immédiate de Colmar (Ingersheim, Wintzenheim). Lorsque cette demande de proximité ne peut être satisfaite faute de places, les familles se tournent par défaut vers d'autres secteurs (ex. Lapoutroie, Neuf-Brisach). Le choix de l'établissement est ainsi fortement conditionné par le lieu de résidence/de travail de la famille pour favoriser le maintien des liens avec leur parent âgé (faciliter le "passer voir" plutôt qu'"aller voir") d'où un nombre important de demandes pour Colmar.

Une attention particulière est portée au coût de l'hébergement : les personnes aux revenus moyens font le "choix" du maintien à domicile pour ne pas avoir à vendre leur bien immobilier le cas échéant (lourde charge affective et atteinte au patrimoine) ou faire jouer l'obligation alimentaire (mise en difficulté des enfants). L'accès aux établissements est moindre pour ne pas pénaliser leurs héritiers. Il est probable que les GIR 1-2 à domicile soient dans une tranche moyenne de revenus (autour de 1000€ mensuels).

En EHPAD et USLD, les prix de journée sont plutôt élevés à Colmar (hors CPA). Le coût affiché par l'EHPA Saint Gilles est moindre mais n'intègre pas le forfait dépendance acquitté par de nombreux résidents (ce qui le place en fait dans une fourchette haute pour les personnes dépendantes).

Malgré le très fort taux d'équipement de Colmar, les entrées en EHPAD/USLD sont très difficiles à certaines périodes de l'année (cf. aire d'attraction bien plus large que la commune). En témoigne un taux d'occupation supérieur à la moyenne départementale pour 5 établissements sur 7.

Tous les établissements sont habilités à l'aide sociale. Les bénéficiaires de l'aide sociale sont néanmoins principalement accueillis dans 2 structures (CDRS et Notre Dame des Apôtres).

Les restructurations nécessaires de l'EHPAD du Centre Hospitalier et du GHCA sont en cours.

### **Offre en établissements sanitaires**

Type	Etablissement	Commune
SSR	Centre Hospitalier Louis Pasteur	Colmar
SSR	Groupe Hospitalier du Centre Alsace - Diaconat	Colmar
Court Séjour	Centre Hospitalier Louis Pasteur	Colmar
Court Séjour	Groupe Hospitalier du Centre Alsace - Diaconat	Colmar

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

## Offre en services de maintien à domicile

### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de Jour autonome	Résidence de l'Ange APAMAD	Colmar	27 places	+12 places	/
Logement Foyer	Logement-Foyer Ange	Colmar	62 places	NR	NR
Logement Foyer	Logement-Foyer Bartholdi	Colmar	75 places	NR	NR
Résidence services	Les jardins d'Arcadie	Colmar	107 logements	NR	NR
Résidence sociale	ADOMA	Colmar	120 logements	NR	NR

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 8 services interviennent sur la "zone de proximité" de Colmar (selon zonage ARS incluant les bassins de vie de Sainte-Marie-aux-Mines, Colmar Vallées, Colmar Plaine et Colmar). On dénombre au total 2 services autorisés et 6 services ayant un agrément qualité.

### **Analyse et commentaires**

Accueil de jour : ce type de service bénéficie en général d'une image d'autant plus positive qu'ils sont autonomes (le lien avec un établissement restant peu attractif pour la plupart des familles). C'est le cas à Colmar où le service est autonome.

L'existence de journées dédiées (Alzheimer principalement) constitue un "plus" en terme d'accueil mais ne réduit pas les listes d'attente. L'offre est réellement très réduite pour Colmar (27 places) et tout particulièrement pour le public qui ne souffre pas de la maladie d'Alzheimer. Les accueils de jour d'Ammerschwahr ou Kunheim sont donc utilisés en relais par des Colmariens, et ce malgré la distance (plus de 15 km) et des transports en commun peu développés.

Le travail de coordination entre les accueils de jour et les hôpitaux de jour est jugé optimal.

Foyers logements : deux foyers logements fonctionnent de manière satisfaisante à Colmar. A noter que la cohabitation se passe d'autant mieux que la maîtresse de maison s'assure en amont du profil du futur locataire (dépendance, troubles éventuels du comportement).

Résidences seniors : un accueil de ce type vient d'ouvrir à Colmar et complète de manière intéressante l'offre locale (plusieurs autres projets en cours) même si elle s'adresse à un public plus aisé (cf. coût important du loyer + prestations de service qui s'accroissent avec la dépendance). Cette formule offre un cadre rassurant (SAD agréé qualité sur place, proximité de l'hôpital) et une très bonne qualité architecturale. Pour éviter les déconvenues, les futurs locataires doivent cependant veiller à bénéficier d'une information claire à l'entrée (devis chiffré et simulations intégrant un accroissement de la dépendance).

Résidences sociales : ces logements permettent de répondre aux situations d'urgence sociale, et tiennent ainsi une place complémentaire dans le dispositif. Le foyer ADOMA accueille les personnes âgées de manière temporaire (notamment par le biais de l'Allocation Logement Temporaire) ou définitive.

Colmar bénéficie d'une situation privilégiée pour les services d'aide à domicile : 8 services interviennent sur la commune. Cette offre diversifiée (prestataires aux tarifs différents, agréés qualité ou autorisés) est positive pour les usagers (concurrence, libre choix, prise en charge sans délai). Cependant, cette situation idéale est limitée par une moindre lisibilité de l'offre en l'absence de méthode pour sélectionner le prestataire adéquat.

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) intervient de manière satisfaisante sur Colmar. Il est mobilisé dans diverses situations : dépendance lourde où l'aidant ne peut assurer le coucher (les autres aides du plan d'aide ayant été épuisées), dans les situations où le coucher tardif est choisi, pour rompre l'isolement ou pour rassurer.

OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
<b>BV Colmar</b>	17,4‰ *	65,8	124,1	2 HdJ soit 34 places	3	1
<i>Haut-Rhin</i>	19,2‰	68,1	95,8	8 HDJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

\* Zone de proximité de Colmar

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes Mobiles Gériatriques (EMG)** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

**Analyse et commentaires**

A Colmar, l'accès aux SSIAD s'effectue par le biais de listes d'attente. La priorité étant donnée aux personnes sortant de l'hôpital, les assistantes sociales éprouvent des difficultés à mettre en place, pour des personnes à domicile, des plans d'aide comportant des interventions de SSIAD. Cette situation est plus marquée à certaines périodes de l'année.

L'offre de soins des infirmiers libéraux est difficile à identifier sur ce bassin de vie : il s'agit probablement d'une spécificité urbaine due à un nombre important de professionnels intervenant sur le territoire.

Selon les professionnels des pôles gériatologiques, la coordination domicile/hôpitaux de jour ou services d'accueil de jour/hôpitaux de jour fonctionne bien sur ce territoire.

L'équipe mobile de gériatrie intervient de manière satisfaisante sur Colmar (tant à domicile qu'auprès des EHPAD).

Ce bassin de vie compte la seule Unité Cognito-Comportementale (UCC) du département.

 **Zoom sur l'offre Alzheimer**

OFFRE MEDICO-SOCIALE

	<b>Type</b>	<b>Capacités</b>
HT	Hébergement Temporaire	/
AJ	Accueil de Jour autonome	27
AJ	Accueil de Jour annexé	/
UVP	Unité de Vie Protégée	54
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé	15
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

OFFRE SANITAIRE

	<b>Type</b>	<b>Nombre de services</b>
HdJ	Hôpital de Jour	2
CM	Consultation Mémoire	3
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	1
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale	1

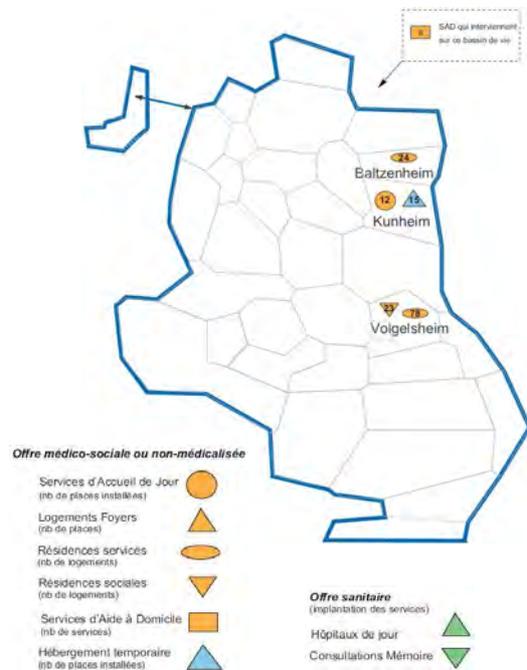
Source : Agence Régionale de Santé Alsace

**Analyse et commentaires**

Le bassin de vie de Colmar compte une large palette d'unités ou services dédiés (AJ, UVP, UHR, HDJ, CM, SSIAD, UCC) dans le secteur sanitaire et médico-social dont 2 structures uniques dans le département (UHR, UCC). Il s'agit d'une offre spécialisée typique d'un pôle urbain dont l'aire d'attraction est plus large.

## Bassin de vie de COLMAR EST

### Le maintien à domicile



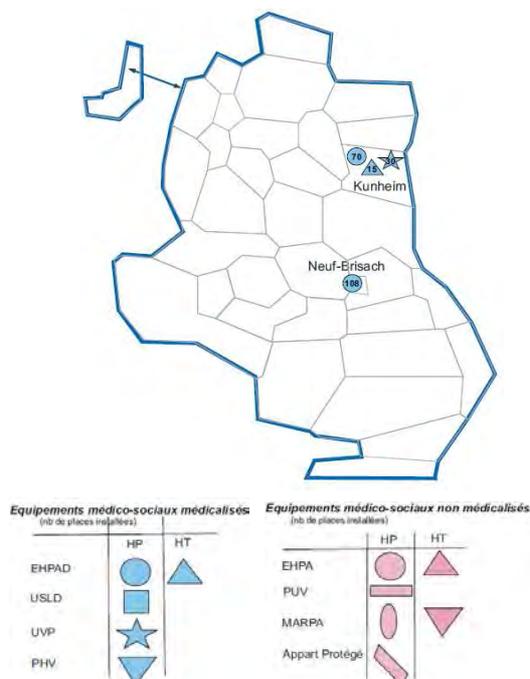
#### Forces et atouts

- offre récente en logements pour personnes âgées : 2 résidences services, dont 1 proposant des solutions domotiques + 1 résidence sociale
- offre en accueil de jour qui va doubler d'ici fin 2013 (passant de 12 à 24 places)
- bassin de vie qui compte la plus faible proportion de personnes âgées (2008 et 2021)

#### Points de vigilance

- moindre couverture des communes de la bande rhénane par les services d'aide à domicile
- double déficit en nombre de places en SSIAD et en effectifs d'infirmiers libéraux (canton de Neuf-Brisach identifié "zone fragile" en médecine générale par l'ARS)

### La prise en charge en établissement



#### Forces et atouts

- projet de création d'un nouvel établissement entièrement dédié à la prise en charge Alzheimer (Horbourg-Wihr, EHPAD privé commercial)
- des coûts à la charge des résidents encore modestes
- des taux d'occupation élevés

#### Points de vigilance

- taux d'équipement faible et absence d'offre sanitaire : des liens de dépendance avec les secteurs alentours
- mobilités problématiques pour les familles (visites) : distances et coûts importants

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et plus dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et plus dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Colmar Est</b>	50,6%	11,2	5,8% (2572 pers.)	1,1% (496 pers.)	453
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% 13253 (pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et plus (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et plus (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Colmar Est</b>	+43,9% (+1128 pers.)	+99,8% (+495 pers.)	+115
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrée à la dépendance (2010)
<b>BVS Colmar Est</b>	13,8%	18,5%	8,7%	39,1%	86%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

### Analyse et commentaires

Les indicateurs de population de ce bassin de vie décrivent une situation favorable en terme de vieillissement :

- un indice de vieillissement très faible (le plus faible du département), associé à ratio aidants/aidés très favorable (le plus favorable du département), traduisant une structure de population la plus jeune du département,
- la population âgée (que ce soit les 75 ans et plus et les 85 ans et plus) est particulièrement peu représentée dans ce secteur (taux les plus faibles du département). De fait, la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (estimations) est numériquement la moins importante dans ce bassin de vie,
- les effets du vieillissement vont néanmoins s'accroître sur ce territoire (très forte augmentation des 75 ans et plus d'ici 2021). En contre point, le renforcement de la population âgée dépendante sera relativement contraint (+115 personnes environ).

Un taux de couverture par l'APA supérieur à la moyenne (le second du département), pour des personnes cependant particulièrement peu dépendantes (lié à une offre en établissement restreinte et une population encore plutôt jeune). Le dispositif semble bien connu du public, d'autant que les personnes âgées n'éprouvent pas de gêne à en faire la demande. Les entrées en GIR4 sont donc nombreuses. Par ailleurs, les bénéficiaires en GIR1 sont proportionnellement moins nombreux.

Les pôles gériatriques sont très bien identifiés sur ce territoire. Le public qui y a recours est relativement âgé (part importante de 85 ans et plus) et accompagné pour des raisons très largement liées à la dépendance.

### Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et plus isolés dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non-imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et plus propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Colmar Est</b>	33,4%	42,0%	33,8%	86,0%
<i>Haut-Rhin</i>	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrée à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et plus parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Colmar Est</b>	10,7%	14%	3,4% (BVS de Colmar Ouest + Colmar Est + Colmar Ville)	0,62‰	0,37‰	0,7%
Haut-Rhin	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### Analyse et commentaires

Une situation globalement plutôt favorable en termes de fragilités sociales :

- une population âgée qui se caractérise par un moindre isolement dans le logement (part la plus faible du département selon les chiffres INSEE),
- une solvabilité très bonne : une faible part de foyers fiscaux non imposables (second taux le plus faible du département), le plus faible taux de bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse (CRAV et MSA), une forte part de propriétaires (second taux le plus fort du département). Point de vigilance : la problématique des propriétaires occupants de logements non entretenus (voire insalubres) faute de ressources suffisantes,
- un public âgé ayant particulièrement peu recours au pôle gériatrique pour des questions de précarité sociale et financière, de vulnérabilité, de difficultés liées au logement. En effet, on observe une part réduite de bénéficiaires âgés du RSA et un taux d'aide au titre du FSE ou du FSL très réduit. Cette situation favorable est légèrement nuancée par une part un peu plus élevée de bénéficiaires de l'APA exonérés de participation (cf. retraites agricoles très modestes, anciens bénéficiaires du RMI).

Selon les professionnels des pôles gériatriques, les indicateurs retenus sous-estiment la précarité des personnes. En effet, une part importante de l'activité des pôles gériatriques vient pallier l'absence de permanence des autres acteurs publics sur ce secteur (ex. CRAV, CRAM, etc...). Ces interventions seraient d'ailleurs en nette augmentation ces derniers mois.

Cette situation est moins prégnante à la périphérie de Colmar, où l'accès aux permanences des partenaires est plus aisé.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations/ extensions	Transformations
Maison de retraite « La Roselière »	EHPAD	Kunheim	100	15	+38 HP +5 HT	/	/
Hôpital Local Fondation Xavier Jourdain	EHPAD	Neuf-Brisach	108	/	/	/	/
Maison de retraite SAS REALPA	EHPAD	Horbouurg-Wihr	/	/	/	+72HP +12HT	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

#### \* dont prises en charge spécifiques en EHPAD :

- UVP : 30 places à la Maison de retraite « La Roselière » à Kunheim

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004-2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	2 + 1 en projet	208	15	+68 HP +5 HT	+72HP +12HT	/
USLD	/	/	/	-30	/	/
EHPA	/	/	/	/	/	/
PUV	/	/	/	/	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>208</b>	<b>15</b>	<b>+38 HP +5 HT</b>	<b>+72HP +12HT</b>	<b>/</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

#### → Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Colmar Est : 87‰**
- **moyenne départementale : 113‰**

#### → Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Colmar Est : 95‰**
- **moyenne départementale : 105‰**

### Analyse et commentaires

Le taux d'équipement 2011 est parmi les plus faibles du département. Un projet d'importance viendra néanmoins compléter l'offre d'ici fin 2013. Cette nouvelle structure sera entièrement dédiée à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

En l'absence de réponses de proximité, des liens de dépendance existent avec les secteurs alentours et la ville de Colmar en particulier. En revanche, on n'observe pas de liaisons avec les équipements bas-rhinois. Les personnes dépendantes intègrent des EHPAD de Colmar (secteur de d'Andolsheim/Horbourg-Wihr) ou de Bantzenheim/Ensisheim (secteur de Neuf-Brisach).

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par un quasi doublement des places d'EHPAD/USLD (+110 places) et le net renforcement des solutions de répit (+19 places d'accueil de jour ; +17 places d'hébergement temporaire).

L'EHPAD de Kunheim dispose de 15 places d'hébergement temporaire, utilisées sur demande et de manière satisfaisante pour les familles. L'accueil d'urgence y est pratiqué, sous réserve de places disponibles.

En cas de manque de places, des accueils temporaires sont réalisés à Beblenheim.

### Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Maison de retraite « La Roselière »	EHPAD	Kunheim	777,14	58,03€	14,3%	78,2%	115	
Hôpital Local Fondation Xavier Jourdain	EHPAD	Neuf-Brisach	642,41	52,66€	27,8%	98,3%	108	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97€</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

#### Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

**Secteur commercial** : actuellement aucun établissement, mais un projet (EHPAD à Horbourg-Wihr).

### **Analyse et commentaires**

La mobilité géographique des résidents est une nécessité faute d'accueils de proximité. La gestion intercommunale de l'EHPAD de Kunheim offre néanmoins aux habitants du secteur un quota de lits réservés, selon un système qui fonctionne bien.

Les distances à parcourir sont doublement problématiques pour les familles (visites, maintien des liens) : des transports en commun peu nombreux (difficulté pour rallier Colmar mais également pour circuler au sein du bassin de vie) et une précarité des familles (les coûts de transport sont prohibitifs, même en voiture). Dans ce contexte, le critère prépondérant pour le choix d'un établissement est d'ordre géographique afin de minimiser les déplacements sur de longues distances.

Le coût de l'hébergement est raisonnable : historiquement très modeste à Neuf-Brisach (même s'il a augmenté ces dernières années pour absorber une phase de travaux qui avait longtemps été retardée) et légèrement supérieur à la moyenne départementale à Kunheim.

L'attractivité des deux établissements est forte, en témoignent des taux d'occupation importants (artificiellement moindre à Kunheim en 2010 en raison de l'ouverture par extension de 43 places d'EHPAD et de 7 places d'AJ en juin 2010), qui rendent l'entrée dans ces établissements d'autant plus ardue (demandes bien supérieures à l'offre).

Le GMP modéré à Neuf-Brisach ne trouve pas d'explication. A Kunheim, en revanche, le GMP est renforcé par le public accueilli au sein de l'UVP et par l'admission de personnes lourdement dépendantes dès l'admission y compris avec soins palliatifs.

Les deux établissements sont habilités à l'aide sociale. Compte tenu d'un prix de journée très faible, les bénéficiaires de l'aide sociale représentent une part très importante des accueils à Neuf-Brisach. Les deux établissements de ce Bassin de Vie présentent un bilan architectural satisfaisant.

Le projet d'Horbourg-Wihr, porté par un gestionnaire commercial, marquera le développement de l'offre sur ce bassin de vie. L'établissement bénéficiera d'une habilitation partielle à l'aide sociale.

### **Offre en établissements sanitaires**

Type	Etablissement	Commune
SSR	/	/
Court Séjour	/	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

L'offre sanitaire étant inexistante (ni SSR, ni court séjour et aucun USLD depuis la fusion EHPAD/USLD intervenue à Neuf-Brisach), les personnes ont recours à l'offre disponible à Colmar (distance de 15 km qu'il est habituel d'effectuer dans ce bassin de vie pour accéder à des services plus spécialisés). La réduction progressive de l'activité hospitalière à Neuf-Brisach pénalise le secteur.

 **Offre en services de maintien à domicile**

OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de jour annexé à un EHPAD	Maison de retraite « La Roselière »	Kunheim	12	+7 places	/
Accueil de jour annexé à un EHPAD	Maison de retraite SAS REALPA (projet)	Horbourg Wihr	/	/	12 places
Résidence services	Vill'âge	Baltzenheim	24 logements	NR	NR
Résidence services	La Girandière	Volgelsheim	78 logements	NR	NR
Résidence sociale	La Pension de Famille (ADOMA)	Volgelsheim	23 logements	NR	NR

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 8 services interviennent sur la "zone de proximité" de Colmar (selon zonage ARS incluant les bassins de vie de Sainte-Marie-aux-Mines, Colmar Vallées, Colmar Est et Colmar). On dénombre au total 2 services autorisés et 6 services ayant un agrément qualité.

**Analyse et commentaires**

Les accueils de jour bénéficient en général d'une image d'autant plus positive qu'ils sont autonomes (le lien avec un établissement restant peu attractif pour la plupart des familles). Néanmoins, l'accueil de jour annexé de Kunheim fonctionne bien grâce peut-être à ses points forts : transport organisé par la structure et/ou le SIVOM selon les communes, possibilité de faire réaliser la toilette par le personnel de l'accueil de jour au domicile de la personne (avant le ramassage), ouverture 7j/7. Cette solution de répit est bien utilisée.

Pour les communes de la périphérie colmarienne, le recours à l'accueil de jour de Colmar est utilisé (sous réserve que la famille puisse effectuer les trajets et que le projet de la personne ne soit pas la préparation à l'entrée en établissement à Kunheim ou Neuf-Brisach). Fin 2013, le bassin de vie comptera 12 places supplémentaires à Horbourg-Wihr (dédiés aux malades d'Alzheimer) ce qui apportera une réponse probablement suffisante aux besoins.

Ce bassin de vie ne compte aucun foyer logement.

La résidence services de Volgelsheim a été pionnière dans le département. Les admissions y sont fréquentes et concernent de plus en plus les personnes âgées du secteur. L'accueil de personnes d'ores et déjà dépendantes (entrées en GIR 1-2) pose rapidement la question du coût de leur prise en charge (tarifs élevés dès le début, qui connaissent une explosion rapide dès le renforcement de la dépendance). Des sorties ont déjà eu lieu vers des EHPAD (Colmar), pour des cas particulièrement lourds. Cette résidence est attractive du point de vue architectural, les surfaces sont intéressantes et les logements fonctionnels. Autre point fort : l'existence d'un service d'aide à domicile internalisé. Une seconde résidence ouvrira fin 2011 à Baltzenheim (24 logements). Elle proposera des technologies innovantes en matière de domotique.

Pour répondre aux situations d'urgence sociale, la résidence sociale de Volgelsheim tient une place complémentaire dans le dispositif. Elle accueille notamment des personnes âgées isolées, précaires et dont la santé est fragile (addictions).

Quelques personnes immigrées vieillissantes résidant dans la résidence sociale gérée par ADOMA à Volgelsheim. Mais pour la plupart, ils habitent dans des logements sociaux adaptés aux personnes à mobilité réduite (Volgelsheim, Neuf-Brisach) ou sont pris en

charge par leur famille (Horbourg-Wihr).

8 services d'aide à domicile interviennent sur le secteur. La zone Est est moins bien desservie que la périphérie colmarienne. L'offre est cependant diversifiée (prestataires aux tarifs différents, agréés qualité ou autorisés) et les possibilités de recrutement de personnels plutôt aisées (cf. population féminine au chômage). Le Week End, les interventions s'organisent sans difficulté.

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) n'intervient que sur les communes de la périphérie colmarienne, et selon disponibilités (Sainte Croix en Plaine, Sundhoffen, Horbourg-Wihr). La demande se développe néanmoins sur le secteur de Neuf-Brisach.

#### OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
<b>BV Colmar Est</b>	17,4‰ *	88,7	81,9	/	/	1
Haut-Rhin	19,2‰	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

\* Zone de proximité de Colmar

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes mobiles gériatriques** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS). L'intervention sur ce bassin de vie est satisfaisante.

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

#### Analyse et commentaires

Le manque de places de SSIAD est avéré sur le secteur. Les listes d'attente sont problématiques, pour les sorties d'hôpital comme pour le maintien à domicile lorsque l'état de santé s'aggrave. Cette difficulté est partiellement compensée par l'importance des cabinets d'infirmiers libéraux qui peuvent très exceptionnellement remplacer le SSIAD pour les toilettes. Globalement, la couronne colmarienne dispose d'une situation plus favorable via l'utilisation des ressources (SSIAD, infirmiers libéraux) de la commune centre.

Le nombre de médecins libéraux est d'ores et déjà faible. Il ne cessera de diminuer suivant les départs à la retraite non remplacés, creusant encore plus le déficit d'offre de soins dans ce bassin de vie. Le canton de Neuf-Brisach a d'ailleurs été identifié par l'ARS comme "zone fragile" du point de vue de l'offre de soin en médecine générale.

On note cependant une bonne coordination entre les médecins généralistes, les pôles gériatologiques et les structures hospitalières colmariennes. Dans ce contexte, il semble néanmoins utile de bien veiller au maintien des places d'EHPAD, seule offre médicalisée

disponible localement.

L'accès aux hôpitaux de jour n'est pas aisé (Colmar), comme le reste de l'offre spécialisée. Les personnes s'y rendent en VSL.

L'équipe mobile de gériatrie intervient de manière satisfaisante sur le secteur (tant à domicile qu'auprès des EHPAD). Les demandes sont nombreuses (surtout de la part des EHPAD) et le partenariat avec les professionnels du Pôle Gériatrique est de bonne qualité.

### **Zoom sur l'offre Alzheimer**

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
<b>HT</b>	Hébergement Temporaire	/
<b>AJ</b>	Accueil de Jour autonome	/
<b>AJ</b>	Accueil de Jour annexé	12
<b>UVP</b>	Unité de Vie Protégée	30
<b>PASA</b>	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

#### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nombre de services
<b>HdJ</b>	Hôpital de Jour	/
<b>CM</b>	Consultation Mémoire	/
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

Le bassin de vie de Colmar Est dispose d'une offre spécialisée dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer relativement réduite pour le moment : une grande UVP de 30 places et 12 places d'AJ.

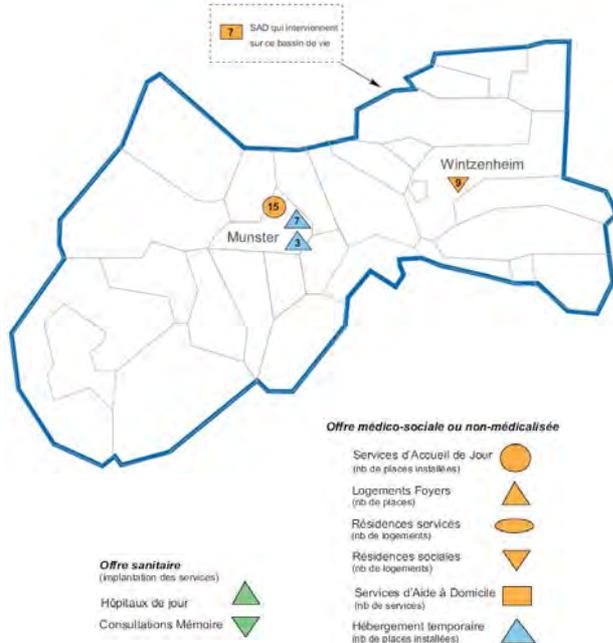
Le projet d'EHPAD (2013) entièrement dédié aux malades d'Alzheimer va abonder cette offre: 72 places d'hébergement permanent, 12 places d'hébergement temporaire, 12 places d'accueil de jour annexé. A noter également un projet de PASA à Kunheim.

Les besoins sont néanmoins très importants (UVP de Kunheim saturée) et les demandes des familles bien supérieures aux possibilités d'accueil ; cela restera le cas jusqu'à l'ouverture de l'EHPAD spécialisé fin 2013.

L'offre sanitaire spécialisée en la matière est inexistante sur ce bassin de vie. Les équipements de Colmar pallient à ce manque.

## Bassin de vie de COLMAR OUEST

### Le maintien à domicile



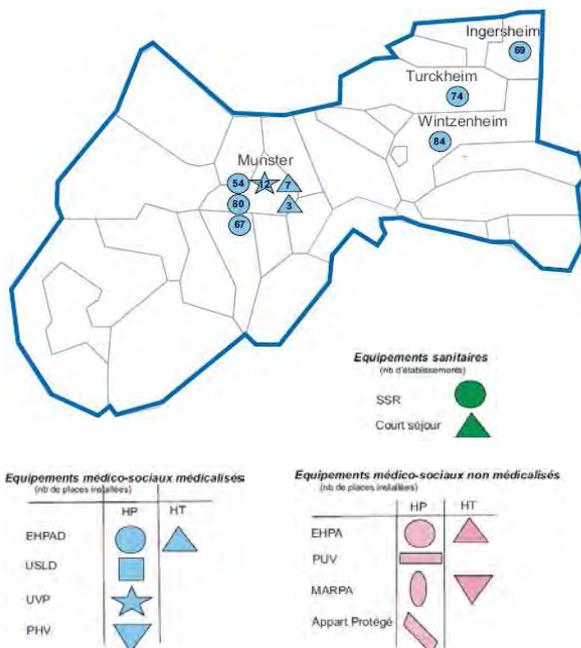
#### Forces et atouts

- partenariat de qualité entre les professionnels sociaux, médico-sociaux et du soin
- bonne couverture par les services d'aide à domicile
- interventions du service de garde itinérante de nuit (FANAL) dans les communes limitrophes de Colmar

#### Points de vigilance

- faible taux d'équipement en SSIAD, particulièrement ressenti dans les communes éloignées de Colmar
- absence d'accueil de jour dans l'avant-vallée (1 seul service à Munster)
- faiblesse de l'offre en logements pour personnes âgées : 1 seule résidence sociale

### La prise en charge en établissement



#### Forces et atouts

- bonne répartition géographique des établissements
- coûts à la charge des résidents modérés

#### Points de vigilance

- offre monolithique : uniquement constituée d'EHPAD, aucun établissement sanitaire
- peu de places en hébergement temporaire
- des établissements de taille moyenne (60-80 lits)
- 4 établissements sur 6 vont nécessiter des travaux
- forte proportion de personnes âgées en 2008 (9% - la 2e plus importante du département), et qui continuera à vieillir (+ 2 points d'ici 2021)

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### ■ Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés Théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Colmar Ouest</b>	82,5%	6,4	9.3%	2.0%	704 pers.
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58 470 pers.)	1,8% (13 253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Colmar Ouest</b>	+ 26,1% (1025pers.)	+ 105,5% (882 pers.)	+ 129
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (13 412 pers.)	+ 87,8% (11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le service social gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrée à la dépendance (2010)
<b>BVS Colmar Ouest</b>	10,1%	20,7%	4,8%	34,3%	77%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

### **Analyse et commentaires**

Tous les indicateurs militent pour une vigilance accrue sur ce bassin de vie :

L'indice de vieillissement est le plus élevé du département (79.2 % vs 61.8 % sur l'ensemble du département). Le ratio aidants/aidés théorique est légèrement inférieur à la moyenne départementale (6.4 vs 6.6 pour l'ensemble du département).

Les effets du vieillissement vont fortement s'accroître sur ce territoire au fil des années (doublement des 85 ans et + d'ici 2021). Néanmoins le renforcement de la population âgée dépendante devrait être relativement contraint (+129 personnes d'ici 2021).

Malgré une population plus vieille sur le bassin de vie, le taux de couverture de l'APA domicile y est plus faible (10,1 % vs 11,4 % sur l'ensemble du département). Plusieurs facteurs permettent de l'expliquer. Les solidarités familiales et de voisinage, d'abord, qui sont jugées plus fortes en milieu rural, par comparaison avec ce que les professionnels des Pôles Gériatriques observent dans un milieu urbain tel que Colmar. Ainsi, les personnes âgées conservent plus longtemps leur autonomie à domicile en milieu rural.

D'autre part, certains acceptent difficilement de solliciter les dispositifs tels que l'APA et attendent le dernier moment pour faire appel aux aides. Tant que l'aidant principal conserve une bonne autonomie, il ne souhaite pas être aidé à domicile. Plus tard, lorsque la dépendance augmente, l'intervention du SSIAD et/ou des IDE peut lui sembler suffisante.

Si, globalement, la part des personnes âgées rencontrées par les professionnels du Pôle Gériatrique sur ce bassin de vie est plus faible que la moyenne départementale, au-delà de 85 ans ce n'est plus le cas : les indicateurs montrent que la prise en charge de la dépendance mobilise fortement ces professionnels, en accompagnement des personnes les plus âgées (77 % des évaluations).

**Indicateurs socio-économiques**

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et plus isolés dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et plus propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Colmar Ouest</b>	37,7%	45,5%	38,5%	82,1%
<i>Haut-Rhin</i>	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrée à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et plus parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Colmar Ouest</b>	6,3%	23%	3,4% (BVS de Colmar Ouest + Colmar Est + Colmar ville)	0,78‰	0,58‰	1,0%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

**Analyse et commentaires**

Les indicateurs montrent des niveaux d'isolement et de précarité moindres, au regard de la moyenne départementale.

Les professionnels des pôles gériatriques mettent néanmoins en avant une précarité en augmentation sensible sur les derniers mois :

- elle concerne notamment les personnes qui arrivent en fin de droits (chômage, RSA, ASS) et dont les revenus diminuent brutalement, ou bien en cas de rupture de droits (CAF). Ces situations semblent concerner davantage les nouveaux arrivants sur le secteur (sans domicile fixe, ou personnes âgées qui se sont rapprochées de leur famille). Par contre, les personnes étrangères suivies par les professionnels des Pôles Gériatriques sont peu nombreuses.
- d'autre part, même si de nombreuses personnes âgées sont propriétaires de leur domicile, leurs retraites ne leur permettent pas toujours d'en assurer l'entretien ou l'adaptation avec le risque d'insalubrité, dans certains cas.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations/ extensions	Transformations
GHCA Site « Home du Florimont »	EHPAD	Ingersheim	69	/	-1 HP	/	
Hôpital Loewel	EHPAD	Munster	67	/	/	/	UVP (10 pl.)
Maison de retraite « Foyer Caroline »	EHPAD	Munster	66	7	+6 HP +1 HT	/	
Maison de retraite « Foyer du Parc »	EHPAD	Munster	80	3	-1 HT	/	
Maison de retraite du « Brand »	EHPAD	Turckheim	74	/	-9 HP	/	
Maison de retraite « Les Magnolias »	EHPAD	Wintzenheim	84	/	+4 HP	+ 4 HP	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

#### **\*dont prises en charge spécifiques en EHPAD :**

- UVP : 12 places à la Maison de retraite « Foyer Caroline » de Munster
- PASA : 14 places à la Maison de retraite « Les Magnolias » de Wintzenheim

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004- 2011	Projets 2012-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	6	440	10	+36 HP	+4 HP	UVP (10 pl.)
USLD	/	/	/	-36	/	/
EHPA	/	/	/	/	/	/
PUV	/	/	/	/	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>440</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>+4 HP</b>	<b>UVP (10 pl.)</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

→ Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Colmar Ouest : 115%**
- **moyenne départementale : 113%**

→ Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Colmar Ouest : 96%**
- **moyenne départementale : 105%**

### **Analyse et commentaires**

Sur ce bassin de vie, l'offre en structures médico-sociales est composée exclusivement d'EHPAD. Il n'existe pas d'accueil en USLD, ni en structure non médicalisée (EHPA, PUV). Le taux d'équipement global se situe dans la moyenne départementale.

Sur la période 2004/2015, l'évolution de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par une stabilité des places d'EHPAD/USLD et un renforcement modéré des solutions de répit (+ 10 places d'accueil de jour).

Les capacités en hébergement temporaire sont réduites sur le bassin de vie, obligeant les familles à élargir leur recherche aux autres secteurs géographiques. Dans les situations d'urgence, les assistantes sociales des pôles gériatriques trouvent des solutions sur l'établissement de Beblenheim.

Sur ce bassin de vie, caractérisé par des zones de vallée, les personnes âgées et leurs familles expriment le souhait de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Le choix du maintien à domicile est effectivement possible du fait de l'existence d'une solidarité familiale. Mais l'entrée en institution est également retardée pour des raisons financières : pour un couple, par exemple, l'entrée en EHPAD de l'un impacte fortement le niveau de vie de l'autre.

**Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficience et de qualité**

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
GHCA Site « Home du Florimont »	EHPAD	Ingersheim	623,33	60,14�	21,7%	90,3%	69	
Hôpital Loewel	EHPAD	Munster	770,30	47,25�	11,9%	99,2%	67	RC
Maison de retraite « Foyer Caroline »	EHPAD	Munster	726,94	55,36�	7,4%	99,3%	73	
Maison de retraite « Foyer du Parc »	EHPAD	Munster	612,17	53,88�	10,0%	97,9%	83	
Maison de retraite du « Brand »	EHPAD	Turckheim	778,78	60,69�	13,5%	97,5%	74	
Maison de retraite « Les Magnolias »	EHPAD	Wintzenheim	701,59	57,39�	5,7%	97,7%	84	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97�</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

RC : restructuration en cours/RP : restructuration prévue

**Analyse et commentaires**

Pour le choix de l'établissement, les critères prépondérants semblent être la proximité (contrainte par la disponibilité au sein des établissements) et l'image que les personnes ont de chaque structure (bouche à oreille). A l'époque de leur construction, certains établissements avaient une orientation confessionnelle ("foyer Caroline" et "foyer du Parc"). Aujourd'hui, tous sont laïques et l'appartenance confessionnelle n'est pas un critère de sélection d'établissement.

Ainsi, les personnes du secteur de Munster, lorsqu'elles le peuvent, s'orientent de façon privilégiée sur les établissements de la vallée (plutôt que de partir sur Colmar). A l'inverse, les habitants de l'avant vallée se tournent plus facilement vers les équipements colmariens.

En terme d'attractivité, des personnes originaires de Colmar sont accueillies sur les EHPAD de Turckheim et Wintzenheim.

Le prix de journée de l'Hôpital Loewel (Munster), très modéré (47,25 à), résulte de l'absence d'investissement depuis de nombreuses années. Néanmoins, l'établissement a débuté des travaux de rénovation en septembre 2011 (fin des travaux prévisionnelle en février 2013).

A Ingersheim, des travaux ont été réalisés nécessitant en 2011 la vacance de 8 lits, ce qui explique la faiblesse du taux d'occupation (90,3 %).

4  tablissements nécessiteraient des aménagements architecturaux. La restructuration de l'Hôpital Loewel est en cours.

### Offre en établissements sanitaires

Type	Etablissement	Commune
SSR	/	/
Court Séjour	/	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

#### **Analyse et commentaires**

L'offre sanitaire est réduite sur le bassin de vie. Les hospitalisations sont généralement réalisées sur Colmar. Les personnes restent ensuite pour la durée de leurs soins de suite et de réadaptation (SSR) sur Colmar, ou bien sont orientées vers le centre des "Trois Epis" (rééducation suite AVC, poly-traumatismes, oncologie...).

Sur le site de Munster, un SSR accueille également les personnes en convalescence et en rééducation (même s'il n'est pas à orientation gériatrique). Cet établissement est rattaché à l'Hôpital Loewel.

### Offre en services de maintien à domicile

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de jour annexé à un EHPAD	Maison de retraite « Foyer du Parc »	Munster	15 places	+15 places	/
Accueil de jour annexé à un EHPAD	Maison de retraite « Foyer Caroline »	Munster	0	-5 places	/
Résidence sociale	Impasse Magnolias	Wintzenheim	9 logements	NR	NR

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 7 services interviennent sur la "zone de proximité" de Colmar (selon zonage ARS incluant les bassins de vie de Sainte-Marie-aux-Mines, Colmar Ouest, Colmar Est et Colmar). On dénombre au total 5 services sur ce secteur en particulier.

#### **Analyse et commentaires**

La maison de retraite « Foyer du Parc » propose un service d'accueil de jour très apprécié par les usagers. Les journées visent en priorité le public Alzheimer, mais permettent également l'accueil d'autres publics (personnes isolées ou fragiles). Ce service est annexé à un EHPAD, mais les activités sont réalisées dans un autre bâtiment, ce qui permet de distinguer les activités proposées aux résidents et de celles des personnes en AJ.

Les personnes du bassin de vie se tournent également vers les accueils de jour de Colmar ou Ammerschwihr. L'AJ de Munster travaille de manière satisfaisante avec les hôpitaux de jour de Colmar (conventions).

Les SAD interviennent sur le bassin de vie selon une géométrie variable : 4 dans la vallée (secteur de Munster), 5 dans l'avant vallée (secteur de Wintzenheim, Turckheim, Ingersheim). Un service d'aide à domicile a une antenne dans le bassin de vie (l'association APAMAD, à Munster), les autres étant basés à Colmar.

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) couvre l'avant vallée. Ce service pratique des tarifs plus élevés sur certaines communes. Pour les autres secteurs qui ne sont pas

couverts, il n'existe pas de solution la nuit.

OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
<b>BV Colmar Ouest</b>	17,4‰ *	90,2	92,6	/	/	2
<i>Haut-Rhin</i>	19,2‰	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

\* Zone de proximité de Colmar

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes Mobiles Gériatriques (EMG)** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

**Analyse et commentaires**

Sur ce bassin de vie, les pôles gériatologiques jugent très satisfaisant le partenariat avec le secteur médical (médecins traitants, IDE, SSIAD, AS Hospitalières, équipe CPA). De ce fait, il est rare que les personnes dépendantes ne soient pas orientées vers le Pôle Gériatologique.

Le nombre de places de SSIAD est néanmoins réduit, rapporté à la population des 75 ans et plus. L'accès se fait donc toujours sur liste d'attente. Les assistantes sociales font état d'un manque le dimanche, période pendant laquelle elles se tournent vers les aides à domicile. A noter que le Projet Régional de Santé de l'ARS cible le canton de Munster comme zone prioritaire pour la création de places de SSIAD.

La faiblesse du nombre de places en SSIAD est en partie compensée par une offre importante du secteur libéral. Le nombre d'infirmiers en particulier est très supérieur à la moyenne départementale. Néanmoins, les infirmiers libéraux n'interviennent quasiment pas pour la toilette des personnes âgées.

Globalement, les personnes résidant à proximité de Colmar bénéficient d'une offre plus étoffée (intervention de SSIAD et Infirmiers libéraux colmariens), qui diminue dans les communes plus éloignées.

Les équipes mobiles gériatriques couvrent l'ensemble de la zone (jusqu'aux communes les plus éloignées), y compris au sein des EHPAD.

### **Zoom sur l'offre Alzheimer**

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
<b>HT</b>	Hébergement Temporaire	10
<b>AJ</b>	Accueil de Jour autonome	/
<b>AJ</b>	Accueil de Jour annexé	15
<b>UVP</b>	Unité de Vie Protégée	12
<b>PASA</b>	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	14

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

#### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nombre de services
<b>HdJ</b>	Hôpital de Jour	/
<b>CM</b>	Consultation Mémoire	/
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	1

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

Une prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est possible dans deux EHPAD à Munster et à Wintzenheim. A terme, la rénovation de l'Hôpital Loewel permettra de renforcer cette offre de proximité.

Le SSIAD du Ladhof (situé en dehors du bassin de vie) a une équipe spécialisée Alzheimer qui intervient sur la commune d'Herrlisheim.

En cas de besoin, ou pour des consultations très spécialisées, les familles sont orientées sur Colmar.

## Bassin de vie de GUEBWILLER

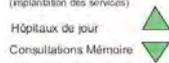
### Le maintien à domicile



#### Offre médico-sociale ou non-médicalisée



#### Offre sanitaire



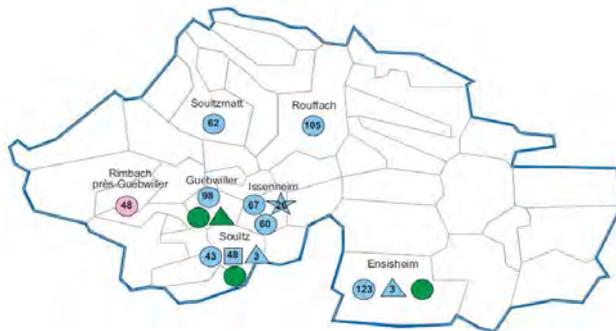
#### Forces et atouts

- offre en logements pour personnes âgées : 2 logements foyers
- offre actuellement insuffisante en places d'accueil de jour, mais qui va s'améliorer (projet d'ouverture de 16 places)
- bonne couverture du territoire par les SAD

#### Points de vigilance

- double déficit en nombre de places en SSIAD et en effectifs d'infirmiers libéraux : l'ARS se fixe comme priorité le développement de l'offre en SSIAD sur le secteur d'Ensisheim

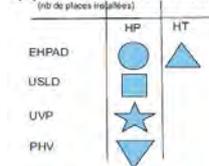
### La prise en charge en établissement



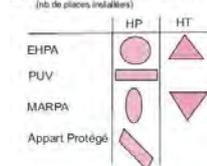
#### Equipements sanitaires



#### Equipements médico-sociaux médicalisés



#### Equipements médico-sociaux non médicalisés



#### Forces et atouts

- une offre importante et diversifiée dans la filière médico-sociale (EHPAD, USLD, EHPA) complétée par une offre sanitaire de proximité (SSR et CS)
- des coûts à la charge des résidents homogènes, situés dans une fourchette basse

#### Points de vigilance

- des capacités insuffisantes en hébergement temporaire (6 pl.)
- une insuffisance de l'offre de prise en charge Alzheimer : 1 seule UVP et aucun projet d'ici 2015
- une prise en charge importante de personnes handicapées vieillissantes : 4 EHPAD et EHPA accueillant plus de 10 PHV (Soultzmatt, Rimbach, Issenheim/Soultz)

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Guebwiller</b>	61,9%	6,6	7,4% (5353 pers.)	1,7% (1240 pers.)	957
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Guebwiller</b>	+31,2% (+1669 pers.)	+101,4% (+1257 pers.)	+225
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrée à la dépendance (2010)
<b>BVS Guebwiller</b>	12,8%	22,5%	6,8%	31,7%	80%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

### Analyse et commentaires

Pour 2008, les indicateurs de population de ce bassin de vie indiquent une situation démographique proche de la moyenne départementale en 2008. Par contre, le vieillissement devrait y être plus marqué : d'ici 2021, l'effectif de personnes âgées de 85 ans et plus va doubler (+ 101.4 %), alors qu'il n'augmentera « que » de 87.8 % sur l'ensemble du département.

Dès à présent, le taux de couverture des 75 ans et plus par l'APA domicile est supérieur à la moyenne. L'activité des professionnels des Pôles Gériatologiques semble fortement consacrée à la dépendance, tout particulièrement sur le canton de Rouffach où les demandes d'accompagnement social restent centrées sur le maintien à domicile.

En termes d'effectifs, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes sur ce bassin de vie devrait être le 2<sup>e</sup> plus élevé du département (+ 225 personnes entre 2006 et 2021).

### Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et + isolés dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non-imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Guebwiller</b>	41,1%	46,8%	40,1%	81,2%
<i>Haut-Rhin</i>	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrée à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Guebwiller</b>	9,6%	20%	2,6%	1,37%	0,69%	1,2%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### **Analyse et commentaires**

Les indicateurs incitent à considérer que les problématiques socio-économiques sont moindres sur ce bassin de vie. Les pôles gériatologiques indiquent néanmoins que de plus en plus de suivis sont réalisés en matière de précarité sociale pour des personnes isolées, très peu autonomes socialement (régularisation de papiers, dossiers de surendettement ...) et nécessitent des accompagnements dans la durée.

Par ailleurs, selon les territoires, les solutions qui peuvent être proposées sont inégales : le canton d'Ensisheim constitue à ce titre un secteur privilégié, compte tenu du soutien financier apporté par plusieurs CCAS. Inversement, sur les secteurs de Rouffach, Guebwiller ou Soultz, les professionnels des pôles gériatologiques rencontrent davantage de difficultés pour mobiliser des secours.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations/ extensions	Transformations
Etablissement Public de Santé « Docteur Thuet »	EHPAD	Ensisheim	123	3	-3 HP +3 HT	/	/
Maison de Retraite « Les Erables »	EHPAD	Guebwiller	98	/	-6 HP	/	/
Hôpital Intercommunal de Santé de Soultz-Issenheim	EHPAD	Issenheim	93	/	+4 HP -4 HT	/	/
	EHPAD	Soultz	43	3	-5 HP	/	/
	USLD	Soultz	48	/	+3 HP	/	/
Maison de Retraite « Saint-Antoine »	EHPAD	Issenheim	60	/	/	/	/
Maison de Retraite « Chanoine Oberlé »	EHPA	Rimbach près Guebwiller	48	/	/	/	/
Maison de Retraite « Saint Jacques »	EHPAD	Rouffach	105	/	+10 HP**	/	/
Maison de Retraite	EHPAD	Soultzmatt	62	/	/	/	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

**\* dont prises en charge spécifiques en EHPAD :**

- UVP à l'hôpital Intercommunal de Santé, sur la commune d'Issenheim (capacité de 26 places)

\*\* par transformation de 10 lits de SSR

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004- 2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	7	584	6	-1HT	/	/
USLD	1	48	/	+3	/	/
EHPA	1	48	/	/	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>680</b>	<b>6</b>	<b>+3 HP</b> <b>-1 HT</b>	<b>/</b>	<b>/</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

- Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :
- **BV de Guebwiller : 119‰**
  - **moyenne départementale : 113‰**
- Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :
- **BV de Guebwiller : 98‰**
  - **moyenne départementale : 105‰**

### **Analyse et commentaires**

Le taux d'équipement sur le bassin de vie est légèrement supérieur à la moyenne départementale.

L'offre de structures est diversifiée, constituée d'EHPAD, d'un USLD et d'un EHPA.

Sur la période 2004/2015, l'offre de ce bassin de vie ne s'est pas développée, hormis le renforcement des solutions de répit (+ 26 places d'accueil de jour).

Deux manques sont pointés par les professionnels des pôles gériatologiques sur le bassin de vie :

- la faible capacité en hébergement temporaire : les établissements proposent presque exclusivement de l'hébergement permanent. Les rares places disponibles en hébergement temporaire sont réservées des mois à l'avance (juillet et août étant les mois les plus demandés). Pour les situations d'urgence, les assistantes sociales sont obligées d'élargir leurs recherches sur tout le département.
- l'absence de prise en charge spécifique en unité Alzheimer ou troubles apparentés. Les familles sont dans l'obligation de faire leurs demandes sur Mulhouse, Colmar ou Neuf-Brisach.

## ■ Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Etablissement Public de Santé « Docteur Thuet »	EHPAD	Ensisheim	806,16	54,60€ à 58,39€	18,7%	99,9%	126	
Maison de Retraite « Les Erables »	EHPAD	Guebwiller	570,63	49,92€	25,5%	99,1%	98	
Hôpital Intercommunal de Santé de Soultz-Issenheim	EHPAD	Issenheim	750,14	53,94€	21,5%	98,5%	93	
	EHPAD	Soultz		50,17€			46	
	USLD	Soultz	829,11	57,81€	15,0%	89,6%	48	
Maison de Retraite « Saint-Antoine »	EHPAD	Issenheim	776,84	65,49€	75%	99,9%	60	
Maison de Retraite « Chanoine Oberlé »	EHPA	Rimbach près Guebwiller	128,11	51,13€ *	56,5%	96,9%	48	
Maison de Retraite « Saint Jacques »	EHPAD	Rouffach	751,35	52,93€ à 57,93€	4,8%	98,9%	105	
Maison de Retraite	EHPAD	Soultzmatt	700,83	54,69€	40,3%	97,1%	62	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97€</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

\* tarif non comparable (cf. établissement non médicalisé)

### Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

### Analyse et commentaires

Pour les familles, le choix de l'établissement est dicté avant tout par les prescriptions du certificat médical : toutes les personnes âgées nécessitant un accueil spécifique en unité Alzheimer ou troubles apparentés sont nécessairement orientées sur Colmar, Mulhouse ou Neuf-Brisach, du fait de l'absence d'offre de ce type sur le bassin de vie.

Lorsque les prescriptions du médecin permettent l'accueil au sein des établissements du bassin de vie, les familles choisissent selon leurs propres critères (le vécu personnel étant prédominant) :

- L'EHPAD d'Issenheim de l'hôpital Intercommunal de Santé de Soultz-Issenheim est reconnu par la population, car cet établissement propose en effet un suivi personnalisé et de nombreuses animations concourant au développement de la vie sociale.
- L'établissement "les Erables" bénéficie d'une bonne localisation, en plein centre de la commune de Guebwiller. La prise en charge est bonne, mais les locaux sont anciens et peu adaptés à la prise en charge de la dépendance, ce que confirme le GMP assez faible de cet établissement.
- L'EHPA « Chanoine Oberlé », établissement non médicalisé, à Rimbach pâtit de son éloignement, et est considéré comme une solution pour les personnes peu dépendantes, qui n'auraient pu être accueillies ailleurs : personnes en situation de précarité ou fragiles et vulnérables.

Les EHPAD de Rimbach, Issenheim/Soultz, Soultzmatt et Guebwiller accueillent un

nombre important de personnes handicapées vieillissantes (selon l'enquête réalisée en 2010 par l'OHRAS).

Le taux d'occupation de l'USLD sur la commune de Soultz est faible (89,6 %, données 2010) du fait de travaux qui ont affecté la capacité. Les autres établissements présentent des taux d'occupation tout à fait satisfaisants.

Les prix de journée, homogènes, se situent dans une fourchette basse (hors EHPAD d'Issenheim). Le coût de l'hébergement est d'ailleurs moins prépondérant dans le choix que la proximité ou le vécu des familles.

Trois établissements offrent sur le bassin de vie une capacité inférieure à 80 lits : cependant, les gestionnaires de ces trois structures ayant également la responsabilité d'autres établissements, globalement leurs tailles minimales ne sont pas problématiques. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, les établissements de Ensisheim, Guebwiller, Soultz/Issenheim, Soultzmatt, Munster et Neuf Brisach sont organisés en groupement de coopération sanitaire.

La proportion de bénéficiaires de l'aide sociale varie fortement d'un établissement à l'autre (de 4,8 % à 75 %). Ce phénomène s'explique par la présence sur le bassin de vie d'un public modeste, parfois précaire (congrégation, personnes handicapées vieillissantes), mais aussi de retraités EDF ou des mines, dont les pensions sont globalement plus élevées.

Tous les établissements fonctionnent sur liste d'attente. Néanmoins les professionnels des pôles gériatriques mettent en avant la réactivité des directeurs des établissements lorsque des situations à risque ou d'urgence apparaissent.

Globalement le bilan architectural est plutôt satisfaisant sur ce Bassin de Vie. La restructuration de l'EHPAD de Soultzmatt est à l'étude.

### **Offre en établissements sanitaires**

Type	Etablissement	Commune
SSR	Etablissement Public de Santé « Docteur Thuet »	Ensisheim
SSR	Hôpital Civil	Guebwiller
SSR	Hôpital local	Soultz
Court Séjour	Hôpital Civil	Guebwiller

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

L'offre est assez forte en structures sanitaires, avec trois SSR et un CS sur le bassin de vie. Les familles apprécient de bénéficier de structures de ce type à proximité.

Les personnes âgées peuvent également être accueillies Sainte Anne à Jungholtz, même s'il ne s'agit pas d'un SSR spécifiquement gériatrique.

Néanmoins, pour les personnes souffrant de pathologies plus lourdes, les orientations se font vers Mulhouse ou Colmar.

## ■ Offre en services de maintien à domicile

### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de jour annexé à un EHPAD	Etablissement Public de Santé « Docteur Thuet »	Ensisheim	8 places	+8 places	/
Accueil de jour annexé à un EHPAD	Hôpital Intercommunal de Santé de Soultz-Issenheim	Issenheim	2 places	0	+ 4 places
Accueil de jour autonome	« Escapade » APAMAD	Rouffach	/	/	+ 12 places
Logement Foyer	Sainte Anne	Ensisheim	58 logements	NR	NR
Logement Foyer		Soultzmatt	16 logements	NR	NR

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 9 services interviennent sur la "zone de proximité" de Guebwiller. On dénombre au total 3 services autorisés et 6 services ayant un agrément qualité.

### Analyse et commentaires

Sur la commune d'Ensisheim, un accueil de jour est proposé depuis 1 an (8 places). Ce service fonctionne très bien. L'établissement organise le transport via un minibus. L'accueil de jour de Soultz fonctionne désormais à Issenheim. Aucun transport n'y est organisé, mais les familles véhiculent plus facilement leurs parents âgés puisque les distances sont moindres (accueils de proximité).

Logements pour personnes âgées :

- les logements foyers sont avantageux pour les ressources des personnes. Par exemple : à Sainte Anne, le loyer est de 166 €, avec 152 € de charges. La durée d'attente est d'environ un an pour accéder à un logement,
- il n'y a pas de résidence sociale sur ce secteur. Il n'y a pas de demande de la part d'immigrés vieillissants (le cas échéant, ils sont pris en charge par leurs enfants ou bien sont dirigés vers le logement foyer Sainte Anne).

Pour les services à domiciles, plusieurs prestataires interviennent. Les professionnels des Pôles Gériatrique estiment qu'il n'y a pas de difficulté particulière. Comme pour le reste du département, aucun service n'est assuré la nuit.

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) ne couvre pas ce bassin de vie.

OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD p. 1 000 pers. âgées de 75 ans et + (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
BV Guebwiller	22,9‰	70,8	77,7	1	1	2
<b>Haut-Rhin</b>	19,2‰	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes Mobiles Gériatriques (EMG)** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

### Analyse et commentaires

Les chiffres (données 2009) indiquaient déjà une faible densité des médecins libéraux. Cette situation devient problématique puisque de moins en moins de médecins sont présents sur le bassin de vie. Le canton d'Ensisheim a d'ailleurs été identifié comme "zone fragile" par l'ARS, du point de vue de l'offre de soins de médecine générale.

Malgré une densité en places de services infirmiers à domicile (SSIAD) plus favorable sur ce bassin de vie comparativement à la moyenne départementale, les niveaux de sollicitations fluctuent selon les périodes et il est souvent difficile de trouver des places.

Les assistantes sociales travaillent conjointement avec les responsables des SSIAD pour minimiser ces difficultés d'accès.

A noter que le Projet Régional de Santé de l'ARS cible le canton d'Ensisheim comme zone prioritaire pour la création de places de SSIAD.

Les professionnels des Pôles Gériatologique mettent en avant la qualité du travail des équipes mobiles gériatriques : les réponses sont rapides. Dès que les visites sont effectuées, une fiche de liaison permet d'en informer les AS.

Le partenariat avec le Réseau Alsace Gériatologie (RAG), qui a développé récemment son activité sur ce territoire, est également apprécié. Cette intervention concerne plus particulièrement le canton de Guebwiller.

### **Zoom sur l'offre Alzheimer**

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
HT	Hébergement Temporaire	/
AJ	Accueil de Jour autonome	/
AJ	Accueil de Jour annexé	10
UVP	Unité de Vie Protégée	26
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

#### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nombre de services
HdJ	Hôpital de Jour	/
CM	Consultation Mémoire	1
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

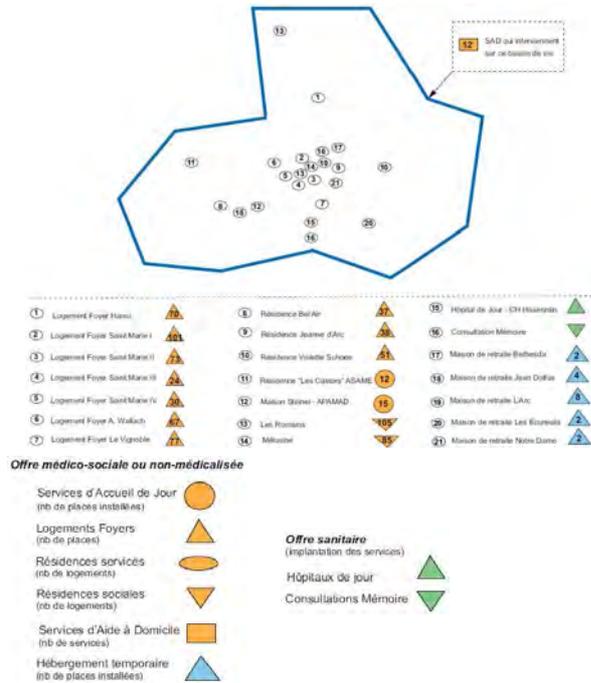
Le bassin de vie de Guebwiller dispose d'une offre spécialisée réduite pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. En effet, seul l'hôpital Intercommunal de Santé de Soultz/Issenheim sur le site d'Issenheim propose une prise en charge spécifique mais n'est pas reconnu au niveau des autorités de tarification (26 places). Aucun développement n'est prévu avant 2015.

Les capacités en accueil de jour sur le bassin de vie sont actuellement insuffisantes (10 places), mais les projets permettront d'améliorer cette situation (18 places supplémentaires prévues).

L'offre sanitaire spécialisée est faible sur ce bassin de vie, puisqu'elle ne comprend qu'une consultation mémoire psycho gériatrique.

## Bassin de vie de MULHOUSE

### Le maintien à domicile



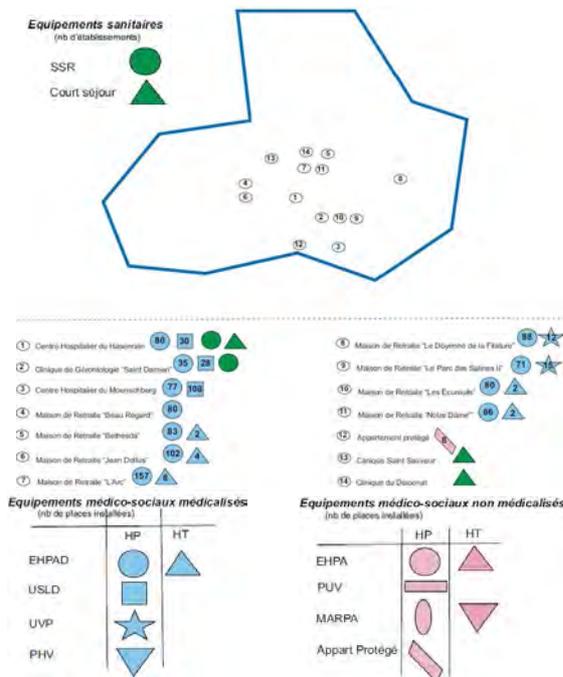
#### Forces et atouts

- capacités importantes en foyers logements et résidences sociales
- choix important et diversifié en SAD
- intervention possible du service de garde itinérante de nuit (FANAL)
- forte densité de professionnels de santé, mais néanmoins des quartiers identifiés par l'ARS comme fragiles
- population jeune, et un vieillissement qui devrait être modéré à l'horizon 2021

#### Points de vigilance

- des besoins non satisfaits en AJ
- manque de places de SSIAD (listes d'attente importantes)
- forte précarité pesant sur les personnes tant en établissement qu'à domicile
- des publics étrangers qui recourent plus difficilement aux services prestataires

### La prise en charge en établissement



#### Forces et atouts

- offre diversifiée et importante (3ème meilleur taux d'équipement du département)
- possibilités d'accueil transitoires dans les structures commerciales (taux d'occupation moindres compte tenu du coût élevé à la charge des résidents)
- nombreux projets Alzheimer : 3 UVP, 2 UHR, 1 PASA
- offre sanitaire complète (SSR, CS)

#### Points de vigilance

- pression sur les EHPAD : demandes des BVS voisins (délais d'attente, malgré des capacités importantes)
- offre en HT insuffisante pour répondre aux situations d'urgence et peu adaptée à l'accueil des personnes dépendantes
- GMP modérés dans 6 établissements
- coûts à la charge des résidents élevés

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Mulhouse</b>	54,8%	5,1	7,7% (8603 pers.)	2,0% (2235 pers.)	1559
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Mulhouse</b>	+1,3% (+112 pers.)	+51,2% (+1144 pers.)	+34
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrées à la dépendance (2010)
<b>BVS Mulhouse</b>	11,1%	32,9%	8,7%	24,2%	52%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

Les gestionnaires de cas de la MAIA ont pris en charge 181 personnes dépendantes (majorité de GIR 2 et 1) et en situation complexe sur ce secteur depuis le début de l'expérimentation en août 2009.

### **Analyse et commentaires**

Sur le plan démographique, la situation du bassin de vie de Mulhouse apparaît plutôt favorable :

- la proportion de personnes âgées est équivalente à la moyenne départementale,
- l'indice de vieillissement du département est le 2<sup>e</sup> plus faible du département, du fait d'un nombre élevé de jeunes,
- l'augmentation du nombre de personnes âgées se fera à un rythme plus modéré sur le bassin de vie que sur l'ensemble du département d'ici 2021 (cela qui s'explique par la faible proportion actuelle de personnes de 55/64 ans, cf. ratio aidants/aidés).

Sur le champ de la dépendance, la situation apparaît tout à fait spécifique : malgré un nombre important de personnes âgées dépendantes, le Pôle Gériatrique est relativement peu sollicité :

- le taux de recours à l'APA domicile est modéré, et les pôles gériatriques accompagnent une proportion restreinte des 85 ans et plus,
- alors même qu'au regard des estimations (fondée sur la structure de population), le secteur compte actuellement un nombre important de malades Alzheimer, et que les bénéficiaires de l'APA domicile sont plutôt dépendants (cf. part importante de personnes en GIR 1 et 2).

L'explication tient en partie à la présence sur la ville de Mulhouse de nombreuses personnes aux revenus modestes et d'origines étrangères. En majorité, ces personnes sont prises en charge par les membres de leur famille.

### ■ Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et + seuls dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Mulhouse</b>	47,5%	58,6%	57,3%	49,9%
<i>Haut-Rhin</i>	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrées à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Mulhouse</b>	15,7%	48%	4,3%	2,99‰	3,13‰	5,4%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### Analyse et commentaires

Sur Mulhouse, tous les indicateurs socio-économiques traduisent une situation difficile :

- de même que sur Colmar, la proportion de personnes âgées vivant seules est très élevée au regard de la moyenne départementale,
- la précarité est importante, ce qui se traduit par un nombre important de foyers non imposables, de personnes exonérées de participation pour l'APA, de bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse (CRAV et MSA),
- les pôles gériatriques consacrent une part bien plus élevée de leur activité que sur les autres secteurs à l'accompagnement des fragilités sociales. Et ce d'autant plus que les personnes rencontrées sont originaires d'un grand nombre de pays et maîtrisent peu la langue française (besoins récurrents pour le remplissage de documents administratifs, l'accès aux droits). A noter également l'existence d'une population plus jeune (60 - 65 ans) d'ores et déjà très précarisée.
- Le recours au FSE et au FSL est fort, en raison du faible niveau de ressources des bénéficiaires et de la présence sur plusieurs quartiers d'habitats dégradés.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution nette	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire		Créations/ extensions	Transformations
Centre Hospitalier Site Hasenrain	EHPAD	Mulhouse	80	/	/	/	UVP (14 pl.) UHR (14 pl.)
	USLD		30	/		/	/
Centre Hospitalier Site Moenschberg	EHPAD	Mulhouse	77	/	/	/	/
	USLD		108	/		/	/
Clinique de Gériatrie « Saint Damien »	EHPAD	Mulhouse	35	/	/	+ 4HT	UVP (14 pl.) UHR (14 pl.)
	USLD		30	/			
Maison de Retraite « Notre Dame »	EHPAD	Mulhouse	86	2	+4 HP		
Maison de Retraite « Beau Regard »	EHPAD	Mulhouse	80	/	0	/	/
Maison de Retraite « Bethesda »	EHPAD	Mulhouse	83	2	+2 HP -2 HT	/	/
Maison de Retraite « Jean Dollfus »	EHPAD	Mulhouse	102	4	+11 HP +4 HT	/	/
Maison de Retraite « L'Arc »	EHPAD	Mulhouse	157	8	+3 HP	+1 HT	UVP (10 pl.)
Maison de Retraite « Le Doyenné de la Filature »	EHPAD	Mulhouse	100	/	0	/	/
Maison de Retraite « Le Parc des Salines II »	EHPAD	Mulhouse	86	/	0	-1 UVP	/
Maison de Retraite « les Ecureuils »	EHPAD	Mulhouse	80	2	+1 HP +2 HT	/	/
Appartement protégé	PUV	Mulhouse	8	/	+3 HP	+16 HP	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

#### \* dont prises en charge spécifique en EHPAD

- UVP : 12 places à la Maison de Retraite « Le Doyenné de la Filature, 15 places à la Maison de Retraite « Parc des Salines II ».

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004-2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	11	966	18	+46 HP* +4 HT	+ 5HT - 1 UVP	UVP (38 pl.) UHR (28 pl.)
USLD	3	168	/	-115	/	
PUV	1	8	/	+3	+16 HP	
<b>TOTAL</b>		<b>1142</b>	<b>18</b>	<b>-66 HP</b> <b>+4 HT</b>	<b>+15 HP</b> <b>+5 HT</b>	<b>UVP (38 pl.)</b> <b>UHR (28 pl.)</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

\* Cette évolution tient compte du transfert d'un établissement complet (90 lits) vers Kingersheim en 2007.

→ Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Mulhouse : 134‰**
- **moyenne départementale : 113‰**

→ Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Mulhouse : 131‰**
- **moyenne départementale : 105‰**

### Analyse et commentaires

Le taux d'équipement est élevé sur le bassin de vie de Mulhouse : sur le département, seuls les BV de Sainte Marie aux Mines et Colmar sont mieux dotés.

L'offre est diversifiée, permettant un accueil en EHPAD, en USLD ou en appartements protégés. Cette diversité est considérée comme un atout, permettant de proposer un accueil adapté aux besoins des personnes âgées et ainsi de retarder l'âge d'entrée en établissement.

L'offre en hébergement permanent est quantitativement importante (1132 places en établissements et 8 places en appartements protégés). Néanmoins il existe une tension pour y accéder. En effet, au-delà de Mulhouse même, la demande provient également des personnes âgées de la couronne (Mulhouse Grand Ouest et Grand Est) et des secteurs plus au sud (Saint Louis et Altkirch), dont les taux d'équipement sont les plus faibles du département. Par conséquent, les délais d'attente restent généralement longs pour les familles.

Trois USLD existent, sollicitées à la suite des hospitalisations. Il est plus rare que des personnes âgées vivant à domicile entrent directement en USLD. Leur attractivité au-delà de Mulhouse est d'autant plus forte que les USLD de la couronne ont été supprimées.

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par une réduction des places d'EHPAD/USLD (due au transfert d'un établissement de Mulhouse vers Kingersheim) et le renforcement modéré des solutions de répit (+ 7 places d'accueil de jour, + 9 places d'hébergement temporaire).

L'offre en hébergement temporaire est considérée comme insuffisante. Lorsque cette

solution de répit peut être anticipée par les familles, des mois à l'avance, elles réussissent généralement à accéder à une place. Par contre, il est systématiquement très difficile d'y accéder dans des situations d'urgence (ex. hospitalisation ou décès de l'aidant).

Ces demandes non satisfaites mettent à la fois en lumière le manque de lisibilité de l'hébergement temporaire (il existe un écart entre les places indiquées dans les arrêtés et celles effectivement disponibles dans les établissements) et des exigences inadaptées des établissements eux-mêmes vis-à-vis d'un public particulier généralement dépendant (l'hébergement provisoire est encore mal identifié au sein des établissements et les demandes se heurtent à des refus dès lors que les personnes ne sont pas autonomes ou nécessitent des soins).

Deux structures lucratives sont présentes sur ce bassin de vie. Leur taux d'occupation étant moindre, elles proposent actuellement un accueil transitoire (le Parc des Salines et le Doyenné de la Filature). Le coût y étant plus élevé, les personnes âgées y séjournent dans l'attente qu'une place se libère dans un autre établissement.

Ce sont ces deux mêmes structures lucratives qui offrent une prise en charge spécifique en UVP. L'offre de ce type est réduite actuellement (27 places), mais plusieurs projets permettront de la développer fortement : à l'horizon 2015, des réaffectations au sein de différents établissements prévoient de proposer davantage de places UVP, PASA et UHR.

Les appartements protégés ont l'avantage de proposer un accueil à taille humaine, moins angoissant que l'accueil en EHPAD. Cette solution est appréciée des résidents et de leur famille. Néanmoins, compte tenu de la capacité très réduite (8 places), il ne s'agit pas véritablement d'une alternative. Par ailleurs, une seule auxiliaire de vie est présente en journée, ce qui semble peu compte tenu du degré important de dépendance du public accueilli. Un projet de 16 places supplémentaires est à l'étude.

**Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficience et de qualité**

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Centre Hospitalier Site Hasenrain	EHPAD	Mulhouse	765,73	59,56� � 63,02�	56,36	96,9%	80	RP
	USLD		871,59	60,55� � 64,01�		96,4%	30	RP
Centre Hospitalier Site Moenschberg	EHPAD	Mulhouse	765,73	45,80�	33,5%	96,9%	77	RP
	USLD		871,59	60,55� � 64,01�		96,4%	108	
Clinique de G�erontologie « Saint Damien »	EHPAD	Mulhouse	828,29	66,44�	24,6%	NR	35	RC
	USLD		941,43	66,82�			30	RC
Maison de Retraite « Beau Regard »	EHPAD	Mulhouse	752,00	57,05�	16,3%	99,1%	80	
Maison de Retraite « Bethesda »	EHPAD	Mulhouse	627,18	61,26�	28,9%	100%	85	
Maison de Retraite « Jean Dollfus »	EHPAD	Mulhouse	696,70	59,30�	17,6%	99,4%	106	
Maison de Retraite « L'Arc »	EHPAD	Mulhouse	616,59	61,23�	15,3%	99,5%	165	
Maison de Retraite « Le Doyenné de la Filature »	EHPAD	Mulhouse	751,40	73,78� � 81,28�	0% *	96,5%	100	
Maison de Retraite « Le Parc des Salines II »	EHPAD	Mulhouse	651,78	80,72�	Non habilité	84,0%	86	
Maison de Retraite « les Ecureuils »	EHPAD	Mulhouse	696,34	62,08�	15,0%	99,9%	82	
Maison de Retraite « Notre Dame »	EHPAD	Mulhouse	663,02	60,42�	26,7%	96,3%	88	RP
Appartement protégé	PUV	Mulhouse	744,44	/	Non habilité	/	8	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97�</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

\* Habilitation partielle à l'aide sociale

Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

**Secteur commercial : 2 établissements**

- le Parc des Salines : 71 places d'HP et 15 places d'UVP
- le Doyenné de la Filature : 88 places d'HP et 12 places d'UVP

### **Analyse et commentaires**

Sur ce territoire, la précarité est forte (cf. indicateurs en infra). Pour cette raison, au-delà de la disponibilité de places au sein des établissements, les critères de choix sont avant tout d'ordre financier : habilitation de l'établissement à l'aide sociale et coût restant à la charge des résidents.

Plus les situations sont lourdes, plus les familles rencontrent de difficultés pour trouver une place en établissement.

Sur ce bassin de vie, plusieurs établissements présentent un GMP faible. Ce phénomène s'explique pour partie par une sélection par les gestionnaires, à l'entrée, privilégiant les personnes âgées peu dépendantes.

Cette situation pose la question de la stratégie des gestionnaires : compte tenu du vieillissement sur l'ensemble du territoire et d'une entrée de plus en plus tardive en établissement (et donc avec des niveaux de dépendance à l'entrée de plus en plus lourds), les EHPAD devront nécessairement s'adapter pour pouvoir accueillir de plus en plus de personnes dépendantes.

De fait, les personnes âgées dont les pathologies sont les plus lourdes sont accueillies par les établissements disposant d'un USLD (ce que reflètent les GMP, plus élevés).

Le coût journalier restant à la charge des résidents est problématique : dans la plupart des établissements, ce coût est supérieur à la moyenne départementale. Seuls le Centre hospitalier, et la maison de retraite « Beau Regard » permettent des prises en charge à des coûts moindres (mais des travaux sont en cours au Centre Hospitalier, à l'issue desquels le reste à charge sera majoré).

Deux établissements offrent des capacités inférieures à 80 lits. Cette situation n'est pas réellement problématique puisqu'ils sont tous deux mutualisés avec d'autres sites :

- la clinique de Gériatrie « Saint Damien » (63 lits) avec la maison de Retraite « Notre Dame » (86 lits),
- le centre hospitalier regroupant sur le site Moenschberg l'EHPAD (77 lits) et l'USLD (108 lits).

La moitié des établissements présentent un bilan architectural satisfaisant. La restructuration de Saint-Damien est en cours. Elle intégrera également le rapprochement de l'EHPAD Notre-Dame sur le même site. La restructuration du Centre hospitalier est à l'étude. Un projet de déménagement de l'appartement protégé est envisagé.

### ■ Offre en établissements sanitaires

Type	Etablissement	Commune
SSR	Centre Hospitalier	Mulhouse
SSR	Clinique de Gériatologie « Saint Damien »	Mulhouse
Court Séjour	Clinique Saint Sauveur	Mulhouse
Court Séjour	Centre Hospitalier	Mulhouse
Court Séjour	Clinique du Diaconat	Mulhouse

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### Analyse et commentaires

Une offre sanitaire comprenant deux SSR gériatriques et trois établissements de court séjour vient compléter l'offre médicalisée (EHPAD, USLD).

Compte tenu des difficultés d'accès à l'hébergement temporaire, les familles (orientées par les médecins traitants) se tournent de façon privilégiée vers les SSR en cas d'urgence. Dans le même temps, les agents des pôles gériatologiques et les gestionnaires de cas de la MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer) constatent que certaines personnes âgées sont renvoyées prématurément à leur domicile faute de disponibilité dans les SSR. Pour cette raison, et à plus forte raison sur ce bassin de vie, la coordination entre les professionnels est à renforcer pour améliorer les conditions de retour à domicile des personnes âgées, à leur sortie d'hôpital.

### ■ Offre en services de maintien à domicile

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de Jour autonome	Résidence « Les Castors » - ASAME	Mulhouse	12 places	+12 places	/
Accueil de Jour autonome	« Maison Steinel » - APAMAD		15 places	0	/
Accueil de Jour annexé	Maison de Retraite « Le Doyenné de la Filature »		0 places	-5 places	/
Logement Foyer	Hansi		70 logements		/
Logement Foyer	Sainte Marie I		101 logements		/
Logement Foyer	Sainte Marie II		73 logements		/
Logement Foyer	Sainte Marie III		24 logements		/
Logement Foyer	Sainte Marie IV		30 logements		/
Logement Foyer	A. Wallach		67 logements		/
Logement Foyer	Le Vignoble		77 logements		/
Logement Foyer	Résidence Bel Air		37 logements		/
Logement Foyer	Jeanne d'Arc		38 logements		/
Logement Foyer	Violette Schoen		51 logements		/
Résidence Sociale	ALEOS Les Romains		105 logements		
Résidence Sociale	ADOMA Foyer Mélusine		85 logements		

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile :** 12 services interviennent sur la "zone de proximité" de Mulhouse. On dénombre au total 4 services autorisés et 8 services ayant un agrément qualité.

### **Analyse et commentaires**

Le secteur compte deux accueils de jour autonomes mais les capacités sont insuffisantes. L'entrée se fait sur liste d'attente. La demande porte également sur un renforcement de la fréquence d'accueil : les familles des personnes accueillies un jour par semaine souhaiteraient, de plus en plus, bénéficier d'une prise en charge un jour supplémentaire (liste d'attente également).

Les créations de place à venir devront donc être réalisées en premier lieu sur la commune de Mulhouse.

A noter le fonctionnement particulier de l'APAMAD, qui organise une journée décentralisée à la maison de retraite « Jean Dollfus ». Le transport des personnes accueillies en AJ fonctionne bien sur ce bassin de vie.

Une particularité de ce secteur est le nombre important de logements foyer. Cette offre est intéressante pour les personnes dont les logements ne sont plus adaptés et offre un cadre rassurant. Des animations sont proposées, ainsi qu'une possibilité de restauration collective. Il n'y a pas forcément de personnel présent en journée : ce sont des gérants qui ont chacun un foyer en charge mais qui ne sont parfois présents que les matinées du lundi au vendredi.

Néanmoins, les professionnels du service social gériatrique estiment utiliser assez peu cette offre, proposée davantage aux personnes isolées, ayant connu des ruptures dans leurs parcours de vie). En effet, sur un secteur urbain, caractérisé par un habitat dense, dans de petits logements, et avec une proportion élevée de locataires, la plus value des logements foyer apparaît moindre. Le service social gériatrique privilégie les actions de sécurisation du domicile, et de préparation de l'entrée en EHPAD. De plus, la perte d'autonomie des résidents en logements foyer est problématique (ces structures n'ayant pas été conçues pour accueillir de personnes dépendantes).

Deux résidences sociales accueillent des personnes âgées de 50 ans et plus, aux revenus modestes :

- le foyer ADOMA,
- la résidence ALEOS.

La résidence ALEOS propose des chambres adaptées et accueille des personnes vieillissantes, à faible mobilité. Des travailleurs médico-sociaux sont présents au sein de la structure. Le service social gériatrique intervient essentiellement autour de la dépendance à travers le dispositif APA et des demandes d'aide sociale pour la prise en charge des aides ménagères et des portages de repas.

En l'absence de travailleurs sociaux dans certaines résidences sociales, le Pôle Gériatrique intervient pour toute demande concernant la dépendance, la précarité ou l'accès aux droits.

Les services d'aides à domicile sont nombreux à intervenir sur le secteur. Néanmoins, on observe des différences de prix importantes entre les prestataires, a fortiori lorsque les besoins des personnes âgées nécessitent d'intervenir fréquemment. La qualité des interventions constitue un point d'amélioration : selon la structure à laquelle les personnes âgées font appel, il leur sera plus ou moins facile d'obtenir un plan d'aide « sur mesure » qui convienne aux situations complexes prises en charge par les gestionnaires de cas de la MAIA.

Une spécificité de ce secteur est que le recours aux prestataires apparaît relativement plus difficile à mettre en place : pour les personnes dont la maîtrise de la langue est faible (nombreuses nationalités) et aux revenus faibles, le salariat d'un membre de la famille est souvent privilégié.

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) effectuée des prises en charge sur Mulhouse mais le coût global reste élevé. Vu la précarité de la population âgée du bassin de vie, les prises en charge par les SSIAD pour le coucher sont privilégiées. Ce service est donc souvent mis en place dans l'attente d'une place en SSIAD pour le soir.

#### OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD p. 1 000 pers. âgées de 75 ans et + (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
BV Mulhouse	15,0%*	74,2	132,3	1 soit 15 places	1	1
<b>Haut-Rhin</b>	19,2%	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

\* Zone de Proximité de Mulhouse incluant les Bassins de Vie de Mulhouse, Mulhouse Grand Est et Mulhouse Grand Ouest

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes mobiles gériatriques** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

#### Analyse et commentaires

Le manque de places de SSIAD est avéré sur le secteur. Les listes d'attente sont problématiques, pour les sorties d'hôpital comme pour le maintien à domicile lorsque l'état de santé s'aggrave.

Les infirmiers libéraux sont nombreux, mais cette forte densité ne compense pas le déficit en SSIAD puisqu'ils ne prennent pas en charge certaines interventions (la toilette en particulier).

Le secteur compte également un centre de soins infirmiers (géré par l'ASAME), avec des antennes dans plusieurs quartiers de la ville.

La densité de médecins libéraux est élevée. Néanmoins, à une échelle plus fine, certains quartiers ont été identifiés par l'ARS comme "zones fragiles" du point de vue de l'offre de soin en médecine générale.

Le secteur compte un hôpital de jour. La demande est forte, puisqu'il est également sollicité par les personnes âgées originaires de la couronne mulhousienne, voire au-delà.

## Zoom sur l'offre Alzheimer

### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
HT	Hébergement Temporaire	/
AJ	Accueil de Jour autonome	27
AJ	Accueil de Jour annexé	/
UVP	Unité de Vie Protégée	27
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nb de services
HdJ	Hôpital de Jour	1
CM	Consultation Mémoire	1
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	1

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

En matière d'accueil spécifique, le bassin de vie est actuellement sous-équipé (27 places UVP, et 27 places en AJ).

Les places en UVP du secteur présentent actuellement la particularité d'être localisées dans les deux établissements commerciaux. Cette offre présente le défaut d'accueillir au sein des mêmes unités des personnes présentant des troubles psychiatriques et d'autres souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Plusieurs projets au sein de différents établissements permettront d'étoffer l'offre, et de proposer une prise en charge plus adaptée sur le plan architectural :

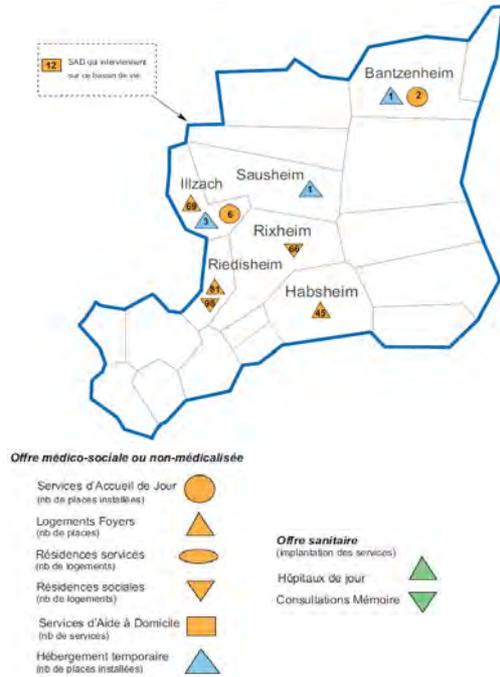
- 3 projets d'UVP : 14 places au centre hospitalier (site de Hasenrain), 14 places à la clinique de gérontologie « Saint Damien » et 10 places à la maison de retraite « L'Arc »,
- 2 projets d'UHR : 14 places au centre hospitalier (site de Hasenrain), 14 places à la clinique de gérontologie « Saint Damien »
- 1 projet de PASA : entre 12 et 14 places à la maison de retraite « Jean Dollfus ».

Par contre, il n'existe aucun projet pour le moment ni en matière d'hébergement temporaire, ni en matière d'accueil de jour.

Le bassin de vie de Mulhouse est doté des différentes structures et services sanitaires (hôpital de jour, consultation mémoire, et SSIAD). Quantitativement, cette offre spécialisée apparaît néanmoins moins étoffée que sur Colmar.

## Bassin de vie de MULHOUSE EST

### Le maintien à domicile



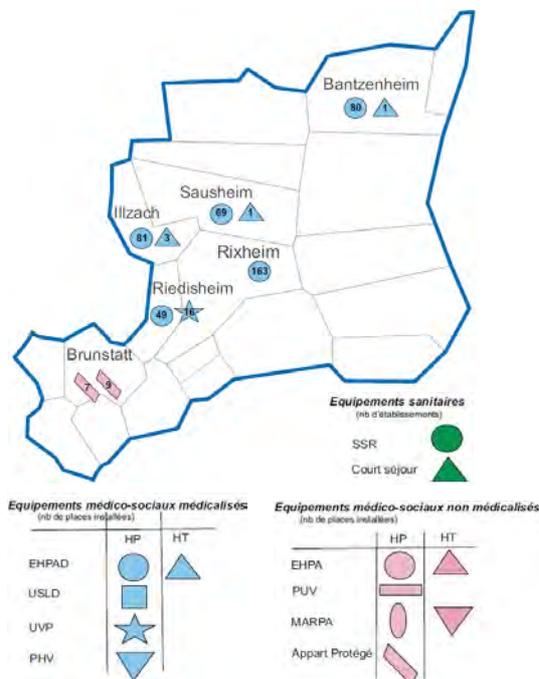
#### Forces et atouts

- situation socio-économique globalement favorable, (malgré des poches de pauvreté identifiées)

#### Points de vigilance

- AJ qui fonctionne bien (positionnement central), mais des besoins qui nécessiteraient un développement dans les zones ouest et sud
- peu d'offre en logements pour personnes âgées (aucun sur la ville d'Altkirch), mais 1 résidence service en projet
- difficulté à mettre en place les plans d'aide APA avec les SAD
- malgré un fort taux d'équipement en SSIAD, faible disponibilité des professionnels
- faibles densités d'infirmiers et médecins généralistes (canton de Dannemarie identifié comme prioritaire par l'ARS pour une meilleure répartition des professionnels de santé)
- recours tardif à l'APA à domicile pour des personnes âgées déjà très dépendantes (entrées en GIR 2)

### La prise en charge en établissement



#### Forces et atouts

- 2 structures permettent une prise en charge dans des petites unités (appartements protégés)
- prise en charge Alzheimer qui va s'étoffer : 3 UVP et 2 PASA en projet
- coûts à la charge des résidents modérés

#### Points de vigilance

- 2<sup>ème</sup> taux d'équipement le plus faible du département : dépendance vis-à-vis des BVS voisins
- offre réduite en HT
- pour les soins gériatriques, nécessité de se rendre à Mulhouse (aucun SSR ou CS)

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### ■ Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Mulhouse Est</b>	71,9%	8,4	8,1% (6286 pers.)	1,6% (1206 pers.)	1121
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Mulhouse Est</b>	25,0% (+1572 pers.)	+103,8% (+1252 pers.)	+189
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part de l'activité du SSG consacrée à la dépendance (2010)
<b>BVS Mulhouse Est</b>	12,4%	36,9%	6,5%	31,2%	72%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

Les gestionnaires de cas de la MAIA ont pris en charge 61 personnes dépendantes (majorité de GIR 2 et 1) et en situation complexe sur ce secteur depuis le début de l'expérimentation en août 2009.

### **Analyse et commentaires**

En 2008, la population du bassin de vie est d'ores et déjà âgée : la part des 75 ans et plus est supérieure à la moyenne et l'indice de vieillissement est fort (traduisant une moindre proportion de jeunes).

D'ici 2021, le vieillissement sera plus fort sur ce territoire que sur l'ensemble du département : l'effectif des 85 ans et plus devrait doubler (+103,8% versus 87,8% à l'échelle départementale).

En matière de prise en charge de la dépendance, les besoins apparaissent particuliers sur ce bassin de vie :

- le taux de couverture de l'APA est élevé,
- la proportion de personnes très dépendantes est significative (GIR 1 et 2), supérieure de près de 10 points à la moyenne départementale.

Ces chiffres peuvent s'expliquer par les équipements de proximité : les familles sont contraintes de privilégier le maintien à domicile, même lorsque la dépendance devient lourde.

En dépit d'un profil spécifique des bénéficiaires de l'APA domicile, plus nombreux et plus dépendants que sur les autres bassins de vie, l'activité des pôles gériatriques est strictement dans la moyenne départementale : un tiers des 85 ans et plus sont accompagnés, et près de 3 évaluations sur 4 concernent la dépendance.

### Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et + isolés dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Mulhouse Est</b>	<b>44,5%</b>	<b>50,0%</b>	<b>35,8%</b>	<b>78,7%</b>
<i>Haut-Rhin</i>	<b>42,9%</b>	<b>50,0%</b>	<b>41,9%</b>	<b>73,4%</b>

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part de l'activité du SSG consacrée à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Mulhouse Est</b>	8,0%	28%	3,8%	0,87‰	0,81‰	0,9%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### Analyse et commentaires

Aucun des indicateurs socio-économique n'apparaît préoccupant.

La proportion de personnes âgées vivant seules à son domicile n'est que légèrement supérieure à la moyenne départementale (cet indicateur ne préjugeant pas par ailleurs de l'éloignement des aidants éventuels).

Les ressources des personnes âgées de ce secteur se situent plutôt au-dessus des critères d'accès aux aides (peu de personnes exonérées de participation pour l'APA, peu d'aides FSE/FSL, peu de bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse).

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire		Créations/ extensions	Transformations
Maison de Retraite « Les Molènes »	EHPAD	Bantzenheim	80	1	+1 HP +1 HT	/	UVP (12 pl.)
Appartements Protégés « Cour des Vignerons »	PUV	Brunstatt	7	/	+2 HP -1 HT	/	/
Appartements Protégés « Cour du Tissage »	PUV	Brunstatt	9	/		/	/
Maison de Retraite « Le Sequoia »	EHPAD	Illzach	81	3	0	UVP (12 pl.)	/
EHPAD « Les Collines »	EHPAD	Riedisheim	65	/	+65 HP	/	/
Hôpital « Saint Sébastien »	EHPAD	Rixheim	163	/	0	+ 10 HP + 2 HT	UVP (15 pl.)
Maison de Retraite du « Quatelbach »	EHPAD	Sausheim	69	1	-1 HP	/	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

#### \* dont prises en charge spécifique en EHPAD

- UVP : 16 places à l'EHPAD « Les Collines » de Riedisheim.

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004-2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	5	458	5	+65 HP	+ 10 HP +12 UVP + 2HT	UVP (27 pl.)
USLD	/	/	/	/	/	/
PUV	2	16	/	+2	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>474</b>	<b>5</b>	<b>+67 HP</b>	<b>+ 10 HP +12 UVP + 2HT</b>	<b>UVP (27 pl.)</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

→ Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Mulhouse Est : 74‰**
- **moyenne départementale : 113‰**

→ Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Mulhouse Est : 66‰**
- **moyenne départementale : 105‰**

### Analyse et commentaires

Le taux d'équipement est largement inférieur à la moyenne départementale (c'est le 2<sup>e</sup> plus faible du département).

A coté des EHPAD (97% des places), deux petites unités permettent un accueil en appartements protégés (respectivement de 7 et 9 places).

Il est jugé difficile sur ce secteur de trouver une place en établissement. Malgré un recrutement qui donne la priorité aux habitants du canton pour certains EHPAD (Sausheim, Rixheim, Riedisheim), les personnes âgées doivent pour beaucoup se tourner vers les autres établissements du département.

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par la création d'un nouvel EHPAD (+65 places) et le renforcement des solutions de répit (+12 places d'accueil de jour ; +2 places d'hébergement temporaire).

L'offre en hébergement temporaire reste réduite (5 places). Lorsque les séjours sont anticipés, les personnes âgées arrivent à accéder à ces places. Compte tenu du faible taux d'équipement, malgré leur identification en hébergement temporaire. Ces places ne sont pas exclusivement utilisées à cet effet. Par conséquent, pour les situations d'urgence, les familles doivent généralement se tourner vers d'autres secteurs (en particulier Mulhouse).

Néanmoins, en cas de disponibilités, certains établissements en informent les Pôles Gériatriques.

Pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, l'accueil est possible au sein de l'Unités de Vie Protégée de l'EHPAD de Riedisheim.

**Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité**

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Maison de Retraite « Les Molènes »	EHPAD	Bantzenheim	688,05	59,47 €	20,0%	98,3%	81	
Appartements Protégés « Cour des Vignerons »	PUV	Brunstatt	583,75	/	/	/	7	
Appartements Protégés « Cour du Tissage »	PUV	Brunstatt	681,91	/	/	/	9	
Maison de Retraite « Le Sequoia »	EHPAD	Illzach	629,76	58,37€	12,3%	99,2%	84	
EHPAD « Les Collines »	EHPAD	Riedisheim	685,08	60,33€	6,1%	97,7%	65	
Hôpital « Saint Sébastien »	EHPAD	Rixheim	673,54	55,77€ à 58,09€	15,3%	96,8%	163	
Maison de Retraite du « Quatelbach »	EHPAD	Sausheim	724,14	56,63€	8,7%	100,0%	70	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97€</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

**Analyse et commentaires**

Les GMP sont relativement modérés pour l'ensemble des établissements. La quasi-absence d'offre spécialisée Alzheimer (UVP) explique ce résultat. Le GMP de la maison de retraite du « Quatelbach » est plus élevé : cet établissement accueillait par le passé une Unité de Soins Long Durée (USLD).

Les agents des pôles gériatriques considèrent qu'à défaut de places disponibles et adaptées à leur niveau de dépendance, le maintien à domicile est davantage contraint. Cette analyse est validée par le taux de recours important à l'APA domicile (malgré des revenus globalement élevés sur le bassin de vie), ainsi que la proportion de personnes fortement dépendantes à domicile (cf. indicateurs infra).

Les coûts restant à la charge des résidents sont homogènes sur le secteur (proches de la moyenne départementale), et les taux d'occupation sont élevés.

Deux établissements présentent des capacités inférieures à 80 places. Pour l'EHPAD « Les Collines » à Riedisheim, la direction est commune avec la maison de Retraite « Beau Regard » à Mulhouse.

Dès la fin des travaux de l'EHPAD de Rixheim, l'ensemble des bilans architecturaux sera satisfaisant.

### ■ Offre en établissements sanitaires

Type	Etablissement	Commune
SSR	/	/
Court Séjour	/	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

#### **Analyse et commentaires**

Le bassin de vie n'est doté d'aucun établissement sanitaire. Les soins gériatriques sont réalisés sur Mulhouse, mais aussi sur les autres établissements du département.

### ■ Offre en services de maintien à domicile

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de Jour autonome	ASAME	Zillisheim	/	/	+10 places
Accueil de Jour annexé	Maison de Retraite « Les Molènes »	Bantzenheim	2	+2 places	/
Accueil de Jour annexé	Maison de Retraite « Le Sequoia »	Illzach	6	0	/
Logement Foyer	Belle Vue	Habsheim	45 places	NR	NR
Logement Foyer	Les Cygnes	Illzach	69 places	NR	NR
Logement Foyer	Le Bois Gentil	Riedisheim	81 places	NR	NR
Logement Foyer	Les Glycines	Rixheim	66 places	NR	NR
Résidence Sociale	ALEOS	Riedisheim	98 chambres	NR	NR

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 12 services interviennent sur la "zone de proximité" de Mulhouse. On dénombre au total 4 services autorisés et 8 services ayant un agrément qualité.

#### **Analyse et commentaires**

Dans l'attente de l'ouverture du service d'accueil de jour de Zillisheim, l'offre se résume à huit places "non médicalisées" à Bantzenheim et Illzach, ne permettant pas de répondre aux besoins des personnes dépendantes.

Les personnes âgées résidant au sud du bassin de vie utilisent l'accueil de jour de Kembs.

Les professionnels des pôles gériatologiques déplorent l'absence de solutions de répit sur ce territoire, tant au niveau de l'accueil de jour que de l'hébergement temporaire.

On dénombre quatre logements foyers qui offrent une capacité d'accueil importante (261 places). En revanche, aucune résidence services n'est implantée. La résidence sociale ALEOS de Riedisheim accueille un public vieillissant, mais ne dispose pas pour autant de chambres adaptées à la perte d'autonomie.

Les SAD n'interviennent pas de manière homogène sur les communes qui composent le bassin de vie. Ainsi, les communes de la bande rhénane disposent d'un choix réduit (2 prestataires) alors que celles proches de Mulhouse bénéficient d'une offre bien plus diversifiée.

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) intervient sur tout le secteur.

OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD p. 1 000 pers. âgées de 75 ans et + (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
BV Mulhouse Est	15,0%*	67,0	92,8	/	/	3
<b>Haut-Rhin</b>	19,2‰	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

\* Zone de Proximité de Mulhouse incluant les Bassins de Vie de Mulhouse, Mulhouse Grand Est et Mulhouse Grand Ouest

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes mobiles gériatriques** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

**Analyse et commentaires**

Avec un taux d'équipement en SSIAD faible (calculé globalement sur les Bassins de Vie de Mulhouse, Mulhouse Grand Est et Mulhouse Grand Ouest) et des communes mal couvertes, le maintien à domicile est rendu difficile sur ce bassin de vie. A cela s'ajoute un nombre de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux réduit en regard de la population locale.

L'accès à un hôpital de jour s'effectue à Mulhouse ou Pfastatt. La consultation mémoire se tient à Pfastatt.

### **Zoom sur l'offre Alzheimer**

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE

Type		Capacités
HT	Hébergement Temporaire	/
AJ	Accueil de Jour autonome	/
AJ	Accueil de Jour annexé	2
UVP	Unité de Vie Protégée	16
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	0

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

#### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nombre de services
HdJ	Hôpital de Jour	/
CM	Consultation Mémoire	/
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

Sur ce bassin de vie, l'offre d'accueil spécifique Alzheimer en établissements est réduite (16 places). Les agents des pôles gériatriques et les gestionnaires de cas de la MAIA observent que l'absence de structures adaptées contraint les personnes âgées à rester à leur domicile, même lorsque les niveaux de dépendance deviennent importants.

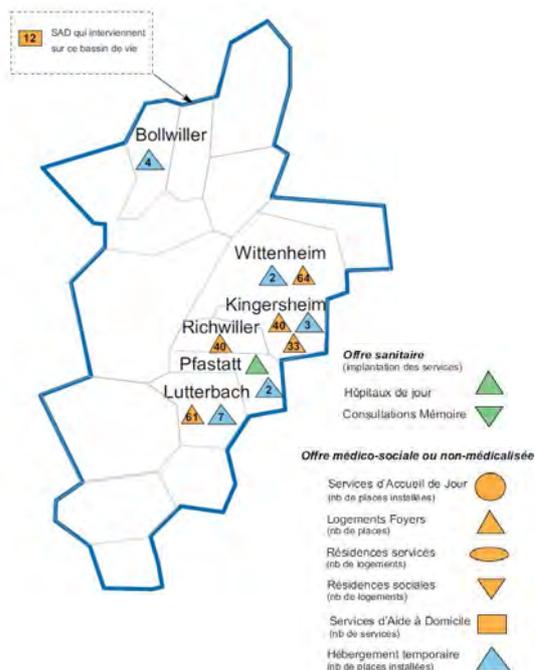
La situation devrait néanmoins s'améliorer puisque plusieurs projets permettront d'étoffer et de diversifier cette offre dans les années à venir :

- UVP : trois projets, à la maison de retraite « Le Séquoia » à Illzach (12 places), à l'hôpital « Saint Sébastien » à Rixheim (14 places), à la maison de retraite « Les Molènes » à Bantzenheim (12 places).
- PASA : deux projets, à la maison de retraite du « Quatelbach » à Sausheim, à la maison de retraite « Le Séquoia » à Illzach,
- extension de l'activité de la MAIA sur ce territoire : 1 gestionnaire de cas.

Sur le volet sanitaire, le bassin de vie n'est doté d'aucun dispositif spécialisé Alzheimer.

## Bassin de vie de MULHOUSE OUEST

### **Le maintien à domicile**



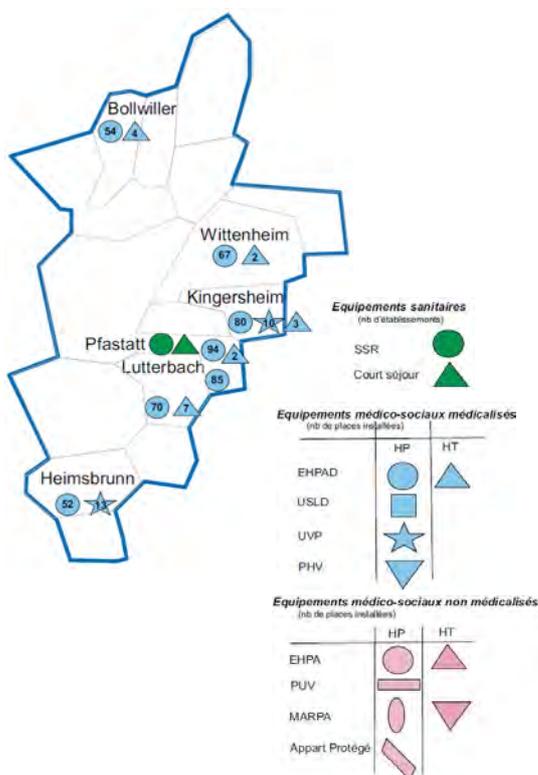
#### **Forces et atouts**

- offre importante en logements pour personnes âgées : 5 logements foyers
- présence du service social minier

#### **Points de vigilance**

- absence d'accueil de jour (aucun projet)
- densités médicales faibles et taux d'équipement en SSIAD réduit (peu de places pour un secteur à très forte demande), qui pèsent sur la qualité du maintien à domicile
- relais spécialisés localisés uniquement dans les BVS voisins (consultation mémoire, hôpital de jour)
- population âgée, et un vieillissement qui sera massif à l'horizon 2021

### **La prise en charge en établissement**



#### **Forces et atouts**

- offre Alzheimer développée, qui sera bientôt complétée par 2 UVP et 2 PASA (projets)
- offre sanitaire complète (SSR + CS) mais néanmoins restreinte au vu des besoins
- offre en hébergement temporaire importante, mais insuffisante en regard des besoins

#### **Points de vigilance**

- offre peu développée (taux d'équipement très inférieur à la moyenne départementale), qui sera peu renforcée d'ici 2015 (projet de Richwiller) : délais d'attente et dépendance vis-à-vis des BVS voisins
- reste à charge élevé pour les résidents
- 4 EHPAD de petite taille, gérés par des gestionnaires uniques (dont 2 établissements commerciaux)

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Mulhouse Ouest</b>	71,4%	7,7	8,2% (6523 pers.)	1,6% (1282 pers.)	1161
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
BVS Mulhouse Ouest	27,9% (+1823 pers.)	+124,3% (+1593 pers.)	+350
<b>Ensemble du département</b>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrées à la dépendance (2010)
<b>BVS Mulhouse Ouest</b>	8,9%	30,4%	5,4%	30,5%	90%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

### **Analyse et commentaires**

Une population d'ores et déjà âgée :

- l'indice de vieillissement est fort,
- la part des 75 ans et plus est supérieure à la moyenne,
- l'estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer est importante (la seconde du département en masse).

... et dont le vieillissement à l'horizon 2021 sera massif :

- l'évolution escomptée des 85 ans et plus sera, en pourcentage, la plus forte du département,
- la population dépendante devrait augmenter de 350 personnes (évolution en masse la plus forte du département).

Ce public âgé apparaît cependant relativement "peu" dépendant : très faible recours à l'APA (le plus faible du département), le service social rencontre proportionnellement peu de personnes sur ce bassin de vie (et particulièrement peu de personnes très âgées). En contre-point, la part des évaluations des professionnels du Pôle Gériatrique liées à la dépendance est largement prédominante par rapport à la précarité.

Cet apparent paradoxe trouve pour partie une explication dans la présence du service social minier qui prend en charge les anciens mineurs (nombreux sur ce secteur) :

- d'où un taux moins important de personnes vues par les pôles gériatriques,
- une entrée dans le dispositif de l'APA retardée par une action sociale plus favorable pour les GIR5-6,
- des évaluations sociales "artificiellement" plus massives en matière de dépendance puisque la précarité y est contenue (cf. niveaux de retraite intéressantes, avantages en matière d'aide au chauffage par ex.).

## Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et + seuls dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non-imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Mulhouse Ouest</b>	<b>42,1%</b>	<b>45,4%</b>	<b>39,1%</b>	<b>76,1%</b>
<i>Haut-Rhin</i>	<b>42,9%</b>	<b>50,0%</b>	<b>41,9%</b>	<b>73,4%</b>

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrées à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Mulhouse Ouest</b>	9,5%	10%	3,8% *	0,56‰	0,73‰	1,0%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

\*BVS Mulhouse Ouest et Est

### Analyse et commentaires

Une situation globalement favorable du point de vue de l'isolement (peu de personnes vivant seules) et de la solvabilité (peu de ménages non imposables, beaucoup de propriétaires).

D'autre part, les ressources des personnes âgées de ce secteur se situent plutôt au-dessus des critères d'accès aux aides (peu de personnes exonérées de participation pour l'APA, peu d'aides FSE/FSL, peu de bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse).

Cette situation favorable prendra fin dans les 2 prochaines décennies avec la diminution du nombre de retraités des mines. Le public du service social gérontologie va donc changer en conséquence, avec une augmentation prévisible de la précarité.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire		Créations / extensions	Transformations
Maison de Retraite « Le Manoir d'Argenson »	EHPAD	Bollwiller	54	4	+1 HT	/	/
Maison de Retraite « Sainte Anne »	EHPAD	Heimsbrunn	65	/	+25 HP	/	/
Maison de Retraite « Les Violettes »	EHPAD	Kingersheim	90	3	+90 HP +3 HT	/	/
Maison de Retraite « les Fontaines »	EHPAD	Lutterbach	70	7	+10 HP -3 HT	/	/
Centre Hospitalier	EHPAD	Pfastatt	94	2	+4 HP -4 HT	/	UVP (14 pl.)
Maison de Retraite « Résidence René Hirschler »	EHPAD	Pfastatt	85	/	-4 HP	/	/
Maison de Retraite « Résidence Les Vosges »	EHPAD	Wittenheim	67	2	+4 HP	/	/
EHPAD	EHPAD	Richwiller	/	/	0	+ 69 HP + 14 UVP + 2HT	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

#### \* dont prises en charge spécifique en EHPAD

- UVP : 13 places à la Maison de Retraite « Sainte Anne » de Heimsbrunn, 10 places à la Maison de retraite « Les Violettes » à Kingersheim, 70 places à Lutterbach (établissement dont la prise en charge est totalement dédiée à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer).

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004- 2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	7	525	18	+145 HP -3 HT	+ 69 HP + 14 UVP + 2 HT	UVP (14 pl.)
USLD	/	/	/	-16	/	/
PUV	/	/	/	/	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>525</b>	<b>18</b>	<b>+129 HP -3 HT</b>	<b>+ 83 HP (dt 14 UVP) + 2 HT</b>	<b>UVP (14 pl.)</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

→ Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Mulhouse Ouest : 83%**
- **moyenne départementale : 113%**

→ Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Mulhouse Ouest : 79%**
- **moyenne départementale : 105%**

### **Analyse et commentaires**

Ce bassin de vie dispose d'une offre d'équipement médico-social à la fois peu diversifiée (uniquement des EHPAD) et peu nombreuse (taux d'équipement largement inférieur à la moyenne départementale). Les EHPAD de Mulhouse, Thann ou Ensisheim accueillent les personnes qui ne trouvent pas de place localement.

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise néanmoins par un net renforcement des places d'EHPAD/USLD (de l'ordre de 200 places dues au transfert d'un établissement mulhousien vers Kingersheim et la création d'un nouvel EHPAD).

L'on recense 18 places d'hébergement temporaire (+2 en projet) ce qui est beaucoup quantitativement. Pour autant, cela n'est qualitativement pas satisfaisant : faute de lisibilité (les modalités d'utilisation étant hétérogènes selon les établissements), nombre de situations individuelles ne trouvent pas de solution. La prise en charge des personnes les plus dépendantes est particulièrement problématique : la plupart des structures refusent de les accueillir de manière temporaire. Si les accueils programmés à l'avance fonctionnent plutôt bien, les accueils en urgence ne sont pas possibles.

Deux UVP proposent un accueil spécialisé pour la maladie d'Alzheimer. L'EHPAD de Lutterbach n'accueille que des personnes souffrant de cette maladie (ou troubles apparentés).

## ■ Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Maison de Retraite « Le Manoir d'Argenson »	EHPAD	Bollwiller	667,76	59,90€	9,3% *	98,9%	58	
Maison de Retraite « Sainte Anne »	EHPAD	Heimsbrunn	726,25	69,98€ à 76,91€	7,7%	87,4%	65	
Maison de Retraite « Les Violettes »	EHPAD	Kingersheim	638,68	62,17€	30,0%	99,4%	93	
Maison de Retraite « les Fontaines »	EHPAD	Lutterbach	869,33	72,88€	0% *	100,0%	77	
Centre Hospitalier	EHPAD	Pfastatt	703,44	42,40€ à 53,97€	10,6%	100,0%	96	
Maison de Retraite « Résidence René Hirschler »	EHPAD	Pfastatt	732,89	67,21€	31,8%	93,0%	85	
Maison de Retraite « Résidence Les Vosges »	EHPAD	Wittenheim	610,0	55,26€	7,5%	99,5%	69	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97€</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

\* habilitation partielle à l'aide sociale

### Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

### → Part du secteur commercial : 2 établissements

- maison de retraite « Sainte Anne » à Heimsbrunn : 65 places d'HP dont 13 places d'UVP,
- maison de retraite « Les Fontaines » à Lutterbach : 70 places d'HP (accueil exclusif Alzheimer), 7 places d'HT.

### Analyse et commentaires

S'agissant d'un secteur "sous-équipé", la disponibilité des places constitue le critère prépondérant de choix pour les familles. A ce titre, l'établissement commercial de Lutterbach est celui dont le délai d'attente est le moins long (il s'agit cependant d'un établissement totalement dédié à la prise en charge Alzheimer et dont coût pour les résidents est élevé).

Les GMP, globalement inférieurs à 750, sont particulièrement bas à Kingersheim et Wittenheim. Seul l'EHPAD Les Fontaines, spécialisé dans l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a un GMP supérieur à 850.

Le reste à charge pour les résidents est plutôt fort (2 établissements commerciaux). Malgré tout, les taux d'occupation sont importants (hors Heimsbrunn dont le coût est très supérieur à la moyenne) et la Résidence Hirschler de Pfastatt.

La part des bénéficiaires de l'aide sociale est très importante à Kingersheim (accueil de proximité de personnes du quartier de Bourtzwiller) et à la Résidence Hirschler de Pfastatt.

Sur le plan architectural, les bâtiments sont aux normes, à l'exception de la maison de Retraite « Résidence René Hirschler » qui nécessite des travaux importants.

Quatre EHPAD du secteur sont de petite taille et leur gestionnaire est unique.

Le bilan architectural est satisfaisant sauf pour un établissement qui nécessite une restructuration.

### Offre en établissements sanitaires

Type	Etablissement	Commune
SSR	Centre Hospitalier	Pfastatt
Court Séjour	Centre Hospitalier	Pfastatt

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

L'offre est complète (1 SRR et 1 CS) mais trop restreinte pour répondre aux besoins du secteur. En conséquence, les patients sont orientés vers des établissements de la grande moitié sud du département.

### Offre en services de maintien à domicile

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de jour annexé	Maison de Retraite « les Fontaines »	Lutterbach	0 places	-10	/
Accueil de jour autonome	APAMAD	Wittenheim	/	/	12
Logement Foyer	Amitié »	Kingersheim	40 places	NR	NR
Logement Foyer	Les Dahlias	Kingersheim	33 places	NR	NR
Logement Foyer	Chateaubriand	Lutterbach	61 places	NR	NR
Logement Foyer	LF Richwiller	Richwiller	40 places	NR	NR
Logement Foyer	Beau Séjour	Wittenheim	64 places	NR	NR

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 12 services interviennent sur la "zone de proximité" de Mulhouse. On dénombre au total 4 services autorisés et 8 services ayant un agrément qualité.

### Analyse et commentaires

Le bassin de vie ne compte aucune possibilité d'accueil de jour depuis la fermeture de l'AJ de Lutterbach (10 places) fin 2011. Cette situation apparaît paradoxale : l'AJ a fermé car il n'arrivait pas à remplir, alors même que les besoins sont massifs et que les listes d'attente sur Mulhouse sont longues.

Ce manque est d'autant plus criant sur le bassin potassique. De ce fait, les personnes sont orientées vers les accueils de jours les plus proches : Cernay, Mulhouse et Ensisheim essentiellement.

Les places autorisées seront transférées sur ce territoire à un autre gestionnaire.

Les services d'aide à domicile sont nombreux et interviennent de manière satisfaisante sur le secteur.

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) intervient sur toute la zone.

#### OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD p. 1 000 pers. âgées de 75 ans et + (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
BV Mulhouse Ouest	15,0‰ *	63,0	73,1	1	/	2
<b>Haut-Rhin</b>	19,2‰	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

\* Zone de Proximité de Mulhouse incluant les Bassins de Vie de Mulhouse, Mulhouse Est et Mulhouse Ouest

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes mobiles gériatriques** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

### Analyse et commentaires

Le taux d'équipement en SSIAD et les densités médicales sont inférieurs à la moyenne départementale.

Intervention du SSIAD : peu de places pour un secteur à forte demande (le SSIAD est saturé).

Accès à l'hôpital de jour : en fonction de leur situation géographique, les personnes sont orientées sur les hôpitaux de jour de Cernay, Pfastatt, Guebwiller et Mulhouse.

Pour les consultations mémoire, les personnes sont orientées vers Mulhouse ou Thann/Cernay.

## Zoom sur l'offre Alzheimer

### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
HP	Hébergement Permanent	70
HT	Hébergement Temporaire	8
AJ	Accueil de Jour autonome	/
AJ	Accueil de Jour annexé	/
UVP	Unité de Vie Protégée	23
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nb de services
HdJ	Hôpital de Jour	1
CM	Consultation Mémoire	/
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

Ce bassin de vie dispose d'un établissement totalement dédié à la prise en charge Alzheimer (Maison de Retraite « les Fontaines » à Lutterbach) ce qui est unique dans le Haut-Rhin. L'accueil est jugé bien adapté et de bonne qualité par les professionnels. Pour certaines familles, cette spécificité peut néanmoins être considérée comme stigmatisante.

Par ailleurs, deux autres établissements comportent des UVP (13 places à la maison de retraite « Sainte Anne » de Heimsbrunn et 10 places à la maison de retraite « Les Violettes » à Kingersheim).

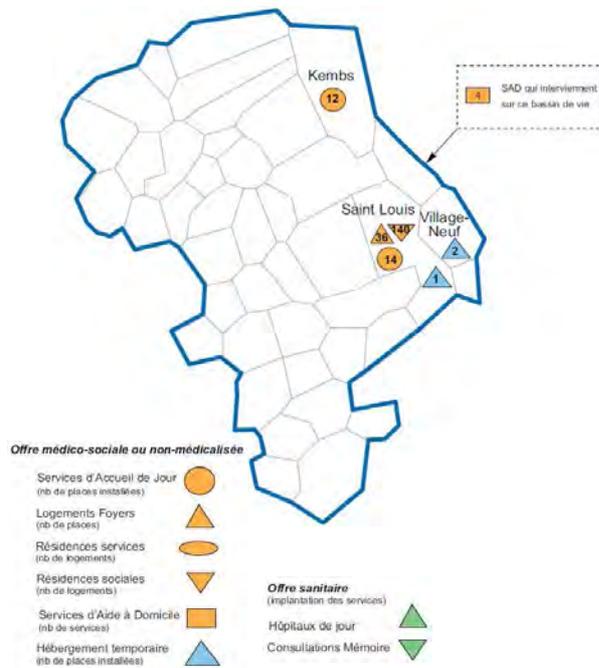
Cette offre apparaît néanmoins largement insuffisante (établissements saturés).

✖ Plusieurs projets viendront prochainement compléter l'offre : 2 projets viendront (14 places au Centre Hospitalier de Pfastatt, 14 places dans le nouvel EHPAD à Richwiller).

A noter également, deux projets de PASA (dans les maisons de Retraite « les Fontaines » à Lutterbach et dans le nouvel EHPAD à Richwiller) destinés à renforcer la prise en charge spécialisée.

## Bassin de vie de SAINT LOUIS

### Le maintien à domicile



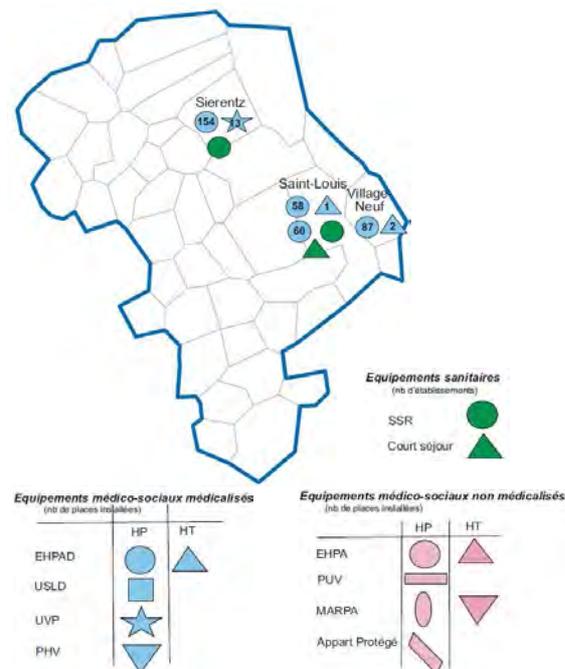
### Forces et atouts

- offre en accueil de jour conséquente, qui fonctionne sans liste d'attente
- intervention possible du service de garde itinérante de nuit (FANAL)
- situation socio-économique favorable (hors situations de précarité concentrées sur la ville de Saint-Louis)
- locaux partagés entre le SSG et le RAG
- des relais actifs sur le secteur : municipalités et associations caritatives

### Points de vigilance

- des trajectoires résidentielles freinées par le niveau élevé des loyers
- taux d'équipement en SSIAD insuffisant, aggravé par une faible densité d'infirmiers libéraux
- liberté de choix restreinte concernant les SAD (proximité de la Suisse)
- pas de relais spécialisés (hôpital de jour, consultation mémoire) : transferts sur Mulhouse
- faute de places en établissements, recours à l'APA domicile par des personnes déjà dépendantes

### La prise en charge en établissement



### Forces et atouts

- des capacités qui vont se renforcer : ouverture d'1 EHPAD pour moitié dédié à la prise en charge Alzheimer
- capacités d'hébergement temporaire qui vont connaître un fort développement (+17 places)
- des coûts à la charge des résidents encore modérés
- offre sanitaire bien articulée avec l'offre médico-sociale : liens étroits entre directions

### Points de vigilance

- un des taux d'équipement les plus faibles : dépendance vis-à-vis des établissements mulhousiens
- offre peu diversifiée, seule zone de proximité dépourvue d'USLD (ARS)
- couverture géographique partielle : "zone blanche" sur la frange Ouest
- GMP modérés dans 3 des 4 EHPAD

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS de Saint Louis</b>	57,6%	9,5	6,3% (4553 pers.)	1,4% (988 pers.)	806
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS de Saint Louis</b>	+38,3% (+1744 pers.)	+86,8% (+858 pers.)	+174
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrées à la dépendance (2010)
<b>BVS de Saint Louis</b>	10,1%	32,0%	6,2%	29,8%	69%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

### **Analyse et commentaires**

Sur le plan démographique, la situation du bassin de vie se caractérise par un poids relativement moindre des personnes âgées comparativement au reste du département :

- l'indice de vieillissement est modéré, indiquant une présence importante de jeunes de moins de 20 ans,
- le ratio théorique aidants/aidés est élevé, traduisant la présence d'un grand nombre de personnes de 55/64 ans,
- de façon mécanique, le vieillissement sera sensible d'ici 2021 : le nombre de personnes de 75 ans et plus augmentera de 38,3% localement, contre 22,9% à l'échelle départementale.

Le taux de recours à l'APA domicile est modéré. Cela peut s'expliquer par les niveaux de revenus élevés sur ce secteur frontalier avec la Suisse. En revanche, la part de GIR1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA est élevée, les personnes âgées étant orientées tardivement vers les établissements compte tenu de la faiblesse de l'offre localement.

Le service social gériatrique touche une proportion plus faible de personnes âgées que sur les autres bassins de vie, y compris parmi les personnes les plus âgées (85 ans et plus). Là encore, cette situation s'explique par un profil relativement plus aisé qu'ailleurs. Près de 7 évaluations sur 10 concernent la dépendance.

A un niveau géographique plus fin, il convient néanmoins de noter que les demandes sur la ville de St Louis sont spécifiques. Comme ailleurs, les villes concentrent les situations de précarité.

### Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et + seuls dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS de Saint Louis</b>	44,1%	49,1%	33,1%	77,6%
<i>Haut-Rhin</i>	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrées à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS de Saint Louis</b>	12,9%	31%	4,2%	1,09‰	0,87‰	1,4%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### Analyse et commentaires

La situation socio-économique du bassin de vie est favorable : il s'agit d'un secteur riche. Néanmoins, le capital étant constitué pour certains par leur patrimoine foncier, cela peut constituer un frein pour les familles dès lors qu'il s'agit de financer la dépendance.

Sur ce secteur rural, beaucoup de personnes âgées sont propriétaires et ne souhaitent pas partir. Les premières demandes d'APA sont souvent réalisées suite à une hospitalisation. C'est parfois l'occasion pour les travailleurs sociaux de détecter des logements devenus insalubres, leurs propriétaires n'ayant pas toujours les moyens de les entretenir. Par ailleurs dans les zones rurales, les pôles gériatriques sont également sollicités pour prendre en charge des personnes handicapées vieillissantes après le décès des parents âgés ou lorsque ceux-ci deviennent dépendants.

Plusieurs autres partenaires sont actifs sur le territoire, notamment les communes, le CCAS d'Huningue et les associations : Caritas, St Vincent de Paul, la Croix-Rouge...

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire		Créations/ extensions	Transformations
Maison de Retraite « Blanche de Castille »	EHPAD	Saint Louis	58	1	+1 HT	/	/
Maison du Lertzbach	EHPAD	Saint Louis	60	/	/	+20HP +5HT	/
Hôpital	EHPAD	Sierentz	167	/	-6 HP	/	/
Maison de Retraite « Jean Monnet »	EHPAD	Village Neuf	87	2	-3 HP	/	/
Maison de Retraite	EHPAD	Kembs	/	/	/	+72HP +12HT	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

#### \* dont prises en charge spécifique en EHPAD

- UVP : 13 places à l'Hôpital de Sierentz
- PASA : 14 places à la maison de retraite « Jean Monnet » de Village Neuf

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004-2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	4 (+1 en projet)	372	3	+108 HP +1 HT	+92HP +17HT	/
USLD	/	/	/	-117	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>372</b>	<b>3</b>	<b>-9 HP +1 HT</b>	<b>+92HP +17HT</b>	<b>/</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

- Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :
- **BV de Saint-Louis : 82‰**
  - **moyenne départementale : 113‰**
- Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :
- **BV de Saint-Louis : 87‰**
  - **moyenne départementale : 105‰**

### **Analyse et commentaires**

Le taux d'équipement de ce bassin de vie est l'un des plus faibles du département. Compte tenu des faibles capacités d'accueil, les admissions sont particulièrement problématiques (les listes d'attente sont longues). Lorsque l'entrée en établissement s'impose, les familles se tournent par défaut vers un établissement commercial (en particulier « le Parc des Salines » sur Mulhouse), avec l'espoir de trouver rapidement une autre place dans un établissement non commercial.

L'offre est « monolithique », constituée exclusivement d'EHPAD. Le secteur ne compte aucun établissement non médicalisé (EHPA, PUV). En outre, l'ARS a identifié la zone de proximité de Saint-Louis comme devant être renforcée en USLD (zonage calé sur celui du bassin de vie) : c'est la seule à ne disposer d'aucun USLD, depuis que celle de la « Maison du Lertzbach » à St Louis a été requalifiée en EHPAD.

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par une augmentation des places d'EHPAD/USLD (dont création d'un nouvel EHPAD) et le net renforcement des solutions de répit (+18 places d'hébergement temporaire).

Les capacités en hébergement temporaire restent néanmoins extrêmement réduites en attendant l'ouverture du nouvel EHPAD (3 places identifiées en 2011). Certains EHPAD mettent ponctuellement des lits à disposition. Les personnes âgées trouvent également des réponses à la polyclinique des Trois Frontières (établissement de court séjour).

Compte tenu de la tension en matière de places au sein des EHPAD, le fonctionnement souple des structures sanitaires soulage les familles.

Pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, un accueil spécifique est possible à l'Hôpital de Sierentz (UVP) et à la maison de retraite « Jean Monnet » de Village Neuf (PASA). Par ailleurs, la « Maison du Lertzbach » à St Louis dispose d'une unité sécurisée (fermée) même si celle-ci n'est pas reconnue (dès la conception, le bâtiment prévoyait l'accueil du public Alzheimer).

Les capacités sont actuellement insuffisantes. Un nouvel établissement est en construction à Kembs, de 72 places en hébergement permanent et de 12 en hébergement temporaire, dont la moitié de la capacité sera fléchée pour la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

**Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité**

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Maison de Retraite « Blanche de Castille »	EHPAD	Saint Louis	678,64	50,48�	5,2%	98,0%	59	
Maison du Lertzbach	EHPAD	Saint Louis	821,21	64,41�	8,3%	95,5%	60	
Hôpital	EHPAD	Sierentz	618,14	52,99�	10,4%	97,3%	167	
Maison de Retraite « Jean Monnet »	EHPAD	Village Neuf	697,50	55,91�	6,9%	97,3%	89	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97�</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

**Secteur commercial :** 1 établissement en projet (maison de retraite de Kembs).

**Analyse et commentaires**

Les coûts à la charge des résidents sont modérés, hormis à la Maison du Lertzbach   St Louis. Un projet d'extension est en cours, qui permettra de réduire ce surcoût pour les résidents et les familles, comparativement à la moyenne départementale.

Les GMP sont modérés, hormis à la Maison du Lertzbach   St Louis. Cet établissement accueillait l'USLD jusqu'à sa requalification en EHPAD, et continue d'accueillir les personnes les plus dépendantes. Le bâtiment ayant été conçu en ce sens, il permet un accueil adapté.

La proportion de bénéficiaires de l'aide sociale est faible au sein des établissements. Cela s'explique par le profil général plutôt aisé des retraités dans cette partie du département.

Les deux établissements à St Louis ont des capacités largement inférieures au seuil de 80 lits. L'extension de la maison du Lertzbach permettra d'atteindre ce seuil. D'autres part, ces deux établissements ont mis en place des mutualisations de moyens.

Deux établissements ont un bilan satisfaisant, les deux autres nécessiteraient quelques aménagements.

### **Offre en établissements sanitaires**

Type	Etablissement	Commune
SSR	Centre de long et moyen séjour	Sierentz
SSR	Polyclinique des Trois Frontières	Saint Louis
Court Séjour	Polyclinique des Trois Frontières	Saint Louis

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

Le bassin de vie de St Louis dispose de trois structures sanitaires. Leur fonctionnement est apprécié des personnes âgées ainsi que de leur famille. En effet, elles permettent de soulager temporairement les familles confrontées à des situations d'urgence, lorsque l'entrée en établissement ne peut plus être retardée.

Sur St Louis, il existe des liens étroits entre les directions des deux établissements médico-sociaux (la maison de retraite « Blanche de Castille » et la maison du Lertzbach) et celle de la Polyclinique, qui se concertent pour l'admission des personnes âgées.

L'infirmière qui coordonne le Réseau Alsace Gériatrie (RAG) est hébergée sur le même site que les travailleurs sociaux des pôles gériatriques. Cette proximité est vécue comme un atout, fluidifiant les parcours entre les établissements sanitaires, l'hôpital de jour et le domicile.

## Offre en services de maintien à domicile

### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de Jour autonome	« Le Pfarrhüs »	Kembs	12 places	0	/
Accueil de Jour autonome	« Foyer Trimbach » APAMAD »	Saint Louis	14 places	0	/
Logement foyer	Résidence Raiffeisen (APAlib')	Saint Louis	36 logements	NR	NR
Résidence Sociale	Résidence « Le Rhône » (Aléos)	Saint Louis	140 places	NR	NR

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 4 services interviennent sur la "zone de proximité" de Saint Louis. On dénombre au total 2 services autorisés et 2 services ayant un agrément qualité.

### **Analyse et commentaires**

Si le taux d'équipement en hébergement est l'un des plus bas du département, à l'inverse son taux d'équipement en accueil de jour place le bassin de vie de St Louis comme le mieux doté. Cet accueil de jour fonctionne d'ailleurs sans liste d'attente. 26 places sont proposées, réparties sur deux sites, et la prise en charge peut aller jusqu'à 3 à 4 jours par semaine. Il s'agit d'un accueil dédié aux malades Alzheimer.

Ces deux services d'AJ soulagent réellement les familles. Dans certain cas, les familles y recourent dans l'attente d'une place au sein d'un établissement.

Compte tenu du coût des loyers sur la zone, les relogements dans des logements plus adaptés peuvent se révéler problématiques. Il existe donc un besoin de logements à loyer modéré pour le public vieillissant.

Selon les professionnels des pôles gérontologiques, cette contrainte tend à se renforcer et se traduit par exemple par une évolution du public accueilli dans les logements sociaux gérés par Aléos à St Louis : la proportion de travailleurs migrants diminue, remplacée par de plus en plus de personnes âgées.

Compte tenu du coût très élevé, le service de garde itinérante de nuit (FANAL) est peu sollicité. Lorsque la situation nécessite une présence la nuit, les familles privilégient le recours au salariat.

OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD p. 1 000 pers. âgées de 75 ans et + (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
BV de Saint Louis	17‰	45,7	92,7	/	/	1
<b>Haut-Rhin</b>	19,2‰	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes mobiles gériatriques** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

**Analyse et commentaires**

Les capacités en SSIAD sont insuffisantes : sur ce bassin de vie, leur intervention n'est pas toujours possible dès les sorties d'hôpital. D'autre part, ils n'interviennent qu'en semaine, obligeant les familles à mobiliser en parallèle un (voire plusieurs) service(s) à domicile.

Le secteur libéral est également en fort déficit sur cette zone. Les infirmiers libéraux permettent néanmoins de pallier lorsque le SSIAD n'intervient pas, avec la limite de ne réaliser que les actes médicaux.

Concernant les services à domicile, la liberté de choix se révèle réduite comparativement à d'autres secteurs. En effet, compte tenu de la proximité avec la Suisse, les prestataires rencontrent de fortes difficultés pour recruter et garder leurs auxiliaires de vie.

Le bassin de vie ne dispose d'aucun hôpital de jour (c'est en fait la seule zone de proximité d'Alsace qui ne dispose pas d'HdJ).

Pour les consultations spécialisées, les personnes âgées doivent se rendre à Mulhouse. Les équipes mobiles gériatriques sont jugées réactives et permettent des interventions rapides.

## **Zoom sur l'offre Alzheimer**

### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
HT	Hébergement Temporaire	3
AJ	Accueil de Jour autonome	26
AJ	Accueil de Jour annexé	/
UVP	Unité de Vie Protégée	13
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	14

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nombre de services
HdJ	Hôpital de Jour	/
CM	Consultation Mémoire	/
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile	2

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

## **Analyse et commentaires**

En hébergement permanent, les capacités d'accueil spécifiques aux malades d'Alzheimer sont actuellement insuffisantes. Compte tenu de la rareté de l'offre à proximité, les aidants cherchent à retarder au maximum l'entrée en établissement. Lorsque le niveau de dépendance devient trop élevé, les familles sont alors contraintes d'élargir leurs demandes à l'ensemble du département.

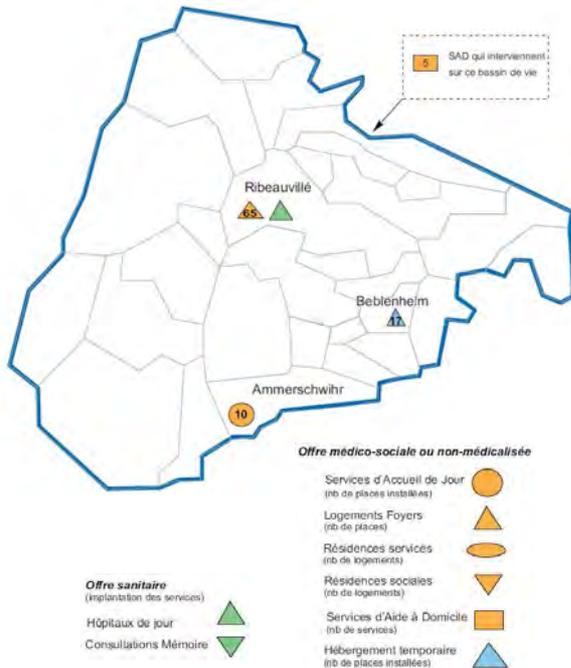
Les familles peuvent trouver des solutions d'attente, provisoires, via l'accueil de jour ou les SSR.

Le projet d'implantation d'une nouvelle structure, la maison de retraite « Les Fontaines » à Kembs, permettra de rattraper partiellement ce déficit. L'établissement consacrera en effet la moitié de ses capacités d'accueil au public Alzheimer (soit environ 30 places en hébergement permanent et 6 en hébergement temporaire). Ce projet intégrera également un accueil labellisé PASA (14 places).

Ce nouvel établissement bénéficiera d'une habilitation partielle, pour 7 lits d'hébergement permanent (sur 72 lits autorisés) et 3 lits d'hébergement temporaire (sur 12 lits autorisés).

## Bassin de vie de SAINTE MARIE AUX MINES / RIBEAUVILLE

### Le maintien à domicile



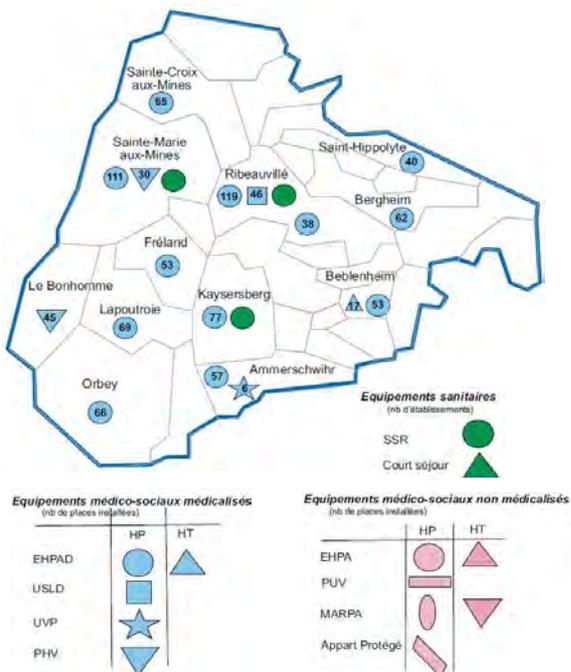
#### Forces et atouts

- qualité d'intervention des services d'aide à domicile, malgré leur nombre réduit et les difficultés de déplacements dans les zones de montagne
- accès aux SSIAD jugé satisfaisant

#### Points de vigilance

- offre en logements pour personnes âgées (logements foyer) concentrée sur 1 seul canton
- offre en accueil de jour réduite et excentrée (mais amélioration à prévoir : 12 pl. en projet à Lièpvre)
- densités médicales favorables (infirmiers et médecins libéraux) mais plusieurs départs de médecins annoncés et non remplacés pour le moment

### La prise en charge en établissement



#### Forces et atouts

- secteur attractif : fort taux d'équipement, très bonne couverture géographique et coûts modérés à la charge des résidents
- HT : une spécificité (17 places dédiées sur Bébelenheim)
- qualité de l'offre sanitaire (3 SSR)

#### Points de vigilance

- offre Alzheimer encore faible, en particulier dans les communes de montagne
- offre peu diversifiée : 1 seule USLD, aucune structure non médicalisée (EHPA, PUV)
- une prise en charge importante de PHV dans les EHPAD
- accueil de résidents originaires du Bas-Rhin et de Colmar
- proportion de personnes âgées la plus élevée du département (2008 et 2021)
- fort risque de places vacantes
- nécessité de réhabilitation de plusieurs EHPAD

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### Indicateurs de population et de dépendance

	structure de la population en 2008				
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Ste-Marie-aux-Mines/Ribeauvillé</b>	77,8%	4,5	9,7% (4403 pers.)	2,5% (1138 pers.)	796
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

	évolutions à l'horizon 2021		
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Ste-Marie-aux-Mines/Ribeauvillé</b>	+24,8% (+1090 pers.)	+107,9% (+1228 pers.)	+159
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

	dépendance				
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrée à la dépendance (2010)
<b>BVS Ste-Marie-aux-Mines/Ribeauvillé</b>	10,0%	17,7%	6,6%	33,1%	87%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

### Analyse et commentaires

Les indicateurs de population sur ce bassin de vie montrent un vieillissement marqué :

- la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus est supérieure à la moyenne départementale.
- l'indice de vieillissement est le second plus élevé du département (après Colmar Vallées) : sur ce bassin de vie, on compte près de 75 personnes de 65 ans et + pour 100 jeunes de moins de 20 ans.
- le ratio aidants/aidés théorique est le plus faible du département (avec Colmar), pointant le risque d'un isolement des personnes âgées.
- d'ici 2021, les effets du vieillissement devraient encore s'accroître sur ce territoire avec un doublement du nombre de personnes de 85 ans et plus. Sur la même période, les perspectives d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes seraient néanmoins relativement limitées (+160 personnes env.).

Parallèlement, le taux de couverture par l'APA domicile est inférieur à la moyenne départementale, et s'adresse à des personnes moyennement dépendantes. Cela peut s'expliquer par une offre en établissement importante et une entrée en établissement plutôt banalisée pour les familles. Mais également par un ratio aidants/aidés peu favorable limitant le maintien à domicile. La crainte du recours sur succession contribue aussi, probablement, à freiner les demandes de nombre de personnes ayant des patrimoines importants (viticulteurs par ex.).

Néanmoins, l'entrée récente dans le dispositif de personnes en GIR 2-3 (donc déjà relativement dépendantes) préfigure peut-être une évolution du profil des bénéficiaires.

Sur le bassin de vie, les pôles gériatriques sont plutôt moins sollicités. Le public qui y a recours est par contre relativement âgé (part importante de 85 ans et plus) et accompagné pour des raisons largement liées à la dépendance.

### Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et + seuls dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Ste-Marie-aux-Mines/Ribeauvillé</b>	42,2%	46,0%	42,6%	77,3%
<i>Haut-Rhin</i>	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrée à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Ste-Marie-aux-Mines/Ribeauvillé</b>	6,6%	13%	3,0%	0,38‰	0,76‰	1,7%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### Analyse et commentaires

Sur le plan des fragilités sociales, les indicateurs placent le bassin de vie dans une situation plutôt favorable. En effet, la part de propriétaires chez les plus de 65 ans est supérieure à la moyenne départementale, tandis que la proportion de bénéficiaires de l'APA exonérés du paiement des prestations est relativement plus faible.

Cette situation est cependant à nuancer par :

- une part légèrement plus élevée de foyers fiscaux non imposables,
- une part de bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse (CRAV et MSA) élevée en regard des autres bassins de vie "non urbains", même si elle est inférieure à la moyenne.
- le secteur compte une part importante de propriétaires occupants, dont certains peuvent rencontrer des difficultés financières pour entretenir de vastes bâtiments (maisons de maître, fermes, maisons de vigneron...).

Selon les chiffres d'activité, le public âgé sollicite moins le Pôle Gériatrique pour des questions de précarité que pour celles liées à la dépendance.

Selon les professionnels des pôles gériatriques, ce constat est à nuancer notamment sur le canton de Ste Marie aux Mines :

- le temps consacré aux accompagnements liés à la précarité est conséquent (ex. personnes totalement isolées socialement ou souffrant de troubles psychiatriques qui ont besoin d'aide pour toutes les démarches de la vie quotidienne)
- un nombre important de personnes isolées d'origine étrangère dont l'état de santé est dégradé (plutôt des hommes) ou qui vivent en famille avec le soutien des enfants (eux même précarisés). Outre la barrière de la langue, ces personnes cumulent les difficultés sociales.
- des demandes liées aux dépenses pour le logement (loyers, charges) en augmentation. Les dispositifs FSE et FSL ne peuvent pas être systématiquement mobilisés, compte tenu des effets de seuil liés à des revenus légèrement supérieurs aux plafonds d'intervention.
- une montée en charge de l'activité est à prévoir en raison de l'arrivée à la retraite de personnes ayant eu des carrières incomplètes dues au taux chômage plus important dans le secteur et à la cohabitation subie avec des enfants eux-mêmes en situation précaire.

Il est à noter qu'un réseau associatif dynamique et des initiatives locales intéressantes en direction des personnes âgées jouent un rôle important de soutien pour le public fragilisé.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire		Créations/ extensions	Transformations
Résidence Hospitalière de la Weiss	EHPAD	Ammerschwyr	63	/	+7 HP	/	/
	EHPAD	Kaysersberg	77	/	/	/	/
Maison de Retraite « Petit Château »	EHPAD	Bebenheim	53	17	+7 HT	/	/
Maison de Retraite	EHPAD	Bergheim	62	/	-5 HP	+ 1 HP	UVP (14 pl.)
	EHPAD	Saint Hippolyte	40	/	-2 HP		
Résidence Médicalisée du Canton Vert	EHPAD	Fréland	53	/	+15 HP**	/	/
	EHPAD	Lapoutroie	69	/		/	/
	EHPAD	Le Bonhomme	45	/		/	/
	EHPAD	Orbey	66	/		/	/
Hôpital	EHPAD	Ribeauvillé	119	/	+3 HP	/	/
	USLD	Ribeauvillé	46	/	-14 HP (USLD)	/	/
Maison de Retraite « Sainte Famille »	EHPAD	Ribeauvillé	38	/	/	/	/
Hôpital Intercommunal du Val d'Argent	EHPAD	Sainte-Croix-aux-Mines	65	/	/	/	/
	EHPAD	Sainte-Marie-aux-Mines	141	/	/	/	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

#### \* dont prises en charge spécifiques en EHPAD :

- UVP : 6 places à la Résidence Hospitalière de la Weiss à Ammerschwyr,
- PHV : 30 places à l'Hôpital Intercommunal du Val d'Argent (site de Sainte-Marie-aux-Mines), 45 places à la Résidence médicalisée du canton vert (site du Bonhomme).

\*\* 15 lits par transformation de lits de SSR

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004-2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	13	891	17	+197 HP +7 HT	+1 HP	UVP (14 pl.)
USLD	1	46	/	-193	/	
EHPA	/	/	/	/	/	
PUV	/	/	/	/	/	
<b>TOTAL</b>		<b>937</b>	<b>17</b>	<b>+4 HP + 7 HT</b>	<b>+1HP</b>	<b>UVP (14 pl.)</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

→ Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Sainte-Marie-aux-Mines / Ribeauvillé : 217‰**
- **moyenne départementale : 113‰**

→ Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Sainte-Marie-aux-Mines / Ribeauvillé : 176‰**
- **moyenne départementale : 105‰**

### Analyse et commentaires

Ce bassin de vie se divise en deux entités au fonctionnement bien distinct :

- la vallée de Sainte-Marie-aux-Mines et les communes situées à la frontière Est du département (partie intégrante de la filière gériatrique de Sélestat),
- la vallée de Kaysersberg et les communes autour de Ribeauvillé (plutôt tournées vers Colmar).

Le taux d'équipement sur ce bassin de vie est extrêmement élevé (le plus fort du département). L'offre apparaît relativement "monolithique" (constituée quasi-exclusivement par l'offre en EHPAD) et se caractérise par :

- des gestionnaires publics (hors 1 établissement congréganiste et 1 établissement associatif),
- des gestionnaires qui fédèrent des établissements de petite taille (13 sites ; 7 gestionnaires),
- un seul établissement dispose d'une USLD.

La dispersion géographique de l'offre est due à l'implantation historique d'hôpitaux locaux dans les différents cantons du secteur, aujourd'hui transformés en EHPAD. Elle correspond également à un environnement de montagne, contraignant du point de vue des déplacements entre les différents sites de la vallée.

Il faut noter l'absence de structures non médicalisées (EHPA, PUV). Pour cette raison, le maintien à domicile s'appuie sur une offre importante en services d'aide à domicile et en auxiliaires de vie (voir infra). L'entrée en EHPAD s'effectue ensuite assez naturellement compte tenu de l'importance de l'offre sur le secteur.

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par une stabilité des places d'EHPAD/USLD et le renforcement des solutions de répit (+16 places d'accueil de jour ; +7 places d'hébergement temporaire).

L'accueil temporaire de Beblenheim constitue la première expérimentation de regroupement d'un nombre conséquent de places d'hébergement temporaire :

- 17 places (dont 2 utilisées de manière permanente en 2010 pour des personnes atteintes de pathologies neuro-dégénératives avec déambulation et troubles comportementaux modérés),
- prix de journée : 79,98€,
- taux d'occupation de 78,7% (source STE)
- 124 personnes accueillies en 2010 (37% en GIR 1-2 ; 53% en GIR 3-4 ; 10% en GIR 5-6),
- moyenne d'âge : 85 ans,
- durée moyenne de séjour : 44 jours (entre 2 jours et 6 mois),
- 79% des personnes sont originaires du territoire de santé n°3.

Malgré un prix de journée très élevé (et l'absence d'habilitation à l'aide sociale), le taux d'occupation est important. Ce service est particulièrement sollicité par les familles comme solution de répit (de fait, en été et pendant la période de Noël les demandes sont nombreuses, parfois même pour des séjours qui se répètent d'année en année).

Etant unique dans le département, ce service joue un rôle d'accueil sur un vaste territoire allant d'Obernai/Sélestat au nord à Guebwiller au sud (79% des personnes ayant séjourné en 2010 sont originaires du territoire de santé n°3).

L'importance des capacités d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) en EHPAD constitue une autre particularité du secteur. 75 places sont ainsi réparties sur 2 sites (soit plus de la moitié des places du département) :

- l'EHPAD du Bonhomme : une enquête réalisée en 2010 auprès des EHPAD-PHV indique que cet établissement accueille exclusivement des Haut-Rhinois, mais seuls 15% d'entre eux sont originaires du canton de Lapoutroie,
- à Sainte-Marie-aux-Mines, les personnes handicapées sont accueillies dans une unité spécifique de l'EHPAD. L'enquête menée en 2010 a montré que le public accueilli à Sainte-Marie-aux-Mines est d'origine diversifiée : même canton que l'établissement (27%), autre canton haut-rhinois (47%), Bas-Rhin (13%), autre département hors 68 et 67 (13%).

**Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité**

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Résidence Hospitalière de la Weiss	EHPAD	Ammerschwihr	695,04	56,88�	26,3%	96,0%	63	
	EHPAD	Kaysersberg			15,6%		77	
Maison de Retraite « Petit Château »	EHPAD	Bebenheim	666,6	67,38�	11,3%	99,5%	70	RC
Maison de Retraite	EHPAD	Bergheim	711,6	54,51�	14,5%	97,1%	62	RC
	EHPAD	Saint Hippolyte			7,5%	94,1%	40	RC
Résidence Médicalisée du Canton Vert	EHPAD	Fréland	676,0	54,95�	18,9%	95,9%	53	
	EHPAD	Lapoutroie			17,4%		69	
	EHPAD	Le Bonhomme			57,8%		45	
	EHPAD	Orbey			16,7%		66	
Hôpital	EHPAD	Ribeauvillé	648,30	55,77�	20,0%	98,0%	119	
	USLD	Ribeauvillé	922,73	64,07�		98,2%	46	
Maison de Retraite « Sainte Famille »	EHPAD	Ribeauvillé	776,84	63,68�	84,2%	99,2%	38	
Hôpital Intercommunal du Val d'Argent	EHPAD	Sainte-Croix-aux-Mines	716,58	53,33�	11,3%	94,5%	65	
	EHPAD	Sainte-Marie-aux-Mines		49,04� � 57,30� *	28,3%		141	
<b>Moyenne départementale</b>			<b>/</b>	<b>57,97�</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	<b>/</b>	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

\* hors unité dédiée aux personnes handicapées vieillissantes

Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

RC : restructuration en cours / RP : restructuration prévue

**Analyse et commentaires**

Au regard de l'offre locale plutôt attractive (nombreuses places, bonne répartition des établissements, coûts à la charge du résident moyens à faibles) les critères prépondérants pour le choix d'un établissement sont plutôt d'ordre subjectif. Pour les habitants d'Orbey/Lapoutroie (Pays Welche), l'accueil dans le secteur est largement souhaité pour des questions de communication (public francophone).

Eu égard au maillage de l'offre, les accueils s'effectuent en relative proximité (cf. situation de montagne). La solidarité familiale et l'entraide entre personnes du même village facilitent l'organisation des visites et le maintien des liens, malgré les distances à parcourir.

L'accueil historiquement important de bas-rhinois, en raison des capacités d'accueil importantes à Ste Marie aux Mines et Ste Croix aux Mines et de la bonne image du cadre de vie dans la vallée, risque de se réduire à l'avenir (l'offre autour de Sélestat s'étant récemment renforcée). Néanmoins, les assistantes sociales hospitalières de Sélestat sollicitent toujours fréquemment les solutions d'accueil dans la vallée, dans le cadre d'habitudes de travail bien en place.

Le coût modéré de l'hébergement a longtemps constitué un point fort du secteur (cf. une majorité d'établissements ayant des coûts inférieurs à la moyenne). Cet élément n'est donc pas encore réellement discriminatoire localement. Néanmoins l'état du bâti pour quatre établissements (Sainte-Marie-aux-Mines, Sainte-Croix-aux-Mines, Fréland, Kaysersberg) nécessitera la réalisation d'opérations de réhabilitation. Ces travaux vont entraîner une forte augmentation des coûts.

Pour les quatre sites du canton vert, le "faible" taux d'occupation s'explique par la transformation de lits de SSR en EHPAD (augmentation nette de la capacité des EHPAD). Il traduit une difficulté à remplir, qui risque de perdurer à l'avenir sur ce secteur pour trois raisons :

- possibilité pour les familles de trouver, dans les autres cantons du bassin de vie, des réponses satisfaisantes du fait de la création de lits et d'opérations de réhabilitation,
- impact positif des services à domicile retardant l'entrée en établissement,
- perspectives d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes relativement limité.

Tous les établissements sont habilités à l'aide sociale. Cependant, la proportion de bénéficiaires de l'aide sociale est particulièrement importante sur trois sites : Ste Famille (accueil de religieuses), Le Bonhomme (personnes handicapées), Sainte-Marie-aux-Mines (personnes handicapées).

Un certain nombre d'établissements ont un bilan architectural qui met en évidence des besoins de restructuration. Celles-ci sont en cours pour Bergheim et Saint-Hippolyte. La restructuration pour Sainte-Marie aux Mines et Ste-Croix-aux-Mines est en cours de réflexion et devrait aboutir dans les années qui viennent.

### **Offre en établissements sanitaires**

Type	Etablissement	Commune
SSR	Hôpital Local	Kaysersberg
SSR	Hôpital	Ribeauvillé
SSR	Hôpital du Val d'Argent	Ste-Marie-aux-Mines
Court Séjour	/	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### **Analyse et commentaires**

Une offre sanitaire comprenant trois SSR gériatriques mais pas de court séjour vient compléter l'offre médicalisée (EHPAD, USLD).

## ■ Offre en services de maintien à domicile

### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de jour autonome	« Escapade » APAMAD	Lièpvre	/		12
Accueil de jour annexé	Résidence Médicalisée du Canton Vert	Le Bonhomme	0	-6	/
Accueil de jour annexé	Résidence Hospitalière de la Weiss	Ammerschwih	10	+10	/
Logement Foyer	Résidence Lutzelbach	Ribeauvillé	65 places		
Logement Foyer	APAMAD	Lièpvre	/	/	35 places

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 5 services interviennent sur la "zone de proximité" de Colmar (selon zonage ARS incluant les bassins de vie de Sainte-Marie-aux-Mines, Colmar Vallées, Colmar Plaine et Colmar). On dénombre au total 2 services autorisés et 3 services ayant un agrément qualité.

### **Analyse et commentaires**

En matière d'accueil de jour, les structures bénéficient en général d'une image d'autant plus positive qu'elles sont autonomes (le lien avec un établissement restant peu attractif pour la plupart des familles). Pour cette raison sur le site d'Ammerschwih, l'accueil de jour est très connoté "accueil de personnes désorientées/ayant des problèmes cognitifs", ce qui minimise son attractivité au plan local.

Ce service fonctionne d'une manière spécifique puisque les personnes sont accueillies en journée avec les résidents de l'UVP. En tout état de cause, les assistantes sociales du bassin de vie de Sainte-Marie-aux-Mines proposent aux familles cette solution de répit. Des flux s'établissent avec les AJ de Colmar : des personnes du secteur d'Ammerschwih accueillies à Colmar en raison de plages horaires plus larges ; des colmariens accueillis à Ammerschwih faute de places à Colmar.

L'ouverture prochaine d'un AJ à Scherwiller (Bas-Rhin) permettra probablement à des habitants du Val d'Argent de trouver une solution de proximité en attendant l'ouverture de l'accueil de jour de Lièpvre (le coût du transport vers l'AJ d'Ammerschwih freine les familles).

Le foyer logement de Ribeauvillé bénéficie d'une situation intéressante à proximité des commerces et répond ainsi aux besoins de personnes isolées. L'inadaptation des salles de bain y est néanmoins problématique.

Des résidences "seniors" (à distinguer des résidences services) complètent de manière intéressante l'offre locale en faveur du maintien à domicile : si ces résidences n'offrent pas de services (pas de restauration, pas de service à domicile adossé), elles ont l'avantage d'offrir un cadre de vie adapté, des locaux communs, des surfaces de logement intéressantes et des loyers somme toutes accessibles.

Cinq services d'aide à domicile interviennent sur le secteur (un sixième intervient uniquement sur les cantons de Kaysersberg/Lapoutroie) et offrent un service de qualité : malgré les distances et un accès difficile, tout particulièrement l'hiver en zone de montagne, les aides à domicile sont solidaires pour répondre aux besoins des personnes âgées et le portage de repas est proposé sans surcoût.

Il est à noter que le service de garde itinérante de nuit (FANAL) limite son intervention sur ce bassin de vie à la seule commune d'Ingersheim.

#### OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD p. 1 000 pers. âgées de 75 ans et + (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
BV Sainte-Marie-aux-Mines / Ribeauvillé	17,4%*	74,8	107,9	1 HdJ soit 5 places	/	2
<b>Haut-Rhin</b>	19,2%	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

\* Zone de proximité de Colmar

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes mobiles gériatriques** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

#### Analyse et commentaires

Les listes d'attente pour l'accès aux SSIAD sont fluctuantes selon les périodes de l'année. Il est particulièrement difficile d'organiser des interventions en soirée et/ou le WE. Néanmoins, de jeunes infirmières libérales installées sur le secteur permettent de pallier la difficulté.

L'offre de soins des infirmiers et médecins libéraux est satisfaisante (densité supérieure à la moyenne). Il est néanmoins à prévoir une diminution de la densité médicale dans les toutes prochaines années faute de remplaçants pour les médecins partant à la retraite. Selon les professionnels des Pôles Gériatologiques, cette situation sera particulièrement critique sur Sainte-Marie-aux-Mines et Lapoutroie.

Le service d'accueil de jour d'Ammerschwihr travaille plutôt en lien avec l'hôpital de jour de Colmar. Pour la vallée de Sainte-Marie-aux-Mines, l'accueil en Hôpital de Jour s'effectue soit à Sélestat (mais cet HdJ ne propose malheureusement pas d'accueils spécialisés Alzheimer), soit à Ribeauvillé.

L'équipe mobile de gériatrie intervient sur le secteur, plutôt auprès des EHPAD. Pour le Val d'Argent, c'est l'EMG de Sélestat qui se déplace. Le travail en partenariat avec les professionnels du Pôle Gériatologique est très satisfaisant.

Le partenariat avec le réseau Alsace gériatologie (RAG), qui a développé récemment son activité sur ce territoire, est apprécié par les professionnels des pôles gériatologiques. Cette intervention concerne plus particulièrement le canton de Ste Marie aux Mines.

### **Zoom sur l'offre Alzheimer**

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
HT	Hébergement Temporaire	2
AJ	Accueil de Jour autonome	/
AJ	Accueil de Jour annexé	10
UVP	Unité de Vie Protégée	6
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

#### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nombre de services
HdJ	Hôpital de Jour	1
CM	Consultation Mémoire	/
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

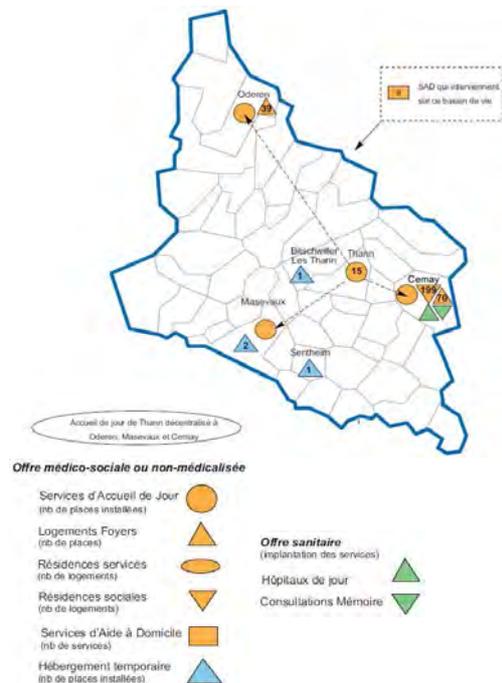
### **Analyse et commentaires**

Sur ce bassin de vie, l'offre spécialisée dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer est très réduite. Ce territoire compte peu d'unités ou services dédiés (HT, AJ, UVP, HdJ) que ce soit dans le secteur sanitaire ou médico-social.

Néanmoins, les projets d'UVP (Bergheim) et de PASA (Bergheim, Beblenheim, Ribeauvillé) viendront renforcer l'offre spécialisée dans les prochaines années, par une transformation de places d'EHPAD, pour répondre à la demande croissante des familles (dont les besoins s'expriment tant en terme de places d'hébergement, de solutions de répit que d'actions de conseils ou d'appuis aux aidants).

## Bassin de vie de THANN

### Le maintien à domicile



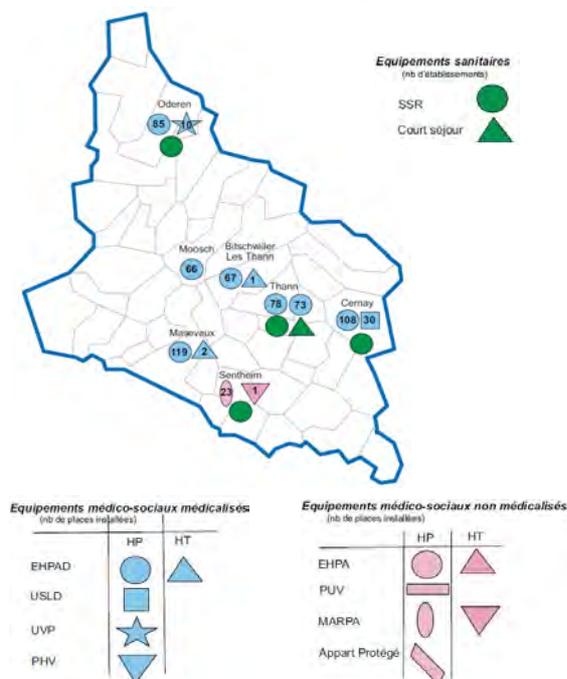
### Forces et atouts

- situation socio-économique globalement favorable, (malgré des poches de pauvreté identifiées)

### Points de vigilance

- AJ qui fonctionne bien (positionnement central), mais des besoins qui nécessiteraient un développement dans les zones ouest et sud
- peu d'offre en logements pour personnes âgées (aucun sur la ville d'Altkirch), mais 1 résidence service en projet
- difficulté à mettre en place les plans d'aide APA avec les SAD
- malgré un fort taux d'équipement en SSIAD, faible disponibilité des professionnels
- faibles densités d'infirmiers et médecins généralistes (canton de Dannemarie identifié comme prioritaire par l'ARS pour une meilleure répartition des professionnels de santé)
- recours tardif à l'APA à domicile pour des personnes âgées déjà très dépendantes (entrées en GIR 2)

### La prise en charge en établissement



### Forces et atouts

- offre diversifiée, bien répartie sur le territoire
- accueil temporaire qui fonctionne bien
- bon fonctionnement de la filière gériatrique : BVS bien doté en SSR,
- un établissement commercial dont le taux d'occupation plus faible permet des réponses en urgence
- prise en charge Alzheimer qui va se renforcer : 2 UVP et 2 PASA

### Points de vigilance

- des établissements vieillissants, en cours de restructuration (impact à prévoir sur les prix de journée)
- Accueil de nombreuses PHV dans les EHPAD
- des GMP modérés dans 2 EHPAD

## DIAGNOSTIC DES BESOINS

Indications de lecture :

- les chiffres apparaissent en rouge pour signifier une difficulté ou un point de vigilance au plan local, en regard de la situation départementale,
- les chiffres sont en bleu quand l'indicateur traduit une situation plutôt favorable.

### Indicateurs de population et de dépendance

structure de la population en 2008					
	Indice de vieillissement (2008)	Ratio aidants/aidés théorique (2008)	Part de la population âgée de 75 ans et + dans la population totale (2008)	Part de la population âgée de 85 ans et + dans la population totale (2008)	Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer (étude PAQUID)
<b>BVS Thann</b>	71,3%	6,5	8,5% (5676 pers.)	1,9% (1270 pers.)	1010
<i>Haut-Rhin</i>	64,6%	6,6	7,8% (58470 pers.)	1,8% (13253 pers.)	10 473 pers.

évolutions à l'horizon 2021			
	Evolution de la population âgée de 75 ans et + (2008-2021)	Evolution de la population âgée de 85 ans et + (2008-2021)	Estimation de l'évolution de la population dépendante à l'horizon 2021
<b>BVS Thann</b>	+21,1% (+1195 pers.)	+83,5% (+1061 pers.)	+187
<i>Haut-Rhin</i>	+ 22,9% (+13 412 pers.)	+ 87,8% (+11 639 pers.)	+ 1 814 pers.

dépendance					
	Taux de couverture de l'APA domicile (2011)	Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA domicile (2011)	Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gériatrique (2010)	Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des évaluations du SSG consacrées à la dépendance (2010)
<b>BVS Thann</b>	9,1%	36,5%	7,0%	30,7%	75%
<i>Haut-Rhin</i>	11,4%	28,1%	7,1%	31,2%	72%

### **Analyse et commentaires**

Une situation en demi-teinte du point de vue du vieillissement :

- une population d'ores et déjà âgée (fort indice de vieillissement, part importante des 75 ans et plus) et plutôt dépendante (cf. estimations concernant la maladie d'Alzheimer)

...

- ... mais à nuancer compte tenu d'un ratio théorique aidants/aidés identique à la moyenne départementale et un vieillissement de la population qui sera plus modéré d'ici 2021 qu'à l'échelle départementale.

Un taux de couverture par l'APA limité (le 2<sup>e</sup> plus faible au plan départemental), qui s'explique pour partie par un public plus aisé (Thann) et/ou moins demandeur (Masevaux) et/ou plus pris en charge par la solidarité familiale. En revanche, la part de GIR1 et 2 à domicile est la plus forte du Haut-Rhin, traduisant l'existence de nombreux outils de maintien à domicile (notamment sanitaire au travers des SSIAD).

La part des évaluations des professionnels des Pôles Gériatriques liées à la dépendance est légèrement supérieure à la moyenne départementale. Selon les professionnels du service social, ce chiffre minore la réalité de leur intervention en matière de précarité.

### ■ Indicateurs socio-économiques

	isolement		solvabilité	
	Part des 80 ans et + seuls dans leur logement (2008)	Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG (2010)	Part des foyers fiscaux non-imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux (2008)	Part des 65 ans et + propriétaires de leur logement (2007)
<b>BVS Thann</b>	40,7%	48,8%	42,7%	81,8%
<i>Haut-Rhin</i>	42,9%	50,0%	41,9%	73,4%

	précarité					
	Part des bénéficiaires de l'APA domicile exonérés de participation (2011)	Part des évaluations du SSG consacrées à la précarité / fragilités sociales (2010)	Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et + parmi l'ensemble des bénéficiaires (2011)	Aides délivrées à des pers. âgées de 60 ans et plus, pour 1000 personnes âgées de 60 ans et + (2010)		Part des bénéficiaires CRAV et MSA des allocations du minimum vieillesse parmi les 60 ans et plus (2011)
				au titre du FSE	au titre du FSL	
<b>BVS Thann</b>	8,3%	25%	3,3%	0,86‰	0,86‰	1,2%
<i>Haut-Rhin</i>	10,2%	28%	3,8%	1,52‰	1,12‰	1,9%

### Analyse et commentaires

Les personnes âgées de ce bassin de vie sont plutôt moins isolées (peut-être l'une des raisons du moindre taux de recours à l'APA ?).

Cette population semble peu solvable du point de vue financier (part importante de foyers fiscaux non imposables) mais largement propriétaires de leur logement (4ème plus fort taux du Haut-Rhin). L'entretien des logements par les propriétaires occupants constitue comme ailleurs une problématique de plus en plus forte.

Les indicateurs relatifs à la précarité traduisent une situation plutôt favorable. Dans les faits, cela représente néanmoins une part importante des accompagnements réalisés par les professionnels des pôles gériatriques. A noter la présence d'associations caritatives réactives et l'octroi de secours par les municipalités, qui offrent des solutions d'aides complémentaires.

## DIAGNOSTIC DES RESSOURCES

### Offre en établissements médico-sociaux

Etablissement	Type	Commune	Capacités installées au 01/09/2011		Evolution 2004-2011	Projets 2012-2015	
			Hébergement permanent *	Hébergement temporaire		Créations/ extensions	Transformations
Maison de Retraite « Jules Scheurer »	EHPAD	Bitschwiller-lès-Thann	67	1	+1 HT	2 HP	UVP (13 pl.)
Centre Hospitalier	EHPAD	Cernay	108	/	/	/	/
	USLD		30	/		/	/
Résidence Le Castel Blanc	EHPAD	Masevaux	119	2	+15 HP**	6 HT	UVP (14 pl.)
Résidence Jungck	EHPAD	Moosch	66	/	0	/	/
EHPAD « Saint Vincent »	EHPAD	Oderen	95	/	+4 HP -2 HT	/	/
MARPA	PUV	Sentheim	23	1	+23 HP +1 HT	/	/
Centre Hospitalier « Saint Jacques »	EHPAD	Thann	78	/	0	/	/
Les Trois Sapins	EHPAD	Thann	73	/	0	/	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

**\* dont prises en charge spécifique en EHPAD :**

- 10 places d'UVP à l'EHPAD « Saint Vincent » d'Oderen, une unité fermée à Thann de 30 lits (EHPAD St Jacques), une unité spécifique Alzheimer à Moosch (19 places)

\*\* 15 lits par transformation de lits de SSR

SYNTHESE		Situation au 01/09/2011		2004-2011	Projets 2011-2015	
Type	Nombre d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Evolution nette	Créations / extensions	Transformations
EHPAD	7	606	3	+92 HP -1 HT	+2HP +6HT	UVP (27 pl.)
USLD	1	30	/	-73	/	/
PUV	1	23	1	+23 HP +1 HT	/	/
<b>TOTAL</b>		<b>659</b>	<b>4</b>	<b>+42 HP</b>	<b>+2HP +6HT</b>	<b>UVP (27 pl.)</b>

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées)

→ Taux d'équipement en 2011 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Thann : 113‰**
- **moyenne départementale : 113‰**

→ Taux d'équipement projeté en 2016 (EHPAD, USLD) :

- **BV de Thann : 100‰**
- **moyenne départementale : 105‰**

### Analyse et commentaires

L'offre paraît quantitativement satisfaisante sur ce bassin de vie :

- un taux d'équipement qui se situe dans la moyenne départementale,
- une offre globalement diversifiée, permettant un accueil médicalisé (EHPAD, USLD) et non médicalisé (MARPA).

Néanmoins, il s'agit d'établissements vieillissants (seulement 2 structures neuves) dont 3 d'entre eux ont fait l'objet d'une restructuration (Bitschwiller, Maseveaux, Oderen).

Dans la vallée, l'habitat est dispersé. Il apparaît donc important de pouvoir proposer des solutions souples et diversifiées.

Sur la période 2004/2015, le développement de l'offre de ce bassin de vie (évolution nette et projets validés) se caractérise par une légère augmentation des places d'EHPAD/USLD (+20 places), la création d'une MARPA (+23 places) et le renforcement modéré des solutions de répit (+6 places d'hébergement temporaire).

L'accueil temporaire y est restreint (4 places) mais 6 places sont d'ores et déjà en projet.

Néanmoins, les besoins locaux sont couverts grâce à :

- certains EHPAD qui accueillent temporairement des résidents selon leurs disponibilités mais hors reconnaissance par les autorités de tarification. A noter que les établissements commerciaux ont généralement davantage de disponibilités : ainsi sur ce bassin de vie, « Les Trois Sapins » à Thann peut constituer une solution intéressante dans des situations d'urgence,
- des séjours temporaires en SSR (encore nombreux sur le secteur).

L'hébergement temporaire en MARPA fonctionne très bien, surtout pendant la période hivernale.

**Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficacité et de qualité**

Etablissement	Type	Commune	GMP	Coût à la charge du résident	Bénéficiaires Aide Sociale	Taux d'occupation	Capacité	Bilan ** architectural
Maison de Retraite « Jules Scheurer »	EHPAD	Bitschwiller-lès-Thann	598,06	52,74€ à 56,29€	25,4%	98,0%	68	
Centre Hospitalier	EHPAD	Cernay	681,30	48,05€ à 59,96€	21,0%	99,9%	108	
	USLD		925,33	59,04€ à 62,10€		98,5%	30	
Résidence Le Castel Blanc	EHPAD	Masevaux	782,86	55,23€ à 63,50€	24,4%	96,5%	121	
Résidence Jungck	EHPAD	Moosch	824,24	59,45€	18,2%	97,5%	66	
EHPAD « Saint Vincent »	EHPAD	Oderen	763,37	62,67€	11,8%	99,6%	95	
MARPA	PUV	Sentheim	277,82	32,57€ à 46,42€ *	0,4%	96,0%	24	
Centre Hospitalier « Saint Jacques »	EHPAD	Thann	737,14	55,48€	21,8%	98,2%	78	
Les Trois Sapins	EHPAD	Thann	779,31	64,93€ à 71,43€	Non habilité	92,5%	73	
<b>Moyenne départementale</b>			/	<b>57,97€</b>	<b>19,4%</b>	<b>98,1%</b>	/	

Source : Conseil Général du Haut-Rhin

\* tarif non comparable (cf. établissement non médicalisé)

Grille de lecture

GMP : le dégradé jaune -> vert représente une simple gradation

Bilan architectural : vert : architecture adaptée ou modifications non prioritaires / jaune : quelques aménagements prioritaires nécessaires / orange : nombreux aménagements prioritaires nécessaires

- Part du secteur commercial : **1 établissement (non habilité à l'aide sociale)**  
Les Trois Sapins

### **Analyse et commentaires**

Sur ce secteur, la majorité des établissements ont un bilan architectural satisfaisant, deux nécessitent des aménagements (sites de Moosch et Bitschwiller-les-Thann).

Le critère de choix prépondérant dans ce secteur constitué de vallées demeure la proximité (avant le coût de l'hébergement). D'une manière générale, l'aire de recrutement des EHPAD situés en fond de vallée est plus réduite.

La résidence Jungck à Moosch présente la particularité d'accueillir de nombreux résidents originaires d'autres cantons (en particulier de Mulhouse). Il s'agit d'un public relativement plus aisé. Les « Trois sapin » à Thann accueillent des personnes originaires du Sundgau, en attendant l'ouverture prochaine des établissements de Seppois/Waldighoffen.

A noter que les EHPAD de ce bassin de vie accueillent également des personnes handicapées vieillissantes (Cernay, Oderen, Masevaux, Bitschwiller-les-Thann).

Deux EHPAD ont des GMP modérés (inférieurs à 700) : Bitschwiller-les-Thann (difficultés à accueillir des personnes lourdement dépendantes ; présence d'un public handicapé vieillissant) et Cernay (pas d'accueil spécialisé Alzheimer ; bâti devant encore être mis aux normes). Inversement, l'USLD de Cernay permet d'accueillir de façon privilégiée les personnes les plus dépendantes.

- Trois établissements ont des taux d'occupation moindres :
  - en raison de travaux en cours (Bitschwiller et Masevaux),
  - une attractivité réduite pour l'établissement commercial, relativement cher et dont le bâti n'est pas optimal (Les Trois Sapins). Sa relative disponibilité présente néanmoins l'avantage de permettre des réponses aux situations d'urgence.

Les travaux d'humanisation et de mises aux normes vont impacter les prix de journée des EHPAD de ce secteur dans les prochaines années. Hors problématique du bâti, les prix de journée très bas de certains EHPAD ont un corollaire en terme de personnel (ratios d'encadrement limités).

Le secteur ne compte aucun EHPAD de petite taille avec un gestionnaire unique (ceux dont la taille est inférieure à 80 lits bénéficient de directions communes avec d'autres EHPAD).

Autre particularité de ce bassin de vie : l'activité du CLIC Thann et Doller orientée sur des actions de prévention, de soutien des aidants et de concertation des acteurs locaux.

### **Offre en établissements sanitaires**

Type	Etablissement	Commune
SSR	Centre Hospitalier	Cernay
SSR	EHPAD « Saint Vincent »	Oderen
SSR	Maison de Repos et de Convalescence	Sentheim
SSR	Centre Hospitalier « Saint Jacques »	Thann
Court Séjour	Centre Hospitalier « Saint Jacques »	Thann

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

### Analyse et commentaires

Avec 4 SSR gériatriques (ou à forte activité gériatrique) et 1 court séjour, ce bassin de vie est bien doté. C'est l'une des raisons du très bon fonctionnement de la filière gériatrique locale. Les déplacements vers le pôle de centralité que constitue Mulhouse sont donc limités aux pathologies particulières.

### Offre en services de maintien à domicile

#### OFFRE MEDICO-SOCIALE OU NON-MEDICALISEE

Type	Etablissement	Commune	Capacités	Evolution 2004-2011	Projets 2011-2015
Accueil de jour autonome	Résidence du Rosenbourg – APAMAD	Thann Cernay/Masevaux Oderen	15 places	0	/
Logement Foyer	Saint Nicolas	Oderen	39 logements	NR	NR
Logement Foyer	CCAS	Cernay	70 logements	NR	NR
Logement Foyer	APAMAD	Vieux-Thann	/	/	35 logements
Résidence sociale	ALEOS	Cernay	199 chambres	NR	NR

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (au 01/09/2011)

**Services d'aide à domicile** : 9 services interviennent sur la "zone de proximité" de Thann. On dénombre au total 4 services autorisés et 5 services ayant un agrément qualité.

### Analyse et commentaires

L'accueil de jour autonome de Thann réalise une forte activité grâce à un fonctionnement particulier : les « accueils décentralisés » organisés à raison d'une journée par semaine (Cernay, Masevaux, Oderen). Cette réponse innovante est appréciée pour la qualité de la prise en charge. Des groupes de parole sont proposés aux aidants et au personnel. Le gestionnaire de l'AJ assure le transport par navette vers les différents sites.

A Oderen, l'EHPAD « St Vincent » organise également un « café des aidants » pour les familles.

2 Logements Foyers complètent l'offre sur le secteur (+ 1 projet). En revanche, aucune résidence services ne s'est encore implantée.

La Résidence Sociale d'ALEOS à Cernay a la particularité de disposer de chambres aménagées pour personnes âgées, pour répondre notamment aux besoins d'un public immigré vieillissant (hommes isolés). Un travailleur social fait partie de l'équipe de la structure. Le suivi des personnes de plus de 60 ans se fait en partenariat avec le Pôle Gériatologique, en fonction de la demande des usagers résidents.

9 services d'aide à domicile interviennent sur le secteur dont 2 disposent d'une implantation locale (antenne / siège). Globalement, l'offre est plus réduite au fond des vallées de Thann ou de Masevaux et plus diversifiée du côté de Thann et Cernay (intervention possible de services implantés dans la couronne mulhousienne).

Le service de garde itinérante de nuit (FANAL) n'intervient pas sur le secteur.

OFFRE SANITAIRE

	Places de SSIAD p. 1 000 pers. âgées de 75 ans et + (2010)	Nb d'infirmiers libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb de médecins libéraux p. 100 000 hab. (2009)	Nb d'hôpitaux de jour	Nb de consultations mémoire	Nb de centres de soins infirmiers
BV Thann	28,9‰	68,7	83,6	1	1	1
<b>Haut-Rhin</b>	19,2‰	68,1	95,8	8 HdJ soit 108 places	6	23

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

**Hospitalisation à Domicile (HAD)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par l'HAD.

**Equipes mobiles gériatriques** : le Haut-Rhin dispose de 2 équipes mobiles, l'une basée à Colmar et l'autre à Mulhouse. La couverture théorique de l'ensemble de la région est en réalité limitée par les effectifs des équipes mobiles (source ARS).

**Réseau Alsace Gériatologie (RAG)** : toutes les communes du Haut-Rhin sont couvertes par le RAG.

### Analyse et commentaires

Le taux d'équipement en SSIAD est particulièrement fort et facilite grandement le maintien à domicile. Cela explique la part importante des GIR 1 et 2 à domicile (voir infra), les plans d'aide APA venant compléter ces interventions.

A noter que les médecins libéraux sont particulièrement impliqués dans les actions gériatologiques.

La densité en infirmiers libéraux est moyenne ; celle en médecins libéraux est faible. Les cantons de Saint-Amarin et de Masevaux ont été identifiés par l'ARS comme "prioritaires" pour la mise en œuvre de mesures favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.

L'Hôpital de Jour implanté au sein du Centre Hospitalier de Cernay fonctionne de manière satisfaisante en lien avec l'Accueil de Jour et le service de SSR. A défaut de place à Cernay, les usagers sont orientés vers l'HdJ de Mulhouse.

L'équipe mobile gériatrique de Mulhouse intervient sur ce bassin de vie, de même qu'une équipe mobile de soins palliatifs (rattachée à l'Hôpital de Pfastatt) et qu'une équipe mobile psycho gériatrique (implantée à Rouffach).

La consultation mémoire proposée à Cernay répond notamment à une demande forte des établissements (EHPAD, USLD, hôpital) qui y ont recours pour effectuer des bilans de leurs résidents.

Le partenariat avec le réseau Alsace gériatologie (RAG) est apprécié par les professionnels des pôles gériatologiques.

## **Zoom sur l'offre Alzheimer**

### OFFRE MEDICO-SOCIALE

	Type	Capacités
HT	Hébergement Temporaire	/
AJ	Accueil de Jour autonome	15
AJ	Accueil de Jour annexé	/
UVP	Unité de Vie Protégée	10
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	/

Source : Conseil Général du Haut-Rhin (capacités installées au 01/09/2011)

### OFFRE SANITAIRE

	Type	Nombre de services
HdJ	Hôpital de Jour	1
CM	Consultation Mémoire	1
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile Alzheimer	/

Source : Agence Régionale de Santé Alsace

## **Analyse et commentaires**

L'offre, même modeste sur le plan médico-social, représente un bon socle et une palette diversifiée (AJ, UVP, HdJ, CM).

L'EHPAD St Jacques de Thann dispose d'une unité fermée qui n'a pas le label UVP (30 places).

De même, à la résidence Jungck à Moosch, une unité spécifique est déjà en place, hors reconnaissance par les autorités de tarification. Les travaux de rénovation à prévoir sur cet établissement vieillissants seront l'occasion d'améliorer la qualité de prise en charge sur le plan architectural.

De nombreux projets renforceront bientôt cette offre :

- projets d'UVP : 13 places à Bitschwiller-les-Thann, 14 places à Masevaux,
- PASA : un projet à Cernay, un projet à Oderen,
- 6 HT Alzheimer à Masevaux.

## Notice méthodologique pour la lecture des diagnostics territoriaux

### LE ZONAGE

Le "bassin de vie solidarité" constitue le zonage de référence pour l'action sociale départementale dans le Haut-Rhin. Il a été créé en réponse à la volonté du Conseil Général d'améliorer l'action médico-sociale en réorganisant/unifiant ses secteurs d'intervention. Cette territorialité, adoptée lors de la séance publique du 17/10/2003, divise le département en 11 entités.

### 1/ DIAGNOSTIC DES BESOINS

#### *Indicateurs de population et de dépendance*

- ✗ **Indice de vieillissement** : part des 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans (INSEE – RP 2008)
- ✗ **Ratio théorique aidants/aidés (ODAS)** : population des 55-64 ans rapportée à la population des 85 ans et plus (INSEE – RP 2008)
- ✗ **Estimation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer** : application des taux de prévalence différenciés par sexe (étude PAQUID) à la population de 75 ans et plus (INSEE – RP 2008)
- ✗ **Evolution de la population âgée** de 75 ans et plus et de 85 ans et plus : écart entre les effectifs indiqués par l'INSEE (RP 2008) et les effectifs calculés à l'horizon 2021 (INSEE – OMPHALE 2010)
- ✗ **Estimations de l'évolution de la population dépendante** : application des taux de dépendance calculés par l'INSEE (étude Vieillesse et dépendance : évolutions d'ici 2020) à la structure par âge du Haut-Rhin (INSEE – RP 2008 et OMPHALE 2010)
- ✗ **Taux de couverture de l'APA à domicile** : part des bénéficiaires (PAS au 30/06/2011) parmi l'ensemble de la population de 75 ans et plus (INSEE – RP 2008)
- ✗ **Part des GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile** : données au 30/06/2011 (PAS)
- ✗ **Part des personnes âgées rencontrées par le Service Social Gérontologique** : nombre de personnes accompagnées (données d'activité du service pour l'année 2010) rapporté à l'ensemble de la population de 60 ans et plus (INSEE – RP 2008).
- ✗ **Part des 85 ans et plus parmi les personnes accompagnées par le SSG** : données d'activité du service pour l'année 2010
- ✗ **Part des évaluations du SSG consacrées à la dépendance** : données d'activité du service pour l'année 2010 (évaluations réalisées par les assistantes sociales dans ce domaine)

### **Indicateurs socio-économiques**

- ✗ **Part des 80 ans et plus seuls dans leur logement** : ménages composés d'une seule personne et âgée de 80 ans ou plus, parmi l'ensemble de la population de 80 ans et plus (INSEE – RP 2008).
- ✗ **Part des personnes vivant seules parmi l'ensemble des personnes accompagnées par le SSG** : données d'activité du service pour l'année 2010
- ✗ **Part des foyers fiscaux non-imposables parmi l'ensemble des foyers fiscaux** : selon les données de l'INSEE – RP 2008. Cet indicateur est calculé pour l'ensemble de la population (pas uniquement pour la population âgée).
- ✗ **Part des 65 ans et plus propriétaires de leur logement** : part des ménages propriétaires dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus, parmi l'ensemble des ménages dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus (INSEE – RP 2007).
- ✗ **Part des bénéficiaires de l'APA à domicile exonérés de participation** : bénéficiaires au 30/06/2011 (PAS)
- ✗ **Part des évaluations du SSG consacrées à la précarité / fragilités sociales** : données d'activité du service pour l'année 2010 (évaluations réalisées par les assistantes sociales ayant traité la précarité sociale et financière, la vulnérabilité, les difficultés liées au logement).
- ✗ **Part des bénéficiaires du RSA âgés de 60 ans et plus parmi l'ensemble des bénéficiaires** : selon données par CTSA au 25/07/2011
- ✗ **Aides au titre du FSE et du FSL pour des bénéficiaires âgés de 60 ans et plus parmi l'ensemble des 60 ans et plus** : année 2010 (SHST). Le FSE (Fonds Solidarité Energie) permet aux personnes en situation précaire d'être aidées à travers une aide financière exceptionnelle et ainsi éviter toute coupure (mais dans certaines situations et avec la participation de la famille). Le FSL (Fonds de Solidarité Logement) aide (sous condition de ressources et barèmes) les personnes à accéder ou à se maintenir dans leur logement.
- ✗ **Allocations du minimum vieillesse** : il s'agit en fait des bénéficiaires de l'ancien "minimum vieillesse" parmi les prestataires CRAV et MSA. Les nouvelles prestations se déclinent en ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) et ASI (allocation supplémentaire d'invalidité). Les données, arrêtées au 30/09/2011, sont rapportées à la population des 60 ans et plus (RP 2008).

## **2/ DIAGNOSTIC DES RESSOURCES**

### **Offre en établissements médico-sociaux**

- ✗ Il s'agit des capacités installées au 01/09/2011 (source STE)
- ✗ Sont représentés les :
  - **USLD** : les unités de soins de longue durée, le plus souvent intégrées aux centres hospitaliers, accueillent des personnes âgées très dépendantes dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale 24h/24h et des soins continus.
  - **EHPAD** : ils accueillent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, en perte d'autonomie physique et/ou psychique ayant besoin d'un encadrement médical et d'une aide au quotidien. Certains de ces établissements sont dotés :

- d'une Unité de Vie Protégée (UVP) pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, qui propose une prise en charge adaptée dans un lieu de vie dédié.
- d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) qui propose, sur un même lieu, l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévère. L'UHR est un lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes.
- d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) qui propose, durant la journée, aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales, ludiques et thérapeutiques. Cet accueil de jour interne à l'établissement offre, au sein d'un espace de vie spécialement aménagé, un environnement adapté aux besoins des personnes accueillies.
- de places dédiées pour des personnes handicapées vieillissantes (PHV).
- **EHPA** : au contraire des EHPAD, ils accueillent des personnes âgées non-dépendantes.
- **PUV – MARPA** : elle comprend une vingtaine de logements individuels de plain pied regroupés autour d'espaces collectifs (concept développé par la MSA). Elle n'est pas médicalisée et s'adresse à des personnes autonomes. Un professionnel de maison est présent 24h/24h. Le locataire a la possibilité de prendre ses repas soit dans le restaurant collectif soit dans son appartement. En ce qui concerne l'aide et les soins à la personne, ceux-ci sont assurés par des professionnels libéraux et des services d'aide et de soins à domicile.
- **PUV - Appartements Protégés** : il s'agit d'un appartement regroupant plusieurs chambres individuelles avec cabinet de toilette. Une salle de bain commune ainsi qu'une grande salle à manger viennent compléter l'équipement. Ce type d'hébergement est destiné à des personnes en perte d'autonomie physique et/ou psychique nécessitant la présence d'un professionnel, tel qu'une auxiliaire de vie 24h/24h.
- \* **l'évolution** 2004-2011 retrace l'évolution des capacités sur cette période (HT, HP) en prenant comme chiffres de référence le Bilan de Campagne 2004 (STE).
- \* les **projets** regroupent les places d'ores et déjà financées jusqu'en 2015, y compris au titre des enveloppes prévisionnelles de l'ARS (STE – 2011).
- \* le **taux d'équipement en 2011** correspond au nb de places en EHPAD et USLD (hébergement permanent et temporaire) pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (STE – 2011).
- \* le **taux d'équipement projeté en 2016** correspond au nb de places en EHPAD et USLD (hébergement permanent et temporaire) pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, intégration faite des places déjà financées jusqu'en 2015, mais non ouvertes à ce jour (STE – 2011).

#### **Indicateurs d'accessibilité de l'offre, d'efficience et de qualité**

- \* **GMP** (STE - 2011) : les résidents sont cotés selon leur niveau de dépendance en GIR 1 à 6. La moyenne pondérée des GIR donne un GMP (GIR Moyen Pondéré). Dans les diagnostics, les établissements sont classés selon que leur GMP est inférieur à 600 ; compris entre 600 et 699 ; compris entre 700 et 799 ; supérieur ou égal à 800.
- \* **Coût à la charge du résident** (STE - 2011): il s'agit du coût journalier à la charge du résident pour les EHPAD et les USLD. Les tarifs indiqués pour les EHPA et les MARPA est logiquement moindre (cf. établissements non-médicalisés).

- ✗ **Bénéficiaires de l'aide sociale** (PAS - 2011) : lorsque la personne âgée, aidée éventuellement par ses obligés alimentaires, ne peut faire face à la totalité des frais de séjour (tarif hébergement et part du tarif dépendance non couvert par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie), le Département participe pour le montant restant au titre de l'aide sociale. Pour ce faire, l'établissement doit préalablement être habilité à l'aide sociale.
- ✗ **Taux d'occupation** (STE - 2010) : il correspond à l'activité effectivement réalisée par l'établissement (nb de jours réalisés tel que renseigné au compte administratif) rapporté à l'activité théorique (capacité installée multipliée par 365).
- ✗ **Capacité** (STE - 2011) : en cas de projet, il est souhaitable de tendre vers une capacité minimale de 80 lits d'hébergement permanent par établissement, considérant que cela améliore la qualité de la prise en charge et optimise les coûts d'exploitation.
- ✗ **Bilan architectural** : c'est un état des lieux, élaboré à partir de divers critères de qualité, qui a pour but de prioriser les projets à venir (vert = architecture adaptée ; jaune = quelques aménagements nécessaires ; orange = nombreux aménagements nécessaires).
- ✗ **Part du secteur commercial** (2011) : il s'agit des établissements privés à but lucratif.

#### **Offre en établissements sanitaires**

- ✗ Il s'agit des places financées au 31/12/2011 (ARS - 2011)
- ✗ Sont représentés les :
  - **SSR** : les SSR en hospitalisation complète assurent des soins médicaux curatifs ou palliatifs, de rééducation et réadaptation, éducation thérapeutique, soutien des aidants et réinsertion. Les patients y sont admis après une hospitalisation en court séjour, plus rarement depuis le domicile ou un EHPAD. On y trouve également les unités cognitivo-comportementales. Sont comptabilisés les SSR gériatriques et les SSR polyvalents ayant une activité en hospitalisation complète essentiellement gériatrique. Les capacités (nb de places) ne sont pas précisées par l'ARS.
  - **CS** : les courts séjours gériatriques proposent une hospitalisation complète des patients polyopathologiques dépendants ou à risque de dépendance présentant une affection aiguë ou une aggravation d'une pathologie chronique. L'accès se fait par les urgences, directement du domicile ou depuis un EHPAD. En Alsace, 34,01% des séjours en court séjour médical sont réalisés pour des patients âgés de 75 ans et plus. Sont donc également représentés les courts séjours ayant une activité de médecine gériatrique supérieure à la moyenne départementale. Les capacités (nb de places) ne sont pas précisées par l'ARS.

#### **Offre en services de maintien à domicile**

##### 1/ Offre non-médicalisée :

- ✗ **Accueils de jour (AJ)** : qu'ils soient autonomes ou annexés à un établissement, ces services reçoivent des personnes âgées durant la journée dans un cadre convivial qui permet leur prise en charge.
- ✗ **Logements-foyers (LF)** : formule intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD, le logement foyer accueille des personnes valides ou semi valides qui ont besoin d'un cadre sécurisant. Les personnes vivent dans des appartements individuels (studios, F1 ou F2) qu'ils aménagent avec leur propre mobilier. Ils ont le statut de locataire et disposent de locaux et de services collectifs (restaurant, blanchisserie, etc.) dont l'usage est facultatif.

- ✗ **Résidences services** : portées généralement par des sociétés commerciales, ces structures destinées à des personnes valides ou semi valides fonctionnent sur le même principe que les logements foyers en proposant à la location ou à la vente des studios, des F2 mais également des F3 dans une résidence avec restaurant, salon, animations et personnel d'aide à la personne. A côté du forfait du loyer et du forfait de base incluant les animations, le nettoyage des communs, le concept repose sur un service de prestations à la carte : aide à la vie quotidienne, aide administrative, blanchisserie, petits bricolages, etc. proposé à un tarif horaire unique. Il ne s'agit pas d'un établissement médico-social (n'est donc pas soumis à autorisation par le Conseil Général).
- ✗ **Résidences sociales** : les résidences sociales se composent de logements temporaires meublés (principalement des studios et T2) destinés aux ménages de petite taille ayant des revenus limités ou des difficultés à se loger dans le parc immobilier traditionnel. Certaines de ces résidences accueillent un public vieillissant, notamment immigré.
- ✗ **Services d'Aide à Domicile (SAD)** : ils proposent une assistance aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux.

Point de vigilance : l'intervention des SAD sur les secteurs peut rapidement évoluer en fonction des demandes des personnes âgées et/ou des aides à domicile recrutées.

## 2/ Offre sanitaire :

- ✗ **Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** : ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.
- ✗ **Centres de soins infirmiers (CSI)** : ils sont des structures de proximité dispensant des soins infirmiers, en centre et à domicile. Ils sont souvent accolés à des SSIAD, mais pas toujours.
- ✗ **Hospitalisation à domicile (HAD)** : elle permet d'assurer au domicile des patients des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de leur état de santé.
- ✗ **Unités de consultations (UCC) et d'hospitalisation de jour (HdJ)** ont pour missions l'évaluation gériatrique médico-psycho-sociale, les traitements programmés lourds, le soutien à domicile et la coordination. Les hôpitaux de jour peuvent proposer une prise en charge gériatrique en évaluation (hôpitaux de jour de médecine) ou un suivi et une réadaptation (hôpitaux de jour SSR).
- ✗ **Consultations mémoire (CM)** : elles assurent le diagnostic et le traitement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. Elles mettent en place un projet de soins personnalisés et suivent le patient en partenariat avec les autres professionnels sanitaires et médico-sociaux.
- ✗ **Equipes mobiles gériatriques (EMG)** : elles interviennent auprès des patients hospitalisés dans les structures non gériatriques, en apportant un avis spécialisé. Certaines se rendent au domicile des personnes âgées ou en EHPAD. Leurs missions consistent à réaliser une évaluation gériatrique, à élaborer un projet de soins, orienter les patients et former les équipes. Leur intervention se fait sur appel de l'équipe hospitalière ou du réseau.
- ✗ **Réseau Alsace Gériatrie (RAG)** : il s'agit d'une structure de coordination et d'action médico-sociale sur l'ensemble du territoire alsacien. Sa mission est principalement la prise en charge des malades fragiles ou dépendants, présentant une situation médicale et/ou sociale complexe et nécessitant une prise en charge médicale et sociale coordonnée en vue du maintien à domicile.

## **Avis du CODERPA**

ASSEMBLEE GENERALE DU 29 OCTOBRE 2012

Conformément au décret n°2011-671 du 14 juin 2011 relatif aux modalités de consultations sur les schémas relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées, mentionnés à l'article L. 312-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées du Haut-Rhin (CODERPA), a été consulté pour avis lors de l'Assemblée Générale du 29 octobre 2012. Après avoir examiné le projet d'orientations stratégiques du Schéma Gériatrique départemental 2012-2016 et participé à son élaboration au travers de plusieurs groupes de travail, il a donné son avis comme suit :

### **1. Faciliter le parcours de vie de la personne âgée :**

Le Coderpa approuve l'extension des MAIA sur l'ensemble du territoire et attire l'attention sur la nécessité d'y maintenir un dispositif d'accueil, d'écoute et d'information en relation avec les besoins des personnes âgées, en quantité comme en qualité.

Le Coderpa marque son attachement à faire de la prévention une priorité, à développer la prévention santé et l'amélioration de la relation entre médecins et organismes de prévention.

### **2. Aider les aidants – Soutien à domicile**

Le Coderpa prend acte du développement des guichets intégrés et des référents à domicile.

Le Coderpa souhaite la création d'une Maison de l'Autonomie.

Le Coderpa exprime le souhait de faire évoluer les plans d'aide pour permettre l'aménagement du domicile et l'accès à des aides techniques.

Le Coderpa approuve la politique destinée à mieux soutenir l'aide aux aidants.

### **3. Rapprochement des politiques Habitat/Médico-sociale**

Le Coderpa prend acte de l'ambition du schéma de rapprocher les politiques de l'habitat et du médico-social.

Le Coderpa souhaite l'instauration d'une loi imposant à toute construction HLM un taux d'appartements équipés pour des personnes à mobilité réduite.

Le Coderpa souligne la nécessité de construire des résidences-services à caractère social, dans les lieux d'habitation classiques et au sein du locatif aidé pour soutenir la mixité sociale.

Le Coderpa demande une augmentation de l'aide financière pour le logement pour les personnes âgées à faibles revenus.

### **4. Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) au service du bien vieillir**

Le Coderpa approuve l'orientation du schéma relative aux NTIC.

Cet avis a été adopté avec 48 voix pour et une abstention.

CONTACTS

**CONSEIL GÉNÉRAL  
DU HAUT-RHIN**

100 Avenue d'Alsace  
BP 20 351  
68 006 Colmar CEDEX  
**www.cg68.fr**

**Direction de l'Autonomie**  
**Tél. 03 89 30 67 80**  
**e-mail: solidarite.dpah@cg68.fr**

**Service Études et Appuis de la Solidarité**  
**Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale**  
100 Avenue d'Alsace  
BP 20 351  
68 006 Colmar CEDEX  
**Tél. 03 89 30 66 14**  
**e-mail: ohras@cg68.fr**

Octobre 2012

Conseil Général



**Haut-Rhin**