

MISSION DE PRÉFIGURATION DU GÉRONTOPOLE SUD

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
RAPPORT D'ACTIVITÉ 2018



Sommaire

1. Contexte	1
2. Les grands entretiens et la définition de priorités	1
Les attentes vis-à-vis du GTP : plusieurs axes complémentaires	2
3. Proposition de contenu et d'une architecture du site internet du Gérontopole Sud	5
Premières réflexions sur le contenu du site internet.....	5
Proposition des arborescences	6
Aspects techniques liés à l'élaboration du site internet	6
4. Focus sur l'arborescence « Dispositif d'observation »	7
Préfiguration de l'Atlas du vieillissement.....	7
Le passage de la version 03 vers Géoclip Air	7
Choix des indicateurs autour du vieillissement	7
Travail préliminaire sur les dispositifs intégrés dans les filières gériatriques	9
Travail préparatoire sur les synthèses thématiques : choix des thèmes, bibliographie et congrès	11
5. Participation aux réflexions sur le fonctionnement de la nouvelle structure	12
6. Séances de travail des équipes de l'ORS en 2019	12
7. Annexes	13

1. Contexte

La région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur est très concernée par la question du vieillissement. Afin de mettre en œuvre des actions qui répondent aux besoins des populations âgées sur le territoire, la Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur a souhaité la création d'un Gérontopôle (GTP) en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé. Le GTP a été pensé par la Région et l'ARS comme une plateforme de ressources informationnelles, scientifiques et méthodologiques, ainsi qu'une structure d'appui au service des opérateurs, des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants.

La mission de préfiguration de la structure a été confiée à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS PACA). A la suite d'une première journée de consultation organisée en juillet 2017, trois missions ont été assignées au futur GTP : une mission **de veille et d'observation**, une mission **de soutien à l'innovation** et une mission autour de **la formation et des nouveaux métiers**.

Au cours de l'année 2018, l'activité de la mission de préfiguration s'est articulée autour :

- ▶ De la réalisation de grands entretiens auprès d'acteurs régionaux ;
- ▶ De la préfiguration de l'atlas du vieillissement ;
- ▶ Des premières réflexions sur le contenu et l'architecture du site internet ;
- ▶ Des réflexions sur le fonctionnement de la structure (statuts, entretiens pour des futurs chargés de mission en vue de l'élaboration du budget prévisionnel du GTP).

Les grands entretiens ont été le fil conducteur des travaux menés en 2018 par la mission de préfiguration du GTP. Ils ont confirmé globalement les hypothèses de travail issues de la première journée de consultation de 2017, à l'exception toutefois de la thématique « formation et nouveaux métiers » qui a été plus recentrée par les personnalités interrogées sur **les bonnes pratiques professionnelles dans le contexte des nouvelles technologies et la question de l'éthique**. Nous en avons bien sûr tenu compte dans le travail engagé au cours de l'année.

2. Les grands entretiens et la définition de priorités

La consultation et la participation active des acteurs régionaux du vieillissement ont été choisies comme la méthodologie appropriée pour la définition des priorités.

Au cours de l'année 2018, des grands entretiens ont été réalisés dans le cadre de la mission de préfiguration, afin de dégager les problématiques majeures, les points de levier, les priorités du programme de travail triennal du futur GTP et d'identifier des experts pouvant être des référents du GTP dans leur domaine de compétence. Ont été ciblés les acteurs issus des collectivités territoriales, des caisses de retraites, de la silver économie, des dispositifs de coordination, des associations d'aidants, des EHPAD et des services d'aides à domicile.

Les entretiens ont permis d'identifier les profils d'activité des acteurs, leurs points de force, les problématiques territoriales saillantes, les publics touchés, les projets dans lesquels sont engagés les structures en tant que porteurs ou associés et à recueillir les attentes vis-à-vis du futur GTP.

Les attentes vis-à-vis du GTP : plusieurs axes complémentaires

La synthèse qui suit est un focus sur les attentes des acteurs régionaux vis-à-vis du GTP Sud.

Les grandes thématiques issues des consultations concernent l'information, l'observation, les référentiels, la mesure d'impact et le soutien aux expérimentations, l'emploi et la formation. Tous les acteurs (voir la liste des personnes interrogées en annexe 1) ont été interrogés à partir du même dispositif d'entretien pour assurer la comparabilité des réponses (annexe 2).

1. Une attente importante d'information sur la lisibilité du champ du vieillissement, les territoires et des données probantes

C'est la première demande des acteurs auditionnés. On attend du GTP qu'il apporte une information concernant le champ du vieillissement, le territoire et les données probantes.

- ▶ **La lisibilité du champ régional du vieillissement** : aide à une meilleure identification des institutions, organismes, structures, associations œuvrant au niveau régional dans le champ de la gérontologie et de la gériatrie, que ce soit dans le domaine de la prévention ou de la prise en charge. Il s'agit de rendre plus facile l'accès à l'information des professionnels et du grand public et de faire connaître l'existant.
- ▶ **Disposer de données d'observation sur les territoires** : l'accès à des données d'observation, sous forme de banque d'indicateurs territorialisés est fréquemment cité. Certains acteurs attendent le développement d'un outil cartographique permettant d'identifier les territoires et d'objectiver le niveau d'intervention sociale (d'appui ou de soutien au territoire, sur le champ du vieillissement existant).
- ▶ **Le traitement et l'exploitation de données régionales** : le GTP doit pouvoir récupérer des données d'activités produites par les structures, les exploiter et les diffuser. Le champ des interventions à domicile et celui de la dépendance ont été cités à plusieurs reprises comme des domaines où la question de l'information et de la production d'indicateurs est prioritaire et susceptible d'informer l'approche prospective des besoins et services (ex : les accidents de travail dans le secteur de l'aide aux PA).
- ▶ **Des données probantes** : on attend du GTP qu'il permette de se mettre à jour à partir des dernières données de la littérature ou de l'état des connaissances disponibles. La demande est exprimée en termes de veille documentaire sur diverses sources de données, ou d'accès à des données probantes. Elle pourrait prendre la forme de dossiers. Parmi les thèmes prioritaires on relève la prévention, la mesure de la dépendance et l'appui aux aidants familiaux.
- ▶ **Une fonction de relai** : la fonction de relai attendue du GTP concerne aussi un rôle de « vitrine » d'évènements et initiatives permettant de toucher en région un plus large public d'acteurs.

2. Une veille sur les expérimentations : des besoins sur les initiatives existantes et sur celles qui ont prouvé leur efficacité

- ▶ **La veille d'expérimentations régionales** : elle est exprimée en termes d'un répertoire sur les initiatives locales existantes (« ce qui se fait ») et dans un deuxième temps des résultats de ces initiatives (« ce qui marche »). Cette demande concerne d'abord le territoire proche des acteurs (les initiatives et expérimentations locales) et dans un moindre degré le territoire régional. Elle porte tant sur l'innovation organisationnelle que numérique. L'information sur les initiatives et expérimentations remarquables ou innovantes permettrait d'éviter selon les acteurs l'accumulation d'expériences isolées dont les conditions de validation ne sont pas réunies faute de taille critique et surtout la réitération d'expérimentations qui n'ont pas fait leurs preuves (« il faut éviter ce qui ne

marche pas »). Dans un deuxième temps elle permettrait de favoriser un milieu d'interconnaissance et d'échange, préalable à la création de réseaux ou « clusters » d'innovation. Cette information pourrait prendre la forme de banque ou de répertoire d'expérimentations en cours.

- ▶ **La veille d'innovations nationales et européennes** (« ce qui se fait d'intéressant ailleurs, ce qui se passe en ce moment »). La fonction veille sur les initiatives remarquables est inaccessible à la grande majorité des acteurs rencontrés qui n'ont ni le temps ni les ressources humaines de s'y consacrer dans le cadre de leurs activités quotidiennes. On attend du GTP qu'il réalise une veille d'expérimentation (sur ce qui se fait ailleurs et qui a été évalué (« ce qui marche »)). Par ailleurs il est souhaité que le GTP joue un rôle prospectif (« qu'il impulse un mouvement, qu'il joue un rôle stimulant, et apporte des idées nouvelles »). Le support attendu pourrait prendre la forme d'une veille d'innovations mais aussi d'une veille d'appels d'offres. Cette demande est particulièrement importante sur la thématique de l'emploi et des nouveaux métiers et les nouvelles fonctions de l'intervention à domicile.

3. Une demande forte de référentiels en matière d'expérimentation

Il s'agit d'une demande qui n'avait pas été anticipée par le dispositif de consultation et qui a été exprimée de façon récurrente par des acteurs issus de structures très différentes.

Trois niveaux de « règles » sont cités :

- ▶ **Des règles éthiques** : renvoyant à des principes d'action communs dans les expérimentations. On attend du GTP qu'il appuie l'élaboration de référentiels communs en matière d'éthique et plus précisément en matière d'usage des données et de conduite d'expérimentation. Il est attendu également du GTP qu'il diffuse des directives ou des préconisations en s'appuyant sur une instance commune de réflexion et en jouant le rôle de vigilance et de garant.
- ▶ **La valorisation des bonnes pratiques** : elles concernent les pratiques professionnelles qui ont été évaluées mais aussi des référentiels pluridisciplinaires pour l'accompagnement des aidants. Le GTP pourrait favoriser leur identification et leur diffusion.
- ▶ **Des certifications ou labels** : l'ensemble des acteurs a souligné le caractère pléthorique des innovations numériques, la multitude des sollicitations dont les établissements ou associations intervenant dans le champ du vieillissement pouvaient être l'objet de la part d'entreprises et en même temps, le constat du volume important d'innovations inutiles ou peu efficaces. La demande d'une certification de la part du GTP a été exprimée sous plusieurs formes, qu'il s'agisse d'une liste de « ce qui marche vraiment » que de « nous aider à mettre de l'ordre dans l'offre ». Le GTP pourrait apporter une aide pour choisir des dispositifs performants et utiles.

4. La mesure d'impact des technologies et organisations innovantes : une préoccupation récurrente

L'évaluation et plus spécifiquement la mesure d'impact des innovations, qu'il s'agisse de technologies, d'organisations et de qualifications nouvelles est une préoccupation récurrente des acteurs. Sur cette question tous font le constat de compétences méthodologiques limitées et de l'insuffisance des indicateurs existants, souvent limités à la mesure des effets à court terme. Le GTP est sollicité pour apporter un appui méthodologique et un financement à la conduite d'évaluations et de mesures d'impact à moyen et long terme, à domicile ou en institution, auprès des personnes aidées comme des aidants professionnels ou bénévoles, du fait de la pénibilité et de la forte accidentologie de cette fonction.

5. Le soutien aux expérimentations : un soutien méthodologique

Il concerne d'une part, la promotion de l'innovation gérontologique et d'autre part le soutien aux organisations, fonctions et services innovants. Les attentes vis-à-vis du GTP concernent l'appui concret aux expérimentations sous la forme de financements ou d'accompagnement méthodologique ou de modélisation des actions. Elles réclament plus largement un soutien intellectuel qui permette d'inscrire la démarche d'innovation dans une approche globale de la prévention et de la technologie centrée sur le parcours de la personne et dans une vision prospective en matière d'offre de services et de référentiels de métiers. Plusieurs acteurs ont insisté sur la nécessité de travailler les processus d'implémentation des innovations (en renforçant le rôle actif des structures accueillant ou intervenant auprès des personnes âgées dans la définition des cahiers des charges des objets connectés) et leur stabilisation dans les organisations de travail (notamment sur le volet du financement) au-delà de la phase d'expérimentation.

Parmi les actions et suggestions formulées le plus souvent, on relève :

- ▶ **Une demande de soutien incitatif et méthodologique :**
 - Information sur les dispositifs incitatifs à la recherche de financements sous la forme d'un répertoire des appels d'offres régionaux et nationaux ;
 - Appui méthodologique à la réponse aux appels d'offres notamment européens ;
 - Appui pour favoriser les coopérations ;
 - L'intégration des expérimentations dans une logique de territoire en favorisant les partenariats avec les CHU et en impliquant activement les EPHAD.
- ▶ **Des approches intégrant innovations et services centrées sur le parcours des personnes**
 - Intégration de l'innovation numérique dans le parcours de la personne âgée. Réfléchir par exemple sur le rôle des objets connectés pour favoriser le retour à domicile.
 - Développement du potentiel de services à domicile par des expérimentations combinant le travail en EHPAD et à domicile.
 - Développer des équipements numériques évolutifs et non discriminants pour les PA
- ▶ **Des thématiques prioritaires : les personnes fragiles et isolées, le domicile, les situations de crise**
 - Repérage, signalement et orientation des personnes isolées et/ou en situation de fragilité vivant à domicile ;
 - Amélioration de l'accès aux soins gériatriques en zone rurale et de montagne ;
 - Amélioration de la prise en charge des patients ayant des troubles cognitifs (permettant d'éviter le passage par les urgences) ;
 - Développement des expérimentations médico-sociales en matière de logement ;
 - Repérage et accompagnement des aidants en situation de fragilité.

6. L'emploi et la formation : un secteur critique

Le déficit d'attractivité des secteurs gérontologique et gériatrique auprès des professionnels de santé d'une part et l'insuffisante valorisation des métiers de l'aide à domicile d'autre part sont les deux problématiques les plus aiguës sur le plan local en matière d'emploi. Elles constituent un frein à la diffusion d'innovation et une menace pour la qualité des prises en charge à domicile et en institution

La pénibilité des métiers du domicile, les problématiques de turn over, l'absence de carrière et de reconnaissance des métiers du domicile ont été soulignés comme un trait majeur de ce secteur sur le plan régional. En matière de formation, c'est l'accompagnement des aidants non professionnels qui a été identifié comme l'enjeu prioritaire.

Plusieurs attentes concernent l'appui que le GTP pourrait apporter à l'innovation dans ce secteur.

Elles concernent :

- ▶ La réflexion prospective sur l'emploi et les nouveaux métiers et leurs référentiels ;
- ▶ L'amélioration de l'attractivité des métiers par des campagnes médiatiques ;
- ▶ Le soutien aux innovations sociales pour stabiliser l'emploi ;
- ▶ L'amélioration de la formation des personnels travaillant à domicile ;
- ▶ La prévention des risques professionnels par une meilleure identification de ces derniers.

Concernant le thème de la formation, les rencontres avec les acteurs ont mis en évidence un recours fréquent à l'innovation en matière de formation pour adapter les pratiques des professionnels et intervenants aux problématiques locales et leur évolution.

Le GTP pourrait jouer un rôle dans la formation sous deux aspects :

- ▶ Valoriser l'offre de formation existante (dans le prolongement du point 1 sur la fonction information). La variété des initiatives existantes et innovantes sur la plan régional mérite d'être valorisée dans une perspective d'essaimage ou de diffusion des pratiques innovantes mais aussi d'identification des points aveugles sur lesquels le GTP pourrait jouer un rôle incitatif ;
- ▶ Définir des cadres de compétences communs à l'ensemble des acteurs du champ notamment les non professionnels de santé, notamment sur la question des aidants, du repérage de la fragilité à domicile, de la mesure de la dépendance, de l'approche temporelle de la dépendance et de la gestion des situations de crises qui ont été clairement identifiées comme des questions prioritaires.

3. Proposition de contenu et d'une architecture du site internet du Gérontopôle Sud

Premières réflexions sur le contenu du site internet

Dans la continuité des travaux menés en 2017, l'équipe de l'ORS a mené en 2018 des réflexions sur le contenu du site internet du Gérontopôle Sud. Ce site doit être attractif, facile d'utilisation et accessible sur tous les supports numériques (ordinateur, tablette, smartphone) ; il doit être le reflet des attentes des acteurs vis-à-vis du GTP :

- ▶ Information et observation : l'objectif premier du Gérontopôle Sud est la mise à disposition des professionnels, des structures et de la population régionale, d'une information de qualité, permettant une meilleure connaissance du vieillissement et de ses publics, des dispositifs de prise en charge régionaux et des pratiques et expériences probantes et innovantes en matière de prévention. Cet objectif global se traduit par trois missions dont les trois premières seront présentes sur le site internet du Gérontopôle Sud : **l'observation** à travers l'atlas du vieillissement, **l'information** qui aura comme vocation de centraliser et de valoriser les informations sur les structures, l'offre de soins, la formation, les initiatives régionales en matière de prévention, les événements régionaux et nationaux majeurs sur la thématique ainsi que des informations d'actualité dans le champ de la gérontologie, des rapports d'expertise et des documents officiels. La troisième mission, une mission de synthèse d'expertises donnera lieu à la conception **d'expertises** sous la forme de dossiers de synthèse à destination des acteurs portant **sur des thèmes gériatriques d'actualité**, et mettant en avant des initiatives prometteuses ou probantes.
- ▶ Bonnes pratiques professionnelles et éthique : le Gérontopôle jouera le rôle de structure régionale

référente en matière **de métiers** sur le vieillissement. Il visera la diffusion d'une culture gériatrique auprès des acteurs clés dans la prise en charge des personnes âgées et la promotion de **bonnes pratiques professionnelles** dans le champ de la prévention, du dépistage et de la prise en charge. Il soutiendra la diffusion de **référentiels** via des journées d'information **et le soutien d'actions** de formation des professionnels et des aidants notamment dans le champ du dépistage, des nouvelles technologies et de la connaissance pluridisciplinaire du vieillissement.

- ▶ Innovation, silver économie : le Gérontopôle Sud constituera une structure **d'impulsion et de soutien à l'expérimentation organisationnelle, professionnelle et technologique**. Le site internet aura comme objectif de soutenir l'expertise associée à des innovations et de favoriser leur essaimage dans l'ensemble du territoire régional. Il s'appuiera dans cette démarche sur l'expertise développée dans la région niçoise.

Proposition des arborescences

Afin de répondre aux demandes des acteurs nous avons élaboré les menus qui préfigurent le site internet (annexe 3) :

- ▶ 1^{ère} arborescence : Le Gérontopôle Sud
 - Objectifs et missions
 - Assemblée générale
 - Conseil d'administration
 - Conseil scientifique
 - Equipe technique
 - Partenaires
- ▶ 2^{ème} arborescence : Dispositif d'observation
 - Atlas du vieillissement
 - Notes stratégiques pour apporter des informations utiles
 - La parole des acteurs (synthèse)
- ▶ 3^{ème} arborescence : Emplois et formations
 - Offre de formations existantes médicales et paramédicales, destinées aux aidants
 - Information sur les nouveaux métiers, nouvelles compétences
- ▶ 4^{ème} arborescence : Innovation et Silver économie
 - Les centres régionaux d'expérimentation
 - Les expériences régionales innovantes
 - Veille sur les initiatives et appels d'offre européens sur le bien vieillir et la silver économie
 - Données probantes
- ▶ 5^{ème} arborescence : Bonnes pratiques professionnelles et aspects éthiques
 - Référentiels, expérimentation
 - Accompagnement des aidants

Comme sur la plupart des nouveaux sites internet, une slide présentant le GTP, les partenaires... défilera sur la première page ; une partie « **Actualités** » (sur les congrès, les réunions...) sera également présentée et modifiée régulièrement **dans la mesure où cette rubrique correspond à une forte demande des acteurs locaux**.

Aspects techniques liés à l'élaboration du site internet

Le site internet du GTP Sud sera développé à l'aide du système de gestion de contenu Drupal (abrégié CMS en anglais) libre et open source. Sa flexibilité lui permet de répondre à la très grande majorité

des besoins du marché en particulier les sites institutionnels. Un autre point qui distingue Drupal des autres CMS est que le site et son interface d'administration sont liés : les administrateurs éditent leur contenu dans le même contexte graphique ou presque que celui du visiteur. Cet aspect facilitera sa mise à jour.

Parmi les sites les plus connus sur Drupal : voyage SNCF, Gouvernement.fr, France2.fr et beaucoup de structures universitaires (le site de l'AMU par exemple).

Comme tous les CMS, l'architecture d'un site Drupal repose sur un modèle de contenu spécifique qui permet de structurer l'information. Drupal utilise un système de nœud couplé à une taxonomie particulièrement flexible : ce qui permet le filtrage, le classement, l'archivage des données, etc.

Le thème (l'aspect graphique du site) utilisé est un thème personnalisé (par l'ORS) qui répond aux besoins de présentation et de navigation définis en amont. Ce thème repose sur un framework appelé Bootstrap (application développée par les concepteurs de Twitter). Bootstrap propose une panoplie de codes permettant un accès sur tous les supports numériques (smartphone, tablette tactile, ordinateur, TV, ...).

4. Focus sur l'arborescence « Dispositif d'observation »

Préfiguration de l'Atlas du vieillissement

L'Atlas du vieillissement est un outil d'observation et d'objectivation de la situation sanitaire d'une population ; c'est également un outil d'observation et de documentation des déterminants de santé (sociaux et économiques). Il permet de constituer une mémoire des données utiles et de suivre l'évolution de certains indicateurs. Il est le reflet des bases administratives disponibles. Par contre, il est nécessaire de compléter les données disponibles dans l'outil par des enquêtes menées sur des populations spécifiques en fonction des objectifs ciblés ou par des analyses secondaires réalisées à partir d'enquêtes réalisées sur le territoire national.

Le passage de la version 03 vers Géoclip Air

Le fonctionnement de l'outil cartographique s'appuie sur le logiciel Géoclip. Initialement conçu à partir de la version 03, l'achat de la licence, l'hébergement et la migration de l'outil vers la nouvelle version du logiciel (Géoclip Air) a été amorcée fin 2018. Cette nouvelle version, plus intuitive et adaptative sur tous les supports (smartphones, tablettes...), dispose de nouvelles fonctionnalités (nouvelles possibilités de représentations des indicateurs, rapports dynamiques, possibilité de choisir le territoire de comparaison...). De nombreuses institutions ont déjà adopté cette nouvelle version pour leur outil cartographique (Santé Publique France pour son outil Géodes, les Carsat pour leur observatoire des fragilités Grand Sud, l'Insee pour son outil Statistiques locales, ...).

Les équipes de l'ORS Paca, en charge de la maintenance de cet outil cartographique, ont été formées fin février 2019 afin de pouvoir finaliser le paramétrage de l'outil sous cette nouvelle version.

Dans les prochains budgets à réaliser à la fin de la mission de préfiguration, il faudra prévoir un budget pour la maintenance annuelle et l'hébergement de l'atlas.

Choix des indicateurs autour du vieillissement

L'Atlas du vieillissement est un outil cartographique qui sera en accès libre sur internet (à partir du site du GTP) mettant à disposition des acteurs régionaux des indicateurs autour du vieillissement,

à l'échelle de différents territoires infra-régionaux (communes, cantons, EPCI, zones d'emploi, département...). En complément d'une cartographie de différents indicateurs, il permet de réaliser un portrait de territoire à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur, regroupant des indicateurs démographiques, économiques et sociaux.

Cet outil cartographique permet ainsi aux acteurs locaux de faire un état des lieux autour de la population âgée et de caractériser les principaux enjeux de leur territoire.

La liste des indicateurs introduits dans l'outil en 2018 (annexe 4) et les différentes thématiques abordées dans cet outil ont été définies par un groupe de travail animé par l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et associant Nicolas Sirven, chercheur à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), qui travaille notamment sur les problématiques liées au vieillissement. Ses recommandations ont permis d'affiner la réflexion sur les indicateurs à intégrer dans chacune des thématiques :

Indicateurs sociodémographiques : au-delà des indicateurs classiques permettant de décrire la structure de la population et son évolution, il est apparu important de présenter un indicateur sur les personnes âgées vivant seules, le fait de vivre seul ayant des conséquences sur la consommation de soins, le renoncement aux soins, la santé mentale...

Indicateurs socio-économiques : à défaut de pouvoir disposer de données d'enquêtes représentatives et d'indicateurs plus subjectifs sur la pauvreté ressentie, les indicateurs issus de données administratives sur les revenus, la pauvreté et les bénéficiaires d'aides sociales sont retenus dans cette thématique.

Indicateurs sanitaires : les données de l'enquête Vie quotidienne et santé menée par la Drees permettent d'apporter un éclairage sur les conditions de vie des personnes âgées et à leurs difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne. Les indicateurs sur les affections de longue durée et sur les différentes pathologies permettent quant à elle d'appréhender l'importance d'un certain nombre de problème de santé affectant la population âgée. Les indicateurs de mortalité s'articulent autour de la mortalité générale et de deux causes de décès pour lesquelles les personnes âgées sont largement représentées (suicide et chutes accidentelles). Cette thématique a pour objectif d'être enrichie notamment à partir d'autres données de l'Assurance Maladie (voir ci-dessous).

Indicateurs d'offre de soins : les indicateurs s'articulent autour de l'offre libérale et hospitalière. Une réflexion a été amorcée sur la représentation de l'ensemble de l'offre (hospitalière, médico-sociale, dispositifs d'aide au maintien à domicile, dispositifs de coordination...) notamment dans le cadre des travaux qui seront menés avec l'Agence régionale de santé autour des dispositifs intégrés dans les filières de soins gériatriques.

Cette liste sera enrichie au fur et à mesure, en fonction de l'avancement des réflexions et de l'accès aux différentes bases de données :

- ▶ La fragilité des personnes âgées, enjeu majeur autour de cette population, sera intégrée dans l'outil cartographique au travers d'indicateurs déjà calculés par la Carsat sur leur propre outil cartographie (observatoire régional des situations de fragilité de la Carsat Sud-Est - www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr). Des échanges et la rédaction d'une convention sont en cours avec cet organisme afin d'encadrer l'échange de données ainsi que les modalités techniques à mettre en œuvre. Suite au passage à la nouvelle version de Géoclip, la fonction permettant « cet échange » entre l'observatoire des fragilités et l'Atlas du vieillissement est en cours de programmation par l'équipe de Géoclip ;

- ▶ Une réflexion est à mener avec l'Assurance Maladie en 2019 concernant les données de recours aux soins (prévalences de certaines maladies approchées à partir des données de consommation de soins, indicateurs de polymédication, composition du panier de soins...);

Travail préliminaire sur les dispositifs intégrés dans les filières gériatriques

A la demande de l'ARS, un travail préliminaire de faisabilité a été engagé début 2018 autour des filières gériatriques régionales. Il s'agissait dans un premier temps de faire un état des lieux des structures et des dispositifs constituant ces filières.

Selon la circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007, « la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique. Sur son territoire d'implantation, une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé. Elle assure ainsi les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales et à l'objectif diagnostique et thérapeutique poursuivi, qu'il s'agisse de prévenir, de gérer une crise aiguë ou de réinsérer. Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique. »

« Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée. L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement ».

Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation avec les EHPAD et autres établissements accueillant des personnes âgées, les HAD, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et les structures de coordination (CLIC, coordination gériatrique, réseaux de santé...). Des conventions doivent notamment préciser les conditions d'admission, de retour en établissement après hospitalisation et de partage des informations médicales.

Le fonctionnement en réseaux de collaboration et la grande variété des établissements et dispositifs appartenant à chaque filière gériatrique concourent à un manque de visibilité des différentes filières et de leurs territoires de couverture.

Une collaboration a été engagée en 2018 entre les équipes de l'ORS et les services de l'ARS en charge des filières de soins (Mme Géraldine Tonnaire, Mme le Dr Pascale Grenier, Mr Fabien Marcangeli, Mr David Lapalus et Mr Francis Bremond).

L'objectif de ce travail était de regrouper les données disponibles sur les filières gériatriques de la région, de les compléter si nécessaire et de définir les modalités de valorisation de ces données, afin de les mettre à disposition des professionnels de santé et des usagers sur le site du GTP via un outil à définir ensemble (outil cartographique ou annuaire interactif ou autre support).

A la suite de la première réunion qui s'est tenue le 14 mai 2018, Mme Belardi-Taliana a fait parvenir à l'ORS le 15 juin, un fichier réalisé avec les données recueillies par Mme Grenier. Ce premier fichier Excel proposait une liste d'établissements (majoritairement publics) regroupés par PTA (Plateformes Territoriales d'Appui). Ces différents centres hospitaliers, SSR et USLD étaient listés avec un signalement sur les dispositifs gériatriques dont ils étaient équipés (hôpital de jour, urgences, court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, consultation mémoire...). Cependant, le manque d'exhaustivité et l'absence de mention du nombre de places ou de lits dans chaque structure rendait difficile l'exploitation de ce fichier. Une deuxième réunion a donc été organisée le 9 juillet 2018.

A l'occasion de cette deuxième réunion, nous avons évoqué d'une part la nécessité de compléter le fichier sur les dispositifs et d'autre part le problème de la couverture territoriale de chaque filière. Certaines ARS (comme celle de Midi-Pyrénées) ont réalisé des cartographies des filières sanitaires gériatriques en utilisant le « bassin de santé » comme unité géographique, mais la méthodologie employée n'est pas précisée. D'autres possibilités ont été évoquées par Mr Lapalus comme l'utilisation des découpages MAIA ou des bassins d'emplois. Il a également souligné que pour pouvoir analyser les flux, il faut pouvoir disposer de l'origine géographique des patients. Une réflexion doit être engagée à l'ARS pour définir la méthodologie à employer.

Courant septembre, Mme Belardi a transmis à l'ORS un nouveau fichier excel contenant les données déclaratives de la SAE 2017, des données récupérées sur ARHGOS et sur le PMSI qui complètent le premier fichier notamment en termes de places et de lits. L'ensemble est cependant encore insuffisant pour réaliser une cartographie détaillée et les données de l'ARS devront être complétées par d'autres sources notamment pour les données socio-sanitaires, les dispositifs de coordination, les structures d'hébergement privées et de maintien à domicile.

Suite à l'ensemble de ces échanges, il a été décidé que, dans un premier temps, les dispositifs gériatriques régionaux seraient peu à peu représentés sur l'outil cartographique, sans regroupement territorial. C'est le travail qui sera engagé en 2019, à partir des bases de données disponibles à l'ARS, afin de représenter sur des cartes les dispositifs suivants :

- ▶ Dispositifs sanitaires gériatriques : courts séjours gériatriques, équipes mobiles de gériatrie et de psychogériatrie, unités d'onco-gériatrie, hôpitaux de jour gériatriques, consultations gériatriques et consultations mémoire, soins de suite et de réadaptation, unités cognitivo-comportementales, dispositifs de télémédecine (*sources : ARS Paca - exploitation croisée des bases PMSI, SAE, Finess, Arhgos...*) ;
- ▶ Autres dispositifs sanitaires : services d'urgences, équipes mobiles de soins palliatifs, services de soins palliatifs, lits de médecine polyvalente ou lits identifiés gériatriques, cliniques généralistes recevant des personnes âgées (*sources : ARS Paca - Arhgos, Drees-Finess, Annuaire des structures de soins palliatifs...*) ;
- ▶ Structures d'hébergement : unités de soins de longue durée (dont unités d'hébergement renforcé), EHPAD (dont EHPAD avec des places en PASA ou des unités spécialisées Alzheimer), EHPA, accueil familial, petites unités de vie, établissements expérimentaux pour personnes âgées (*sources : Drees-SAE, Finess*) ;
- ▶ Dispositifs d'aide au maintien à domicile : HAD, dispositifs de répit (hébergement temporaire, lits d'accueil de jour, plateforme de répit, services de répit à domicile), services d'aides et de soins à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, services d'aides ménagères, portage de repas, téléassistance, ambulances), les services d'adaptation du domicile et du logement, les services sociaux (CCAS,

assistantes sociales chargées de l'APA, structures d'évaluation des besoins (CNAV, RSI, MSA) (*sources : Drees-Finess, Insee-BPE, Annuaire de l'action sociale...*) ;

- ▶ Dispositifs de coordination : PTA et PAERP, MAIA, Réseaux de santé, CLIC (*sources : ARS Paca, CNSA...*).

Travail préparatoire sur les synthèses thématiques : choix des thèmes, bibliographie et congrès

Les dossiers thématiques de synthèse sont destinés à aider les professionnels de santé et les décideurs régionaux dans le choix des actions à mettre en œuvre pour améliorer « le bien vieillir ».

Dans le cadre de l'objectif général de « vieillissement en santé », le repérage des personnes fragiles et plus largement la prévention sont actuellement considérés comme des priorités en gériatrie comme en santé publique.

Les trois premières thématiques retenues en 2018 pour établir des dossiers de synthèse sont :

- ▶ **La prévention de la fragilité chez les aidants ;**
- ▶ **La prévention des chutes au domicile ;**
- ▶ **L'alimentation et la prévention de la dénutrition en EHPAD.**

A côté de leur importance dans le champ de la gériatrie, ces trois thématiques ont également été choisies par l'intérêt suscité chez les financeurs du projet et parce qu'elles sont fortement liées aux problématiques des pratiques professionnelles et de l'innovation aussi bien technologique qu'organisationnelle.

Un travail préparatoire a été engagé en 2018 sur ces dossiers, en initiant une recherche bibliographique et en participant à des journées et congrès :

- ▶ 3^{ème} Assises Nationales du Vieillissement (21 et 22 mars, Marseille) (annexe 5)
- ▶ 6^{ème} congrès Fragilité du Sujet âgé (5 et 6 avril 2018, Paris) autour du vieillissement en santé et de la prévention de la perte d'autonomie. Les interventions ont principalement concerné :
 - L'activité physique adaptée au grand âge pour prévenir la fragilité, maintenir la qualité de vie, prévenir les déclin cognitifs ;
 - Le repérage des personnes fragiles dans la communauté (par les généralistes, en maison de santé pluri professionnelle) et à l'hôpital, les outils de repérage, les nouvelles technologies comme outil de prévention et de compensation de la fragilité, la prise en charge de la fragilité, la fragilité chez les aidants ;
 - Des retours d'expérience de projets PAERPA en région.

La participation à ces journées a permis de rencontrer des acteurs locaux et nationaux du vieillissement et d'engager une collaboration avec l'équipe du Pr Villani à Marseille autour de la prévention de la fragilité et des parcours de prise en charge.

5. Participation aux réflexions sur le fonctionnement de la nouvelle structure

En 2018, la mission de préfiguration a également participé à l'élaboration des statuts de l'association Gérontopole Sud et à la définition des fiches de poste pour les futurs chargés de mission. Sur les cinquante candidatures reçues, vingt candidats ont été présélectionnés et dix-huit ont été auditionnés.

La mission de préfiguration a été par ailleurs présentée lors du séminaire « 15 heures pour la santé » organisé le 15 novembre 2018 au Centre gérontologique départemental de Montolivet (Marseille) (annexe 6).

6. Séances de travail des équipes de l'ORS en 2019

Dès l'arrivée du directeur Mr Olivier RIT, des séances de travail avec tous les membres de la mission de préfiguration de l'ORS PACA, ont été réalisées. Tous les documents et les fichiers bibliographiques lui ont été fournis.

7. Annexes

- ▶ Annexe 1 : Liste des personnes interrogées
- ▶ Annexe 2 : dispositif d'entretien
- ▶ Annexe 3 : proposition de l'arborescence du site internet du GTP
- ▶ Annexe 4 : liste des indicateurs intégrés dans l'outil cartographique au 01/03/2019
- ▶ Annexe 5 : compte rendu des 3^{ème} Assises Nationales du Vieillessement
- ▶ Annexe 6 : présentation séminaire « 15 heures pour la santé » organisé le 15 novembre 2018 au Centre gérontologique départemental de Montolivet

Annexe 1 : liste des personnes interrogées

Organismes et acteurs rencontrés dans le cadre de la mission de préfiguration du GTP SUD

1. COLLECTIVITES TERRITORIALES					
TERRITOIRE	STATUT	PERSONNES RENCONTREES	FONCTION	DATE	CHAMP
04	Commune de Digne	Mme Patricia GRANET	- maire	25/07/2018	
83	Commune de Toulon CCAS	Mme Dominique ANDREOTTI Adjointe déléguée aux solidarités ville de Toulon Mme RONSOUX Mr CLAUQUIN Mr GUILAS	Dir adjointe CCAS Directrice du CCAS Pilote MAIA Responsable du service géronto CCAS	22/10/2018	Prévention par l'activité physique Développement économique Numérique
2. ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE, CAISSES DE RETRAITE					
83, 13, 06 et Corse	MSA départements côtiers et Corse - Marseille	M. Pierre Robin	directeur	11/06/2018	PREVENTION ZONES RURALES
PACA	CARSAT	Mme de NICOLAI Mme Valérie ARQUIER	directrice prévention séniors	20/07/2018	PREVENTION
PACA	Sud Eval	Mr Errol FERRER	directeur— évaluations régionales	22/06/2018	EVALUATION aide à domicile
PACA	Mutualité Française	Mme Valérie SIMON	Coordinatrice Santé Publique	6/12/2018	PREVENTION
3. SILVER ECONOMIE					
06	Institut Claude Pompidou Nice, directeur de CoBTek lab	Pr Philippe ROBERT	directeur	19 octobre 2018	EVALUATION DES DISPOSITIFS / SITE

06	CHU de Nice et CIU-Nice (Centre d'Innovation et d'Usages en Santé)	Dr Frédéric PRATE	Médecin de santé publique	18 octobre 2018	PROSPECTIVE
06	Ville de Nice	Mme Annick MARTIN		18/10/ 2018	PREVENTION
13	ECTI (Entreprises, collectivités, territoires, international) Association de professionnels seniors bénévoles	Mr Hubert JOUVE Mr Patrick PANSARD Mme Christiane Warrot-d'Adhémar		10/12/ 2018	DISPOSITIFS NUMERIQUES / PREVENTION
4. PTA, PAERPA, RESEAUX ET AUTRES DISPOSITIFS DE COORDINATION					
13	Réseau ILHUP PTA de Marseille	Mr Stéphane FABRIES	directeur du stephane.fabries@reseauilhup.com	16 Juillet 2018	COORDINATION
5. ASSOCIATIONS D'USAGERS & AIDE AUX AIDANTS & PLATEFORMES DE REPIT					
06	Alzheimer 06 Nice	Mme Nathalie AUFFRET-DRERA	Directrice France	19 Juin 2018	AIDANTS ALZHEIMER
13	Petits frères des pauvres (Association faisant partie d'Age Platform Europe)	Mr Manuel PINTO	Directeur Siège à Marseille 6 rue de Provence 13004.	5 novembre 2018	USAGERS DEFAVORISES
6. REPRESENTANTS DES ETABLISSEMENTS					
13	CDG de Montolivet Marseille	Mr Jean Claude PICAL	Directeur	29/06/2018	Filière Gériatrique ETABLISSEMENT PUBLIC
83	l'EHPAD Colonel Picot, la Valette du Var	Mr Philippe TAZE Directeur de	04 94 42 51 80	17/07/2018	Etablissement gueules cassées ETABLISSEMENT PRIVE
83	EHPAD colonel Picot et élue conseil de l'ordre des médecins IGUEZ	Mme le Dr Geneviève HAGGAI ghaggaidriguez@cypehpad.com docteur.haggai@orange.fr	DR Médecin coordonnateur	17/07/2018	ETABLISSEMENT PRIVE CONSEIL DE L'ORDRE MEDECIN
7. REPRESENTANTS DES SERVICES A LA PERSONNE/ AIDE A DOMICILE/ EMPLOI					
Region	Pôle service à la personne PACA Labellisé PRIDES (Pôles Régionaux d'Innovation et de Développement Economique Solidaire)	Mr Fahrudin BAJRIC Mme Jeanne PIEDALLU Mme Fiona ICARD	Directeur évaluation formation	16/07/ 2018	SERVICES A LA PERSONNE
Region	Groupe Associatif SIEL Bleu	Bleu Mr Jean-Christophe SCHMIDT jeanchristophe.schmidt@sielbleu.org 06 69 41 38 95 Mr Sébastien SIMONNEAU Mme Magali GAYRAUD magali.gayraud@sielbleu.org 06 46 73 05 33	Responsable Inter-Région adjoint Responsable BDR	25/10/2018	France entière Projets européens Collaborations CARSAT ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE HANDICAPS
05	Fédération ADMR du 05	Mr Christophe ALOISIO et Mme Ingrid DAUTREY	Directeur Chargée de développement	2/07/2018	EMPLOI aide à domicile
8. POLE SANTE / RECHERCHE					
06	CHU de Nice. Fédération Française de gériatrie et de Gérontologie. FGG	Pr Olivier GUERIN (réunion téléphonique)	Président de la FGG Président du conseil territorial en Santé des Alpes Maritimes Adjoint au Maire de Nice	27/08/2018	
06	service de Gériatrie au CHU de Nice l'Institut Gérontologique des Alpes Maritimes	Dr Isabelle BEREDER Vice-Présidente de la CME Collaboratrice du Pr Guérin	Chef de service Présidente	18/10/ 2018	
13	Médecine Interne – APHM Marseille.	Pr Patrick VILLANI Dr Anne Laure COUDERC	Chef de service Oncogériatre	09/ 2018 09/07/2018	ENSEIGNEMENT RECHERCHE
9. EUROPE					
Bruxelles	Commission Européenne – Direction Générale Connect	Mr Arnaud SENN Unité « ehealth, wellbeing, and ageing » Arnaud.SENN@ec.europa.eu		28 Mai 2018	
Bruxelles	Presidency of Friuli Venezia Giulia Autonomous Region Unit for international relations and strategic infrastructures	Mme Luisa POCLÉN luisa.poclen@regione.fvg.it	Bruxelles Liaison Office Rue du Commerce 49 - 1000 – Bruxelles - Tel: 0032-2-5008840 – 848	29 Mai 2018	
Bruxelles	AGE Platform Europe	Mme Julia WADOUX Policy and Julia.Wadoux@age-platform.eu	Project Coordinator for Health, ICT and Accessibility 168 Avenue de Tervueren – box 2 B-1150 Brussels Tel: +32 2 280 14 70 (switchboard)	28 Mai 2018	
Bruxelles	Active and Assisted Living programm Communication and Public Affairs officer, Central Management Unit	Mr Klaus NIEDERLANDER, Mr Nicola FILIZOLA klaus.niederlander@aal-europe.eu nicola.filizola@aal-europe.eu	Director, Central Management Unit	28 Mai 2018	
Bruxelles	Délégation du pays Basque espagnol pour l'Europe	Mme Amaia BELOKI	27, Rue des Deux Eglises, Bruxelles Tel: +32 2 285 45 53 amaia-beloki@euskadi.eus	29 Mai 2018	

Annexe 2 : Dispositif d'entretien

Tous les acteurs ont été interrogés à partir du même dispositif pour assurer la comparabilité des réponses.

- ▶ **Les problématiques du territoire.** Quels sont enjeux – institutionnels, organisationnels, professionnels - liés à la prise en charge des personnes âgées en région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur ? Aujourd'hui, à moyen et long terme ? Dans votre secteur/champ d'intervention actuel et sur votre territoire de compétence, quels sont les principales problématiques liées au vieillissement que vous rencontrez ? Les plus fréquentes, les plus graves ? Quelles sont les problématiques émergentes ? Pouvez-vous les décrire en fonction des publics ?
- ▶ **Votre champ d'intervention.** Dans votre champ d'intervention actuel et sur votre territoire quels sont les points forts et les difficultés, liées à la prise en charge du vieillissement, que vous rencontrez, qu'elles soient institutionnelles, organisationnelles ou professionnelles ? Quelles sont les difficultés liées aux publics ?
- ▶ **Quels projets et expérimentations** avez-vous développé ces dernières années ? Pourquoi et avec quel bilan ? Avec qui les avez-vous développés ? Quelles sont vos collaborations principales ? Quelles actions faudrait-il consolider/développer selon vous dans les années à venir ? (Prioritairement et à moyen terme)
- ▶ **Le GTP :** Le futur GTP déploiera son action autour de trois missions d'information/observation, expérimentation et formation. Par rapport à ces trois domaines :
 - Information/observation : Quel type d'information utilisez-vous aujourd'hui et quelles sont leurs sources ? Quelles informations vous font actuellement défaut ? ou de quel type d'information souhaiteriez-vous disposer dans le cadre de vos actions ?
 - Expérimentation : Avez-vous participé ou contribué à des expérimentations innovantes dans la prise en charge des personnes âgées ? Quelles pourraient être selon vous les thématiques prioritaires localement ? Quels dispositifs souhaiteriez-vous soutenir ?
 - Formation/métiers : Quelles sont les thématiques prioritaires de formation ? Quels métiers et intervenants sont concernés ? Pensez-vous qu'il faille inventer de nouveaux métiers ?
- ▶ **La participation au GTP.** Quelle participation au GTP pourriez-vous envisager ?
 - Quelles données accepteriez-vous de faire figurer sur le site ?
 - Quelles expériences souhaiteriez-vous voir valoriser via le site du GTP ?

Annexe 3 : proposition de l'arborescence du site internet du GTP



ACTUALITÉS

CONGRÈS LONGEVITY INTERNATIONAL DE LA SILVER ÉCONOMIE 2019

LONGEVITY
Congrès International

Le 4ème congrès international LONGEVITY

Le 4ème congrès international LONGEVITY aura lieu à Bordeaux le 20 mars 2019, 18h au cœur du réseau Silver.
Une journée au service des professionnels des...

[Lire plus](#) [Consulter](#)

Fragilité du Sujet Âgé

Fragilité du Sujet Âgé, Le Vieillessement en Santé, Prévention de la Perte d'Autonomie. PARIS - 7ème Congrès - Jeudi 4 et Vendredi 5 avril 2019
Les salons...

[Lire plus](#) [Consulter](#)

comment mieux PRENDRE SOIN DE nos aînés ?
Résultats de la consultation citoyenne

Comment mieux prendre soin de nos aînés ? une mobilisation inédite

La consultation citoyenne lancée le 1er octobre dernier par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a rassemblé 414 000 participants et 1,7...

[Lire plus](#) [Consulter](#)

[Voir toute l'actualité](#)

LA PLATEFORME DE RESSOURCES

ATLAS DU VIEILLISSEMENT
En savoir plus

SYNTHÈSES THÉMATIQUES
En savoir plus

NOTES STRATÉGIQUES
En savoir plus

BONNES PRATIQUES, ASPECTS ÉTHIQUES
En savoir plus

INNOVATION ET SILVER ÉCONOMIE
En savoir plus

EMPLOIS ET FORMATIONS
En savoir plus

Annexe 4 : Liste des indicateurs intégrés dans l'outil cartographique au 01/03/2019 (131 indicateurs) – version locale uniquement, en cours de paramétrage (non accessible)

Indicateurs sociodémographiques (structure de la population, projections de population, vie à domicile et situation d'isolement) et contexte résidentiel (offre de loisirs)

Sources des données : Insee (recensement de la population – projections Omphale – Base permanente des équipements)

Population municipale
Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus
Part de personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population totale
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus
Part de personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population
Nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus
Part de personnes âgées de 85 ans ou plus dans la population
Espérance de vie à 60 ans chez les hommes
Espérance de vie à 60 ans chez les femmes
Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus vivant seules dans leur résidence principale
Part de personnes âgées de 65 ans ou plus vivant seules dans leur résidence principale
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules dans leur résidence principale
Part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules dans leur résidence principale
Nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules dans leur résidence principale
Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules dans leur résidence principale
Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en établissement (hors ménage)
Part de personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en établissement (hors ménage)
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en établissement (hors ménage)
Part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en établissement (hors ménage)
Nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus vivant en établissement (hors ménage)
Part de personnes âgées de 85 ans ou plus vivant en établissement (hors ménage)
Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus selon leur mode de cohabitation
Part de personnes âgées de 65 ans ou plus selon leur mode de cohabitation
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus selon leur mode de cohabitation
Part de personnes âgées de 75 ans ou plus selon leur mode de cohabitation
Nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus selon leur mode de cohabitation
Part de personnes âgées de 80 ans ou plus selon leur mode de cohabitation
Projection de la population
Projection de la population des personnes âgées de 65 ans ou plus
Projection de la répartition des personnes âgées de 65 ans ou plus
Projection de la population des personnes âgées de 75 ans ou plus
Projection de la répartition des personnes âgées de 75 ans ou plus
Projection de la population des personnes âgées de 85 ans ou plus
Projection de la répartition des personnes âgées de 85 ans ou plus
Nombre d'équipements culturels (cinémas, théâtres, musées)
Taux d'équipements culturels (cinémas, théâtres, musées) pour 1000 personnes âgées de 65 ans ou plus

Indicateurs socio-économiques (bénéficiaires d'aides sociales, revenus, pauvreté)

Sources des données : Drees, Insee, Direction générale des finances publiques (Fichier localisé social et fiscal)

Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Part de personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Nombre d'hommes âgés de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Part d'hommes âgés de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Nombre de femmes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Part de femmes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Part de personnes âgées de 65 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Part de personnes âgées de 75 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Part de personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées ou de l'Allocation de Solidarité Vieillesse
Part de personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées ou de l'Allocation de Solidarité Vieillesse
Revenu fiscal médian des personnes âgées de 60 à 74 ans
Revenu fiscal médian des personnes âgées de 75 ou plus
Rapport interdécile des revenus des personnes âgées de 60 à 74 ans
Rapport interdécile des revenus des personnes âgées de 75 ou plus
Taux de pauvreté des personnes âgées de 60 à 74 ans
Taux de pauvreté des personnes âgées de 75 ou plus

Indicateurs sanitaires (état de santé déclaré, niveau de dépendance estimé, limitations physiques déclarées, mortalité, affections de longue durée, prises en charge de certaines pathologies)

Sources des données : Drees (enquête Vie quotidienne et santé), Insee, Direction générale des finances publiques (Fichier localisé social et fiscal), CnamTS, RSI, MSA, Inserm CépiDC

Nombre d'hommes âgés de 60 à 74 ans selon leur état de santé
Nombre de femmes âgées de 60 à 74 ans selon leur état de santé
Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans selon leur état de santé
Nombre d'hommes âgés de 75 ans ou plus selon leur état de santé
Nombre de femmes âgées de 75 ans ou plus selon leur état de santé
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus selon leur état de santé
Nombre d'hommes âgés de 60 à 74 ans selon leur niveau de dépendance
Nombre de femmes âgées de 60 à 74 ans selon leur niveau de dépendance
Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans selon leur niveau de dépendance
Nombre d'hommes âgés de 75 ans ou plus selon leur niveau de dépendance
Nombre de femmes âgées de 75 ans ou plus selon leur niveau de dépendance
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus selon leur niveau de dépendance
Nombre d'hommes âgés de 60 à 74 ans déclarant, ou non, une limitation

Nombre de femmes âgées de 60 à 74 ans déclarant, ou non, une limitation
Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans déclarant, ou non, une limitation
Nombre d'hommes âgés de 75 ans ou plus déclarant, ou non, une limitation
Nombre de femmes âgées de 75 ans ou plus déclarant, ou non, une limitation
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus déclarant, ou non, une limitation
Nombre d'hommes âgés de 60 à 74 ans déclarant, ou non, une un problème chronique
Nombre de femmes âgées de 60 à 74 ans déclarant, ou non, une un problème chronique
Nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans déclarant, ou non, une un problème chronique
Nombre d'hommes âgés de 75 ans ou plus déclarant, ou non, une un problème chronique
Nombre de femmes âgées de 75 ans ou plus déclarant, ou non, une un problème chronique
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus déclarant, ou non, une un problème chronique
Nombre annuel moyen d'admissions en Affection de longue durée (ALD) chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Taux comparatif d'incidence des affections de longue durée (ALD) chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Indice comparatif d'incidence des ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)
Indice comparatif d'incidence des ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France métr.)
Significativité de l'indice comparatif d'incidence des ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)
Significativité de l'indice comparatif d'incidence des ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France métr.)
Prévalence des affections de longue durée (ALD) chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Taux comparatif de prévalence des affections de longue durée (ALD) chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Indice comparatif de prévalence des ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)
Indice comparatif de prévalence des ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France métr.)
Significativité de l'indice comparatif de prévalence des ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)
Significativité de l'indice comparatif d'incidence des ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France métr.)
Effectifs de personnes prises en charge pour différentes pathologies
Nombre de décès toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Taux comparatif de mortalité toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Indice comparatif de mortalité toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)
Indice comparatif de mortalité toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France)
Significativité de l'indice comparatif de mortalité toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)
Significativité de l'indice comparatif de mortalité toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France)
Nombre de décès par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Taux comparatif de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Indice comparatif de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)
Significativité de l'indice comparatif de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)
Indice comparatif de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France)
Significativité de l'indice comparatif de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France)
Nombre de décès par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Taux comparatif de mortalité par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Indice comparatif de mortalité par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)

Significativité de l'indice comparatif de mortalité par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)

Indice comparatif de mortalité par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France)

Significativité de l'indice comparatif de mortalité par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : France)

Indice comparatif de mortalité toutes causes chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)

Indice comparatif de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)

Indice comparatif de mortalité par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus (base 100 : Paca)

Indicateurs sur l'offre de soins (offre libérale, offre hospitalière, offre médico-sociale et dispositifs d'appui)

Sources des données : Drees (Finess – SAE), ARS Paca, CnamTS

Nombre de places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées selon le type de structure

Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées selon le type de structure

Nombre de lits en SLD

Taux d'équipement en SLD

Nombre de places en hospitalisation à domicile de médecine

Taux d'équipement en hospitalisation à domicile de médecine

Nombre de lits et places en SSR

Taux d'équipement en SSR

Nombre de lits en hospitalisation complète en SSR

Taux d'équipement en hospitalisation complète en SSR

Nombre de places en alternative à l'hospitalisation complète en SSR

Taux d'équipement en alternative à l'hospitalisation complète en SSR

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées

Couverture territoriale des plateformes territoriales d'appui

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux

Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers

Accessibilité potentielle localisée aux masseurs-kinésithérapeutes

Annexe 5 : Compte rendu des 3^{ème} Assises nationales du vieillissement 21 et 22 mars 2018

Séance plénière : la diversité de territoires et nouvelles opportunités

Mme Gauthier, Directrice de l'Offre de Soins de l'ARS

Le nouveau projet régional de Santé (2018-2023/ dernière version provisoire consultable sur le site de l'ARS) s'articule autour de la notion de parcours de santé. L'ARS doit développer une approche plus intégrée et plus territorialisée du système de santé, au plus près des besoins de la population.

3 axes forts dans les missions de l'ARS concernant les PA

- ▶ Anticipation/ prévention (dépistage de la fragilité et de la perte d'autonomie)
- ▶ Coordination entre les intervenants (notamment via la conférence des financeurs)
- ▶ Décloisonnement et expérimentation
- ▶ Quelques actions/ expérimentations menées par l'ARS en Région PACA
- ▶ Expérimentation en cours dans 3 départements de la région : formation des personnels des SSIAD au dépistage des signaux de perte d'autonomie. Si l'expérience est concluante, ce programme de formation sera étendu aux trois autres départements de la région PACA
- ▶ Expérimentation d'une extension des horaires de travail du personnel (de 5h du matin à 23h) dans 18 SSIAD de la région afin de mieux couvrir les besoins des personnes aidées à domicile. La possibilité d'étendre cette mesure aux autres SIAD sera vue après évaluation
- ▶ Projet d'EHPAD hors les murs (faire bénéficier les personnes âgées qui souhaitent vieillir chez elles, d'une téléassistance reliée 24h/24 à l'équipe soignante de l'Ehpad, d'un accueil d'urgence 24h/24, hébergement de répit, coordination avec les soignants de ville). Ce dispositif existe déjà dans d'autres départements (comme l'Oise) et L'ARS souhaiterait l'expérimenter en PACA (rédaction en cours d'un cahier des charges régional)
- ▶ Mise en place d'IDE de nuit pour éviter le transfert vers les urgences et les hospitalisations inutiles

Par ailleurs la médicalisation des EHPAD est en cours (9 millions y ont déjà été consacrés et 50 millions supplémentaires doivent être débloqués pour les prochaines années).

A également été évoquée la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail aussi bien pour les personnels travaillant en établissement que pour les libéraux

<https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante>

Stéphane Corbin, directeur de la compensation, CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)

La CNSA a pour mission de veiller à l'équité territoriale tout en prenant en compte la diversité des territoires. Possède 3 leviers pour y parvenir :

- ▶ Levier financier : allocations, dotations régionales aux ARS, fond d'appui aux bonnes pratiques pour le maintien à domicile (a fait l'objet d'un appel d'offre à destination des départements l'an dernier), soutien à l'innovation
- ▶ Levier des pratiques locales : harmonisation des pratiques dans le domaine des dynamiques partenariales qui sont très hétérogène selon les territoires, co-construction d'outils ou de référentiels par la CNSA
- ▶ Levier des systèmes d'information : invitation à innover pour concevoir des systèmes d'information communs

Thierry d'Aboville, secrétaire général, Union Nationale ADMR (services à la personne)

Réseau de services à la personne (personnes âgées mais pas seulement): 94 fédérations départementales, 2700 associations locales, 95 000 salariés et autant de bénévoles.

Comme exemples de « nouvelles opportunités » :

- ▶ Expérimentation dans la région de Montpellier depuis plusieurs mois d'un outil sur smartphone permettant d'évaluer l'évolution de l'état de santé de la personne âgée. Se présente sous forme d'un mini questionnaire rempli par l'aide à domicile. Les premiers retours d'expérimentation montrent que l'utilisation de cet outil a permis d'éviter des hospitalisations et d'adapter les plans d'aide. L'aide à domicile est le premier maillon de la chaîne de surveillance. C'est intéressant de noter que ce sont les aides à domicile et les bénévoles qui sont à l'origine du projet et que l'outil a été conçu pour répondre à un besoin. La domotique doit répondre aux besoins et être adaptée aux finances des personnes aidées
- ▶ Mise en place dans les Bouches du Rhône d'un SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile) regroupant un SSIAD et un SAD pour apprendre à travailler ensemble

Sophie de Nicolai, Directrice déléguée CARSAT sud-est

Missions des réseaux CARSAT :

- faciliter l'accès aux droits (équité)
- définir les besoins (et donc avoir une bonne connaissance du territoire)
- mise en place de système d'information
- innovation

+ gestion de la santé au travail des salariés

Quelques exemples d'actions menées par la CARSAT :

▶ **Observatoire des situations de fragilité**

Le niveau de risque de fragilité est estimé en utilisant une combinaison de données comme l'isolement (allocation veuvage), l'accès aux soins (médecin traitant ou non), le non recours aux droits, la présence d'une assurance complémentaire ou non... Ceci permet de définir des territoires qui apparaissent comme plus fragilisés que les autres et de suivre l'évolution au cours des ans. Possibilité récente de faire des croisements avec des données individuelles dans les champs de la prévention et de la perte d'autonomie. Cet outil est utilisé par la conférence des financeurs. L'an dernier 230 000 seniors ont été repérés comme à risque de fragilité sur 1200 territoires. Un atlas national est édité tous les deux ans.

▶ **Dispositif ECLAT** (Engagement commun pour le logement et l'autonomie sur le territoire)

Dispositif expérimenté sur 4 territoires en France en collaboration avec les CCAS. Consiste à réaliser des interventions sur l'habitat après avoir fait un diagnostic sur place. L'élargissement du dispositif est prévu en région PACA

▶ Deux exemples de projets innovants :

- **Projet en collaboration avec l'APHM** (Pr Villani). Suivi d'une cohorte de 900 binômes (composés d'une personne âgée et de son aidant familial). Objectif : savoir si l'aide versée à la PA aide également l'aidant. Les premiers résultats ont permis de définir le profil des aidants : 56% ont plus de 60 ans, ce sont surtout des femmes et surtout les enfants des aidés, 54% éprouvent des difficultés dans leur rôle d'aidant qui impacte fortement leur vie quotidienne.
- **Projet en collaboration avec Pierre Marie Chapon** (directeur agence VAA Conseil, Lyon). Objectif : étudier l'interaction entre le logement occupé par la personne âgée et l'environnement géographique (proximité des commerces, espaces culturels, médecin...) puis cartographier les territoires fragilisés par rapport à ces nouveaux critères

Samuel Delafuys, bureau coopérations et contractualisations, DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)

Quelques exemples extraits du nouveau plan national de soins autour de la thématique « égal accès aux soins sur les territoires » :

- ▶ **Convergence des dispositifs d'appui à la coordination.** Constat de la multiplicité des dispositifs d'appui. Objectifs : simplifier la prise en charge des patients complexes. Divers moyens :
 - Déploiement des Plateformes territoriales d'appui (30 PTA en fonctionnement, 60 en projet)
 - Mise à disposition de services numériques pour permettre l'interopérabilité entre les acteurs du médico-social et du

sanitaire (émergence de « territoires digitaux »). Des appels à projet ont été lancés pour ce programme e-parcours (150 M d'euros sur 5 ans). Ex : mise à disposition d'annuaires de ressources, d'outils de chat sécurisés pour les professionnels...

► **Développement de l'exercice coordonné**

Développement des Centres de Santé, des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) et des MSP (Maisons de Santé pluri professionnelles). 1000 structures doivent être créées pendant les 5 ans du plan

► **Déploiement de la télémédecine.**

Autour du médecin traitant/ téléconsultation/ Télé-expertise/ Télésurveillance/ Téléassistance/ Régulation médicale.

Courant 2018 la rémunération des médecins pour la téléconsultation sera inscrite dans le droit commun. L'accompagnement et l'équipement des EHPAD est prévu dès 2020. L'EHPAD doit être un lieu d'accès aux téléconsultations pour un territoire + la téléconsultation permet d'éviter de déplacer des personnes institutionnalisées (notamment les PA ayant des troubles cognitifs). Il faudra déterminer l'équipement qui correspond au projet de soins de chaque établissement (de la tablette connectée au chariot mobile)

DGOS ETAPES : expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé. Expérimentations en cours aussi bien au domicile qu'en institution (ex : alerte au cardiologue via une balance connectée si prise de poids chez un insuffisant cardiaque)

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/etapes-experimentations-de-telemedecine-pour-l-amelioration-des-parcours-en>

ATELIER : La complémentarité des évaluations globales des besoins pour le soutien à domicile de la personne âgée : les enjeux et les axes de progrès

Rappel des six groupes iso-ressources (GIR) (grille AGGIR)

Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de six. Le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille Aggir (Autonomie gérontologie-groupe iso-ressources) qui permet de pondérer différentes variables (par exemple : la cohérence, l'orientation, la toilette, la communication).

Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes dépendantes.

Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante.

Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer ; certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

Le GIR 4 regroupe deux types de personnes.

Celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement ; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage.

Celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le GIR 5 désignent les personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules, mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement.

Le GIR 6 concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

Les personnes classées en GIR 5 et 6 ne peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie. Elles ont accès à l'aide-ménagère des régimes de retraite ainsi qu'à l'aide pour une garde à domicile.

Cécilia Endrino, Chargée de mission « appui aux EMS APA » CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a instauré **une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants (EMS)** dans le cadre de l'évaluation de la demande de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par les équipes médico-sociales des conseils départementaux. Elle a confié à la CNSA l'élaboration d'un référentiel. Ce référentiel qui est opérationnel depuis décembre 2016, n'est pas un outil mais un document support à la démarche d'évaluation, document qui doit permettre de récolter des informations sur la personne et ses besoins. Cette évaluation s'adresse aux personnes appartenant aux groupes GIR 1 à GIR 4

Nouveautés de ce référentiel :

- Evaluation plus large des besoins
- Harmonise les pratiques des professionnels et assure une meilleure équité en termes de traitement des dossiers
- On s'adresse également à l'aidant. **L'évaluation des besoins de l'aidant** est proposée par l'évaluateur (non obligatoire pour l'aidant). Une majoration de la somme versée est prévue pour répit de l'aidant ou relai en cas d'hospitalisation du proche aidant (valable même en cas d'aidant familial rémunéré).

Après l'évaluation est proposé un plan de compensation (et non pas seulement comme avant des aides financées par l'APA)

https://www.cnsa.fr/documentation/guide_dutilisation_du_referentiel_ems_apa_-_decembre_2016.pdf

Errol Ferrer, directeur SUDEVAL PACA Corse

Association loi 1901 ayant pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes fragilisées par l'âge, le handicap, ou la situation familiale en particulier par l'évaluation de leurs besoins dans le cadre d'une approche globale de la personne, l'élaboration de plans d'aide individualisés et du suivi de leurs mises en œuvre; procéder à l'évaluation des activités, de la qualité et de la conformité des prestations délivrées par les institutions sociales et médico-sociales y compris les structures gestionnaires de services à la personne, en particulier par l'analyse des logiques d'action et des axes de travail.

<http://www.sudeval.fr/service.html>

Les évaluations se font chez des personnes non concernées par l'APA (GIR 5 et 6) à la demande des caisses de retraite (surtout CARSAT), dans le cadre du soutien à domicile et de la préservation de l'autonomie. Le dossier d'évaluation, baptisé « **SIREVA** » (Support inter-régimes d'évaluation des besoins) est partagé avec la MSA, le RSI et le Régime Général. Ce dossier intègre la **grille FRAGIRE**. Cette grille s'appuie sur le ressenti, elle prend en compte l'environnement de la personne et permet ainsi de calculer un score de fragilité. La fragilité est appréciée via du déclaratif (il n'y a ni volet médical ni volet aidant)

3 niveaux de fragilité (faible, intermédiaire et élevé) et préconisations adaptées selon le niveau. Comme l'évaluation est basée sur le ressenti de la personne âgée, on peut avoir une personne autonome avec un score élevé de fragilité et dans ce cas il n'y a pas de plan d'aide adapté.

Mme Tichit, service APA, Conseil Départemental des Bouches du Rhône

53 travailleurs sociaux au CD chargés des dossiers APA. File active de 500 à 600 dossiers par travailleur. L'évaluation grille Aggir est faite par des médecins et les éléments sociaux et environnementaux sont recueillis par ailleurs.

Dans les BDR les évaluateurs utilisent à la fois l'EMS et une grille propre

Problèmes soulevés pendant l'atelier :

- Peu de visibilité quand les professionnels de terrain dépistent une fragilité car pas de démarche globale et coordonnée
- Nombreux évaluateurs potentiels, **plusieurs grilles et pas de perméabilité entre les différents évaluateurs**
- Le problème est de **faire la différence entre une difficulté et un besoin**. Il faut évaluer la « capacité » cad ce que la personne est capable de faire. Autre point important : **problème de l'acceptabilité de cette évaluation** par la personne âgée.
- On reconnaît maintenant une place aux aidants mais cette **place est difficile à définir** : jusqu'à quel niveau, comment

l'intégrer dans la prise en charge du quotidien ? comment définir le périmètre de soutien de l'aidant ?

- Egalement problème de financement des évaluations
- La reconnaissance mutuelle du GIR existe seulement dans quelques départements comme la Seine Maritime (dans les autres cas l'évaluation est systématiquement refaite par le conseil départemental même si elle a été réalisée par d'autres professionnels)
- Les délais d'obtention de l'APA sont très longs + les demandes réalisées par les assistantes sociales lors de l'hospitalisation d'une personne âgée ne peuvent pas aboutir dans les temps car l'évaluation doit être faite au domicile et il y a des documents à fournir (au mini avis d'imposition et pièce d'identité). En conséquence, la demande n'est souvent pas faite.

ATELIER : Quelles solutions proposer pour éviter les risques d'écarts entre les valeurs professionnelles et le quotidien en EHPAD

Mr Vincent Chagué , directeur des programmes, groupe INSEEC (Bordeaux)

Appelé en consultant pour régler des problèmes sociaux au sein d'établissements de santé comme des EHPAD (notamment pour l'EHPAD les Opalines dans le Jura où le personnel a fait une grève de 117 jours)

Problèmes en EHPAD : métiers difficiles qui manquent de reconnaissance, personnes âgées de plus en plus dépendantes et « lourdes ».

Le personnel est-il en nombre suffisant ? Oui (ou plutôt oui) si tout le monde travaille et qu'il n'y a pas d'absents. Les problèmes sont souvent liés à un épuisement des personnels en poste qui sont continuellement rappelés à cause des absences.

Il faut renforcer le management positif en établissement. Pour les gens travaillent il faut que le personnel d'encadrement soit présent et avec eux.

Mme Zakine , directrice EHPAD La croix rouge russe, Nice

Témoignage de cette directrice d'EHPAD qui s'est tournée vers les formations Humanitude pour faire évoluer positivement son établissement qui actuellement est le seul en région PACA à avoir obtenu le **label Humanitude** (démarche pour promouvoir et pérenniser la bientraitance) en juin 2016.

Ces formations s'appuient sur la méthode de soins Gineste-Marescotti, sa philosophie de l'humanité et ses outils.

Repose sur 5 principes de bientraitance : zéro soin de force sans abandon de soin, respect de la singularité, vivre et mourir debout, ouverture sur l'extérieur, lieu de vie-lieu d'envies.

Originalité de ces formations : améliorer la prise en charge des personnes âgées en même temps que le bien être du personnel. On parle par exemple de **manutention relationnelle** comme acte de soin et de retour à la santé, de **toilette évaluative** (aider et ne pas faire à la place de), de verticalisation systématique pour éviter la grabatisation. Le personnel non soignant est formé et valorisé dans ses gestes.

Conséquences sur le personnel et les pensionnaires de la Croix Rouge Russe : absentéisme divisé par deux, plus grand investissement du personnel, « amélioration » de l'autonomie de plusieurs personnes âgées...

Réseau international d'Instituts Gineste-Marescotti.

Responsable PACA : Sylvie Burguière

<http://www.humanitude.fr/formation-soins/>

FOCUS : Quelles réalités pour le métier d'intervenant à domicile ?

Vincent Vincentelli, UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux domiciles)

<http://www.una.fr/>

L'aide à domicile (intervenants à domicile) est regroupée en 4 fédérations

225800 salariés (162400 ETP) interviennent auprès de 2 millions de personnes (personnes âgées, personnes fragiles, personnes handicapées).

Nombreux métiers :

- Agents à domicile (aucune qualification)
- Employés à domicile
- Auxiliaires de vie sociale
- Techniciens de l'intervention sociale et familiale

+ métiers de soins (AS et Infirmières)

59% du personnel est diplômé

Tous ces métiers ont une convention collective unique dans laquelle 2,04% sont dédiés à la formation professionnelle (ce qui est supérieur au taux légal)

Le salaire brut mensuel est de 1233 euros, et de 972 euros pour les agents à domicile (principalement des temps partiels)

Ces personnels ont subi une perte de pouvoir d'achat de 13% au cours des 10 dernières années.

Beaucoup de ruptures de contrat pour inaptitude (16%) et de départs volontaires. Dans cette branche les accidents du travail sont 3 fois supérieurs à la moyenne nationale (et plus que dans le bâtiment) et ils augmentent proportionnellement tous les ans (motifs : plus de déplacements et plus d'actes lourds dans des temps réduits)

Actuellement il est très difficile de recruter et il y a de nombreux emplois vacants (métiers durs, mal rémunérés, les gens ne restent pas). Dans les 4 ans il faudrait créer plus de 160 000 emplois dans ce secteur pour répondre aux besoins.

Sylvie Ruel, responsable RH, fédération ADMR de la Drôme

Réseau de services à la personne.

Situation dans la Drôme : de plus en plus de personnes âgées choisissent de rester à domicile et parallèlement il est très difficile de trouver une place en EHPAD.

En 2011, 35% des personnes aidées à domicile étaient en GIR1-2 ; en 2017 elles sont 48%

Conséquences : augmentation des durées d'intervention et nécessité de passages plus fréquents.

Le quota de personnel qualifié est par ailleurs imposé par le département.

De plus en plus le rôle des aides à domicile glisse vers des missions de soins et d'accompagnement de personnes grabataires. Ils sont confrontés à des situations de maltraitance, à la fin de vie et sont sollicités pour assurer un soutien psychologique aux personnes âgées et aux familles.

S'ensuit un sentiment d'isolement, une pression psychologique importante et souvent un impact sur la santé. Les problèmes sont d'autant plus importants qu'il y a un réel manque de reconnaissance du travail.

Solutions envisagées par la fédération de la Drôme :

- Appui psychologique
- Adaptation des plans de formation
- Formation préalable à l'embauche (accord spécifique avec Pôle Emploi)
- Création **d'un nouveau métier : le référent métier**

Ce référent métier a trois missions : assurer les évaluations et les ré-évaluations des besoins à domicile (évaluation des besoins de la personne âgée pour que le profil du poste soit bien clair et les tâches précises), intégrer les nouveaux embauchés et assurer le soutien psychologique des personnels. Deux personnes ont été formées pour assurer cette fonction dans le département. Elles ont été formées par un Animateur métier (formateur professionnel chargé de former et d'accompagner les référents métier). Type de formation : DEA (?)+ module de formation interne sur l'évaluation.

Efficacité ressentie au niveau de l'ADMR de la Drôme : meilleur esprit d'équipe, moins de départ des nouveaux employés.

ATELIER : les objets connectés au service des EHPAD

David Giffard, direction projets groupe SOS

Présentation du projet « senior connect »

L'an dernier, le projet Seniors Connect+ était lancé par GROUPE SOS Seniors et la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Alsace-Moselle. En 2017, Malakoff Médéric a également apporté son soutien au projet. Celui-ci vise à faire de nos établissements des plateformes de coordination des services à domicile, permettant aux personnes âgées de retarder, voire d'éviter leur entrée en établissement spécialisé, et d'améliorer la qualité de vie au domicile, en s'adaptant à chaque situation.

Claudia Guglielmi, business developer, Nively

ATELIER : La technologie au service des personnes âgées et la protection de la personne âgée

Séance plénière : L'intergénérationnel

Pr Claude Jeandel, médecine interne et gériatrie,

Corinne Pasquier-Belot, réseau CO SI

DIVERS

Professionnels de santé et d'aide à domicile/ Formation/Echanges entre professionnels

► **Club PA-PH d'Idéal Connaissances**

Club d'échanges entre professionnels (8000 membres, 98 départements) qui propose des formations en ligne. Responsable Isabelle PIOT <http://communautes.idealconnaissances.com/paph/public/formations>

Silver économie

Téléphones mobiles pour seniors (grand écrans, compatibles avec les appareils auditifs, touche d'urgence et accès à distance) et tablettes tactiles pour seniors avec interface simplifiée. Nombreux produits mais très inégaux en terme d'ergonomie et de performance. (comparatif dans UFC que Choisir)

Annexe 6 : présentation séminaire « 15 heures pour la santé » organisé le 15 novembre 2018 au Centre gérontologique départemental de Montolivet



GERONTOPOLE SUD

**MISSION DE PRÉFIGURATION
2017-2018**

CONTEXTE

- Vieillessement de la population régionale



Plus d'un tiers de la population aura 60 ans ou + en 2040
16% auront 75 ans ou +

- Nouvel enjeu : approche globale de la personne âgée, prévention de la perte d'autonomie, amélioration de la prise en charge du vieillissement
- Projet de Gérontopôle Sud porté par le Conseil Régional et l'ARS
- Mission de préfiguration confiée à l'ORS

MISSION DE PRÉFIGURATION

- **Objet:** définir les missions du GTP Sud et le premier programme de travail en tenant compte des attentes des partenaires régionaux
- **Responsable de la mission :** Dr Yolande Obadia
- **Equipe:**
 - Isabelle Feroni (Sociologue, Université de Nice)
 - Bérangère Davin (Economiste)
 - Dominique Rey (Médecin, ORS PACA)

JOURNÉE DE CONSULTATIONS JUILLET 2017 - HÔTEL DE LA RÉGION

Les enjeux du vieillissement en région

- enjeu prioritaire : la prévention
- la coordination de la prise en charge
- l'accès et la diffusion de la connaissance et de l'information (notamment de données locales)
- transfert vers la pratique et valorisation de l'innovation technique et organisationnelle

JOURNÉE DE CONSULTATIONS JUILLET 2017

Les attentes vis-à-vis du futur GTP

- un centre ressources
- aide à l'amélioration de la connaissance du vieillissement dans les territoires
- diffusion d'une culture gériatrique et soutien à la formation
- aide au développement de l'innovation

MISSION DE PRÉFIGURATION SEPTEMBRE 2017 – AVRIL 2018

Synthèse de la première journée de consultation

Série d'entretiens individuels auprès d'acteurs régionaux et des responsables d'autres gérontopôles

- ➔ Note d'orientation stratégique autour des 3 axes : observation, formation et innovation
- ➔ Programme de travail

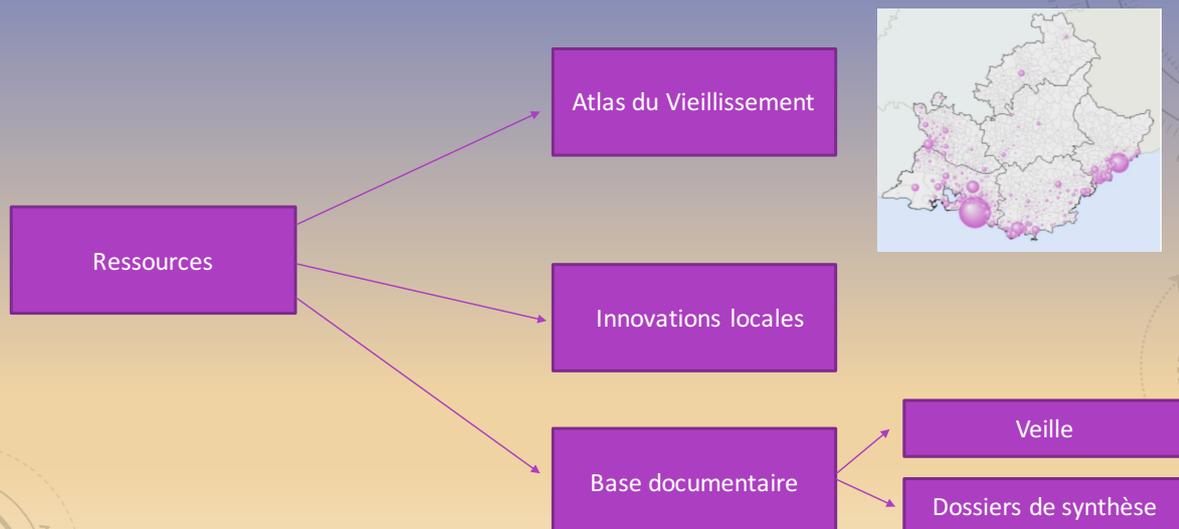
NOTE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

Plateforme de ressources et structure d'appui au service de tous ceux qui sont concernés par les problématiques du vieillissement en région

3 missions

- **Veille et observation**: recueil et diffusion d'indicateurs socio-démographiques, économiques et sanitaires autour du vieillissement, veille scientifique, identification et valorisation des expérimentations en cours, annuaire des formations régionales
- **Soutien à l'expérimentation**: appel à projet annuel, appui méthodologique, aide à la mutualisation des expérimentations et à la généralisation de l'évaluation et des mesures d'impact, diffusion et valorisation des résultats
- **Formation**: diffusion de la culture gériatrique, promotion des bonnes pratiques professionnelles, organisation de journées d'information, participation à la réflexion sur l'évolution des emplois et les nouveaux métiers

PROGRAMME DE TRAVAIL : CRÉATION D'UN SITE INTERNET



PROGRAMME DE TRAVAIL

Développement d'un programme d'animation régional :

- Organisation de **journées d'études thématiques**
- **Appels à manifestation d'intérêt ou appels à projets ciblés** (soutien de l'innovation dans les champs de l'organisation, de la coordination professionnelle et de la silver économie)

MISSION DE PRÉFIGURATION DEPUIS MAI 2018

Mission à Bruxelles : rencontre avec des acteurs des politiques de vieillissement

Direction Générale Connect

Age Platform Europe

Active and Assisted Living programme

Région Friuli Venezia Giulia

Délégation du Pays Basque espagnol

Objectifs : permettre l'inscription du GTP Sud dans des réseaux de partenariat européens



Participation à des groupes de travail



Facilitateur entre acteurs régionaux et instances européennes

MISSION DE PRÉFIGURATION DEPUIS MAI 2018

Réalisation des grands entretiens (une trentaine de personnes rencontrées):

- ➔ Identification des problématiques des territoires
- ➔ Attentes/ GTP
- ➔ Repérage de personnes ressources pour les futurs groupes de travail régionaux
- ➔ Repérage des innovations et expérimentations en région

MISSION DE PRÉFIGURATION DEPUIS MAI 2018

Définition de l'architecture du site Internet

Travail préparatoire sur les dossiers thématiques données probantes/
expériences prometteuses

Poursuite de la mission de préfiguration jusqu'à la création officielle du GTP

