Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

Schéma départemental

en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

2015 - 2019

Ille-et-Vilaine, la vie à taille humaine

Editorial

Le schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap s'appuie sur des constats, des observations, le vécu des personnes, les réponses apportées, les obstacles rencontrés, les souffrances vécues, tant par des usagers que par des résidents, des familles, des professionnels ou des aidants. C'est ce qui a retenu notre attention, guidé notre réflexion et permis la construction des propositions.
Dans le langage courant, on désigne par schéma un dessin, un tracé sur lequel figurent les éléments essentiels d'un objet, d'un ensemble complexe…Un dessin qui, dans ses grandes lignes, donnera un aperçu de ce que sera l'œuvre achevée.

Nous avons veillé à ce que ce schéma soit l'expression des acteurs qui, au quotidien, accompagnent des publics, certes fragilisés par les effets du vieillissement ou par la situation de handicap, mais citoyens à part entière.
Nous avons voulu que ce schéma soit nourri des apports que nous donnent à méditer les sociologues, les démographes, les ethnologues, les géronto-psychiatres et les équipes médico-sociales.
Nous avons voulu que ce schéma prenne en compte le parcours des personnes, que ce soient les dispositifs qui s'adaptent, s'articulent, se complètent, et rendent la lecture du parcours de la personne le plus harmonieux et le plus fluide possible.
Nous savons quelles richesses représentent les actions, les réflexions, les combats des familles et des associations ; ce que cela représente de détermination, de renoncements personnels et souvent professionnels, d'abnégation, de pugnacité…
Enfin ce schéma se veut honnête : nous sommes dans un contexte budgétaire excessivement délicat et contraint. Nous n'entendons pas faire des annonces que nous ne saurions respecter ou honorer. Les différentes étapes de sa construction, dont le ciment fut la concertation, ont toujours eu ce souci de vérité. Est-ce la raison pour laquelle nous avons obtenu du dernier comité de pilotage un satisfecit, certes coloré de questions, d'appels à la vigilance et du souhait de continuer d'être associé au comité de suivi de la mise en œuvre de ce schéma ?
Nous tenons à souligner et remercier la participation active des partenaires et la concertation qui s'en est suivie : état des lieux, diagnostic, propositions d'orientations, groupes de travail thématiques aux représentations plurielles, le tout placé sous la responsabilité d'un comité de pilotage bienveillant et exigeant.

Le diagnostic révèle les caractéristiques de la population brétillienne : un vieillissement accéléré de la population, une augmentation du nombre de personnes dépendantes avec une entrée en dépendance plus tardive, un recours plus important qu'ailleurs à l'institutionnalisation, une certaine difficulté à appréhender le nombre de personnes en situation de handicap et à nommer le type de handicap, une évolution importante du nombre de bénéficiaires de la PCH, un vieillissement des personnes en situation de handicap.
Il nous dit aussi les besoins recensés à partir des échanges, tant avec le CODERPAG qu'avec le Collectif Handicap 35, l'analyse des données du site web GAELIG 35, ou encore le recensement des orientations de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, la lecture des listes d'attente dans les établissements et services pour adultes en situation de handicap ou encore des besoins à venir des adolescents en situation de handicap. Les enquêtes portant sur l'hébergement temporaire, les unités Alzheimer, nous renseignent sur le traitement des urgences, la charge administrative, les difficultés à remplir, le désarroi des professionnels face à certaines pathologies psychiatriques.

En janvier 2015, l'assemblée départementale a adopté ce schéma à l'unanimité ; ceci montre la volonté du Département de continuer à jouer pleinement son rôle de garant de la solidarité envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Mireille Massot
1re vice-présidente
du Conseil général d'Ille-et-Vilaine

Jean-Louis Tourenne
Sénateur,
président du Conseil général d'Ille-et-Vilaine

Sommaire

> Introduction 1

PARTIE 1 – ETAT DES LIEUX

> Chapitre 1. Données socio-démographiques 3

1. Fiche d'identité du département 5
5 Population urbaine 6
5 Densité de population 6
5 Population par CODEM 7

2. Caractéristiques de la population d'Ille-et-Vilaine 8

Une croissance démographique soutenue 8
5 L'évolution de la population par CODEM entre 1999 et 2009 9

Population par classe d'âge 12

L'indice de vieillissement 13

Evolution de la pyramide des âges 14
5 Une population vieillissante 14
5 Le vieillissement des générations nées dans l'entre-deux-guerres 15

Projection de l'évolution démographique 16
5 Projection à l'horizon 2020 et 2030 16
5 Les projections de populations par classe d'âge en 2020 16
5 Projection de la population bretonne à l'horizon 2040 17

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé 18
5 L'espérance de vie à la naissance 18
5 L'espérance de vie à 60 ans 18
5 L'espérance de vie en Ille-et-Vilaine 19
5 L'espérance de vie sans incapacité 19
5 Comment mesure-t-on l'espérance de vie en bonne santé ? 19

3. Les données relatives aux personnes âgées 22

Les personnes de 75 ans et plus 22
5 Evolution comparée de la population de 75 ans et plus en France et dans les quatre départements bretons 23
5 La population de 75 ans et plus par CODEM 24
5 Le mode de vie des personnes âgées 25
5 Projection de population par CODEM à l'horizon 2020 et 2025 28
5 La population de 75 ans et plus à l'horizon 2020 29
5 La population de 75 ans et plus à l'horizon 2025 30

Les ressources des personnes âgées 31
5 Le montant moyen des retraites 31
5 Le revenu fiscal 31
5 Les disparités de revenus territoriales 33
5 Les ressources des personnes dépendantes de demain : des perspectives différentes d'un territoire à l'autre et d'une génération à l'autre 34
5 Niveau de ressources et dépendance : l'analyse de l'INSEE 35
5 Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) 35

Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes en 2020 et 2030 37
5 Des personnes dépendantes plus nombreuses 37
5 Des personnes dépendantes plus âgées 37
5 Personnes âgées dépendantes par CODEM en 2020 38

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies invalidantes 41
5 Prévalence de la maladie d'Alzheimer 41
5 Relation entre maladie d'Alzheimer et GIR 43
5 Les malades jeunes 44
5 Les maladies apparentées 44

4. Les données relatives aux personnes en situation de handicap 46

Estimation de la population adulte en situation de handicap : les enquêtes nationales 46
5 L'enquête Vie Quotidienne et Santé 46
5 L'enquête Handicap-Santé Ménages 47
5 Extrapolation des taux de prévalence issus de l'enquête HSM à la population d'Ille-et-Vilaine 49
5 Le recensement de la MDPH d'Ille-et-Vilaine 49

Estimation de la population adulte en situation de handicap en Ille-et-Vilaine à partir des dispositifs d'accompagnement ou de reconnaissance du handicap 50
5 La carte d'invalidité (CI) 50
5 La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) 51
5 L'orientation en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) 51
5 La pension d'invalidité (PI) 52
5 L'allocation aux adultes handicapés (AAH) 52
5 Le complément de ressources 55
5 Les rentes accident du travail et maladie professionnelle (AT/MP) 55
5 L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) 55

Les estimations de population par type de handicap 58
5 Les déficiences intellectuelles 58
5 Les déficiences du psychisme 58
5 Les déficiences auditives 58
5 Les déficiences visuelles 59
5 Les déficiences de l'appareil locomoteur 59
5 Les troubles envahissants du développement (TED) et l'autisme 59

> Chapitre 2. Focus sur les populations cibles 61

1. Les personnes âgées 63

Les personnes âgées à domicile 63
5 L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) 63
5 Evolution du nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile 63
5 Profil des bénéficiaires 66
5 L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile par CODEM 68
5 Les bénéficiaires de services ménagers 69
5 Le financement de la politique de maintien à domicile des personnes âgées 70

Les personnes âgées accueillies en structure 71
5 Nombre de personnes accueillies dans les établissements pour personnes âgées d'Ille-et-Vilaine 71
5 Une dépendance accrue 73
5 Profil des personnes hébergées en EHPAD et USLD 75
5 Nombre d'admissions 75
5 L'aide sociale à l'hébergement 76
5 Les données AQUALIE 76
5 Le financement de la politique d'hébergement des personnes âgées 77
5 APA à domicile et en établissement : données de comparaison 79

2. Les adultes en situation de handicap 81

Les adultes en situation de handicap à domicile 81
5 Le droit à compensation 81
5 Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP 82
5 Evolution du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP 82
5 Evolution des dépenses moyennes au titre de la PCH et de l'ACTP 84
5 Répartition de la PCH par type d'aide 85
5 Evolution du nombre de bénéficiaires de services ménagers au titre de l'aide sociale 85
5 Le financement de la politique de maintien à domicile 87

Les adultes en situation de handicap accueillis dans les établissements et services 89
5 Nombre de places dans les établissements et services relevant de la compétence du Département 89
5 Caractéristiques des personnes accueillies et accompagnées par les établissements et services 89
5 Déficience principale et incapacités des personnes accueillies et accompagnées par les établissements et services 91
5 Le financement des établissements et services 92
5 Les jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON 93

Les personnes handicapées vieillissantes 95
5 L'émergence de la problématique du vieillissement 95
5 Le diagnostic du Schéma régional d'organisation médico-sociale de l'ARS (extrait) 96
5 Les personnes concernées par l'avancée en âge 96
5 Les sorties et réorientations prévisibles 98

3. Les adolescents en situation de handicap 102

Enquête auprès des établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap 102

Nombre d'enfants accueillis par les structures spécialisées 106

Nombre de jeunes orientés vers les structures de l'enfance 107

> Chapitre 3. L'organisation et la politique départementale 109

1. L'organisation institutionnelle 111
5 Le siège des services départementaux 111
5 Les agences départementales 111
5 Les centres départementaux d'action sociale (CDAS) 112
5 La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) 113
5 Le service Info sociale en ligne (ISL) 113

2. La place des usagers 114
5 Le Comité départemental des personnes âgées et de l'action gérontologique d'Ille-et-Vilaine (CODERPAG) 114
5 Le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) 115
5 Le Collectif Handicap 35 115

3. La politique territoriale 117
5 Les contrats de territoires 117
5 Le bouclier rural 117

4. La politique départementale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 119

Bilan des précédents schémas départementaux 119
5 La genèse des schémas départementaux en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 119
5 L'offre d'hébergement a été développée pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques des personnes 123
5 Des politiques visant à maintenir une offre d'accueil de qualité 136
5 Des politiques visant à maintenir une offre d'accueil financièrement accessible 141

La Commission départementale des informations préoccupantes (CODIP) 144

5. La politique départementale relative à l'habitat 145
5 Le Plan départemental de l'habitat (PDH) 145
5 La convention du Département avec le PACT HD 35 146
5 Une adaptation des logements du parc privé 146
5 L'action des bailleurs sociaux 147
5 Le Fonds de solidarité pour le logement (FSL) 147

6. La politique départementale relative aux transports 148
5 Le schéma directeur d'accessibilité élaboré par le service transport du Conseil général 148
5 Le réseau local : un outil sur mesure pour un public ciblé 150

7. La politique départementale relative à l'emploi des personnes en situation de handicap 152
5 L'intégration et le maintien dans l'emploi des personnes avec RQTH au sein de la Collectivité départementale 152
5 Des actions soutenues par le Département en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap 152

8. La politique départementale relative aux actions culturelles 154
5 Promouvoir la lecture et l'accès aux bibliothèques avec le Contrat Territoire Lecture 154
5 Point d'étape sur le développement de l'accessibilité dans le réseau des bibliothèques d'Ille-et-Vilaine 155
5 Bilan de la mise à disposition de tablettes numériques en EHPAD et en bibliothèque 155

9. La prise en charge des détenus 156

PARTIE 2 – POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE DIVERSIFIÉE, DE QUALITÉ ET FINANCIÈREMENT ACCESSIBLE FAVORISANT LE PARCOURS DES PERSONNES

> Chapitre 1. Offre existante 161

1. Les dispositifs en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 161
5 L'accueil familial 161
5 L'offre d'accueil familial en Ille-et-Vilaine 161
5 Le fonctionnement de l'accueil familial 162

2. Les dispositifs en faveur des personnes âgées 164

Les dispositifs d'aide au maintien à domicile des personnes âgées 164
5 Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) 164
5 La répartition des services autorisés sur le département 165
5 La tarification 166
5 Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) 169
5 Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile 169
5 Les services de portage de repas 171
5 L'accueil temporaire 172
5 L'accueil de jour 172
5 L'offre d'accueil de jour par CODEM 174
5 L'accueil de nuit 175
5 L'offre d'hébergement temporaire en établissements 175
5 L'offre d'hébergement temporaire par CODEM 177
5 Les logements adaptés : une nouvelle offre locale hors champ médico-social 179

Sommaire

L'offre d'hébergement permanent pour personnes âgées 181
5 Offre globale 181
5 L'offre d'hébergement permanent par CODEM 182
5 Offre par type de structures 183
5 Les unités de soins de longue durée (USLD) 184
5 Evolution des coûts moyens en EHPAD et USLD 186
5 Les effectifs dans les établissements pour personnes âgées 188

Offre spécifique à destination des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés 190
5 Les unités Alzheimer ou cantou 190
5 L'accueil de jour 191
5 Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) 191
5 Les unités d'hébergement renforcé (UHR) 191
5 Les plateformes de répit 191
5 Les consultations mémoire 191
5 Les unités cognitivo-comportementales (UCC) 192
5 Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) 192

3. Les dispositifs en faveur des adultes en situation de handicap 194

Les dispositifs d'aide au maintien à domicile des adultes en situation de handicap 194
5 Les services d'aide à domicile à destination des personnes en situation de handicap 194
5 Les services de soins infirmiers à domicile en faveur des personnes handicapées 194
5 Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) 196
5 Les services de proximité (SP) 196
5 Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) 198
5 Les services d'accueil de jour (SAJ) 200
5 Les services d'hébergement temporaire (HT) 202
5 Les sections annexes des établissements et services d'aide par le travail (SA ESAT) 203
5 L'habitat regroupé 206
5 Les maisons relais et les résidences accueil 208
5 Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) 208

Les établissements d'hébergement pour adultes en situation de handicap 209
5 Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés (FH) 209
5 Les foyers de vie (FV) 210
5 Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) 212
5 Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) 213
5 L'offre par type de déficience 217
5 Les établissements à destination des personnes handicapées vieillissantes 225

Les moyens des établissements et services pour adultes en situation de handicap 227
5 Le financement 227
5 Données en matière de personnel 228
5 Les ratios d'encadrement 229

4. L'offre sanitaire 230

La démographie médicale et l'offre sanitaire globale 230
5 Les médecins actifs réguliers 231
5 Focus sur les médecins généralistes libéraux 232
5 L'approche par bassin de vie 233
5 Le diagnostic du Schéma régional de l'organisation des soins 2012-2016 234

L'organisation territoriale mise en place par l'ARS de Bretagne 235

L'analyse de l'offre de santé de premier recours par territoire de santé 236
5 Diagnostic sur le territoire de santé n° 5 236
5 Diagnostic sur le territoire de santé n° 6 236
5 Les zones prioritaires sur l'offre de soins de premier recours identifiées par l'ARS 236

L'offre sanitaire à destination des personnes âgées 238
5 Le pôle d'évaluation pluridisciplinaire 238
5 Le court séjour gériatrique 238
5 L'équipe mobile de gériatrie 238
5 Les soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes 238
5 Les unités de soins de longue durée (USLD) 239
5 L'hospitalisation à domicile 239
5 L'offre sanitaire de court séjour 240
5 La morbidité hospitalière 240
5 Extrait des diagnostics de territoires ARS 241

5. Les dispositifs de coordination 242
5 Les comités d'observation de la dépendance et de médiation (CODEM) 242
5 Les centres locaux d'Information et de coordination (CLIC) 242
5 La méthode MAIA 242
5 Les réseaux de santé 243
5 Les filières gériatriques 244
5 Les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires (PSP / MSP) 245
5 Les coordinations locales 245

6. L'action des collectivités territoriales en matière d'accessibilité 246
5 Les principes mis en place par la loi du 11 février 2005 246
5 Les commissions communales et intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées (CCAPH et CIAPH) 247
5 Les plans de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE) 247
5 Diagnostic d'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) 248

> Chapitre 2 . Identification des besoins 251

1. Les attentes des usagers 251

Le collectif Handicap 35 251

Le CODERPAG 252

2. Analyse des listes d'attente dans les établissements pour personnes âgées 254
5 Le dispositif GAELIG35 254
5 Nombre de personnes inscrites 255
5 Les délais d'admission souhaités 256
5 Les délais d'attente 257
5 Profil des personnes inscrites sur liste d'attente 258
5 Tableau comparatif du nombre de personnes inscrites par CODEM de résidence, capacité d'accueil et CODEM d'inscriptions 259

3. Recensement des orientations de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap 261
5 Méthodologie 261
5 La couverture des besoins par type de dispositif 264

4. Analyse des listes d'attente dans les établissements et services pour adultes en situation de handicap du département 266
5 Organisation de l'enquête 266
5 Nombre de personnes inscrites sur liste d'attente 267
5 Analyse des listes d'attente 267
5 Les listes d'attente des services d'accompagnement à la vie sociale 268
5 Les listes d'attente des services de proximité 269
5 Les listes d'attente des SAMSAH 269
5 Les listes d'attente des accueils de jour autonomes 270
5 Les listes d'attente des ESAT 271
5 Les listes d'attente des foyers d'hébergement 272
5 Les listes d'attente des foyers de vie 273
5 Les listes d'attente des foyers d'accueil médicalisé et maisons d'accueil spécialisées 274

5. Bilan des besoins repérés sur les territoires : enquête auprès des CLIC et CODEM 276
5 Une démarche de diagnostic menée par les professionnels de terrain 276
5 Les besoins et constats relatifs aux personnes âgées 277
5 Les besoins et constats relatifs aux personnes en situation de handicap 283

6. Analyse des enquêtes hébergement temporaire, unité Alzheimer et pathologies psychiatriques 286

Enquête hébergement temporaire 286

Enquête sur les pathologies psychiatriques dans les EHPAD 287

Enquête sur le fonctionnement des unités Alzheimer 289

> Chapitre 3. Plan d'actions 295

1. Elaboration du plan d'actions 295
5 Phase n° 1 : définition des thématiques prioritaires 295
5 Phase n° 2 : les travaux des groupes 296
5 Phase n° 3 : présentation des travaux des groupes 297

2. Déclinaison du plan d'actions 298

Volet 1 - Agir pour mieux accompagner les professionnels, les aidants naturels, et les bénévoles dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 298

Volet 2 - Agir pour favoriser l'accès de tous à une information de qualité 300

Volet 3 - Agir pour mieux connaître les besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : structurer l'observatoire départemental 302

Volet 4 - Agir pour conforter, renforcer et adapter les dispositifs existants afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et personnes en situation de handicap 304

Volet 5 - Agir pour accroître l'offre de réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 308

Volet 6 - Agir pour innover dans la recherche de nouvelles réponses pour satisfaire les besoins des personnes âgées et personnes en situation de handicap 310

Introduction

Le contexte

Depuis maintenant plusieurs années, la collectivité départementale, pour la mise en œuvre de ses politiques de solidarité en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, s'est dotée de schémas départementaux : schéma gérontologique, schéma handicap 35 et schéma des services de maintien à domicile. Ceux-ci se sont traduits par la création de places nouvelles en recherchant la diversification de l'offre notamment celle concourant au maintien à domicile, mais également par la volonté de développer une offre de qualité.

Un contexte législatif et réglementaire qui affirme le rôle du Département en tant que chef de file de la planification médico-sociale.

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est un outil de programmation rendu obligatoire depuis 1986. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, en a modernisé le concept, tandis que la loi 2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales renforce la compétence du Conseil général en matière de planification.

Le schéma a pour objet :
- 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 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.

Plus récemment, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), confirme la planification médico-sociale et l'articulation entre les schémas au niveau départemental et régional confortant ainsi le rôle de chef de file du Conseil général en matière de pilotage du schéma départemental. Dans le même temps, elle prévoit l'élaboration d'un Programme régional de santé (PRS) par l'Agence régionale de santé (ARS), qui a pour objet de « *prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux* ».

En Bretagne, le PRS publié en mars 2012 a fait l'objet d'une révision par arrêté du 10 février 2014 pour introduire de nouvelles propositions d'actualisation. Il comprend notamment le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SRO-MS) et son Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).
Sur le territoire départemental, pour le secteur médico-social, il y a donc coexistence entre les deux schémas : régional et départemental.

Il convient également de noter le débat national en cours sur le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, dans lequel le Département s'inscrit pleinement pour répondre au mieux à l'expression des personnes vieillissantes et à leurs besoins.

Une démarche dynamique, basée sur le partenariat et la concertation

La démarche pour le diagnostic et les propositions d'orientations s'est déroulée en 2 phases :
- un état des lieux et un **diagnostic** sur la période de septembre 2012 à fin 2013 ;
- les propositions d'**orientations** lors du 1er semestre 2014 sur la base de 10 groupes de travail constitués de personnes âgées et personnes en situation de handicap ou leurs représentants, de partenaires institutionnels et d'acteurs de terrain.

L'élaboration de ce schéma a été placée sous la responsabilité du Comité de pilotage, présidé par la vice-présidente chargée de la solidarité, de la politique « personnes et âgées et personnes handicapées, petite enfance, parentalité, protection maternelle et infantile » et composé de :

- élus du Département ;
- représentants des personnes âgées et personnes en situation de handicap ;
- agents du pôle Solidarité du Département et de la Maison départementale des personnes handicapées ;
- représentants de l'Agence régionale de Santé Bretagne ;
- représentants de l'Etat ;
- représentants d'organismes de retraite, d'assurance maladie, de la Caisse d'allocations familiales ;
- représentants des CODEM (comité d'observation de la dépendance et de la médiation) ;
- représentants des fédérations d'établissements ;
- experts ;
- association départementale des maires.

Le comité de pilotage s'est réuni à quatre reprises pendant les travaux d'élaboration du présent schéma et a eu pour mission de proposer des axes de travail et de valider les étapes d'élaboration du schéma.

Ce travail de réalisation a été rendu possible grâce à :

5 l'**équipe projet**, composée de professionnels du Département. Elle a été chargée d'assurer l'ensemble des travaux : élaboration du diagnostic, animation des groupes de travail, présentation des travaux à différentes instances, rédaction du document.

5 des **groupes de travail thématiques**, pour chacun des thèmes retenus, animés par des agents du Département, avec des représentants de :

- de la Maison départementale des personnes handicapées,
- de l'Agence régionale de santé,
- des usagers,
- des associations,
- d'établissements et de services médico-sociaux,
- du secteur sanitaire,
- des acteurs du droit commun : transport, logement…

Les groupes de travail se sont réunis pendant le premier semestre 2014 et ont proposé différentes orientations. Parallèlement, des échanges réguliers ont également eu lieu avec les représentants d'usagers par l'intermédiaire du Comité départemental des retraités, des personnes âgées et de l'action gérontologique (CODERPAG) et du Collectif départemental des personnes handicapées, les CODEM, les représentants de l'Etat et de l'ARS.

Des enjeux qui entendent répondre au plus près des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

- en favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes adultes en situation de handicap ;
- en développant une offre d'accueil diversifiée et adaptée ;
- en veillant à la qualité des réponses apportées ;
- en respectant l'équilibre territorial avec une attention particulière portée sur les zones rurales ;
- en préservant l'accessibilité financière des prestations et des équipements.

Partie 1

Etat des lieux

Chapitre 1
Données socio-démographiques

1. Données socio-démographiques

1.1 Fiche d'identité du département

Depuis 2012, la population brétilienne est estimée au-delà du million d'habitants, ce qui classe l'Ille-et-Vilaine au 23e rang des départements français.

Le département enregistre sur le long terme, une croissance démographique deux fois plus rapide que la moyenne nationale, alimentée à la fois par une natalité dynamique et un solde migratoire positif.

La population d'Ille-et-Vilaine est une population plus jeune que la moyenne nationale mais elle connait un vieillissement accéléré. Depuis le recensement de la population de 1999, le nombre de personnes de 75 ans et plus a augmenté plus vite que dans le Finistère et les Côtes d'Armor et presque autant que dans le Morbihan.

Dans ce contexte, le nombre de personnes âgées dépendantes en Ille-et-Vilaine est amené à augmenter de plus de 300 personnes chaque année, au cours des 15 prochaines années.

Les chiffres clés

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France métro
Population au 1er janvier 2013 (1)	**1 015 427**	601 822	905 164	736 246	3 259 659	63 659 608
Nombre de ménages en 2009 (2)	**420 218**	261 047	402 069	317 037	1 400 371	26 866 279
Densité de la population (hab. au km²)	**149,9**	87,5	134,4	108,1	119,8	115,4
Taux de chômage (3)	**7,9%**	8,8%	8,9%	9,2%	8,6%	9,8%
Proportion de bénéficiaires du RSA total en % de la population totale (4)	**4,6%**	4,7%	4,5%	4,8%	4,6%	7,6%

Sources :
(1) *Insee, estimations localisées de population (ELP), données actualisées au 14 janvier 2014.*
(2) *Insee, recensement de la population (RP) 2009.*
(3) *Insee, taux de chômage localisés au 4e trimestre 2013, en pourcentage de la population active.*
(4) *Insee d'après source CNAF, MSA – Population couverte par le RSA (allocataire, conjoint et personnes à charge) au 31/12/2013 au sein de la population totale. Données mises à jour au 22/10/2014.*

Avec un taux de chômage qui atteint 8,6 %, la Bretagne fait partie des régions au taux de chômage le plus faible avec l'Auvergne, l'Île-de-France, les Pays de la Loire et Rhône-Alpes[1]. Corollaire de la préservation de l'emploi, la Bretagne est après la Corse, la région française ayant le plus faible taux de personnes couvertes par le RSA avec 4,6% contre 7,6% en France métropolitaine. Mais le nombre d'allocataires progresse plus

[1] Source : Insee Bretagne, Octant Références n°6, avril 2014, Conjoncture 4e trimestre 2013.

vite. Avec une croissance de 8,3 % du nombre d'allocataires, la Bretagne est la 3e région avec le plus fort taux d'augmentation en 2013. En Ille-et-Vilaine, le nombre de foyers bénéficiaires du RSA a augmenté de 10% contre 7,1% en France métropolitaine [2].

Population urbaine

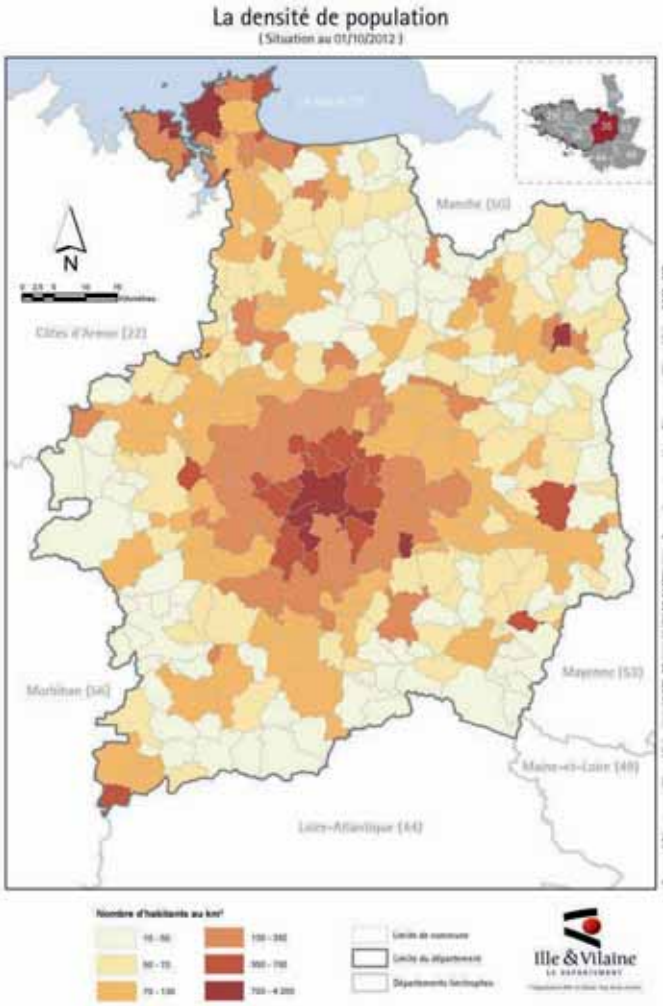
Au recensement de la population de 2011, la population de Rennes et de Rennes Métropole[3] représentait respectivement 21% et 40% de la population départementale. La moitié de la population du département se concentre sur 28 communes et les trois-quarts sur les cent premières communes. Les 253 autres communes rassemblent ainsi un quart de la population départementale, soit 250 000 personnes. Chacune de ces 253 communes ne dépassent pas 2 200 habitants.

Densité de population

L'Ille-et-Vilaine compte en moyenne 150 habitants au km², soit une densité supérieure à la moyenne bretonne de 120 habitants au km², elle-même légèrement supérieure à la densité nationale de 115 habitants au km².

La densité de population est très hétérogène selon les communes. Globalement, les niveaux de densité les plus élevés se trouvent dans le bassin rennais, le long d'un axe nord-sud Saint Malo/Saint-Sulpice-des-Landes et d'un axe ouest-est Saint-Méen-le-Grand/Vitré.

De manière habituelle, les densités de population les plus élevées se trouvent autour des grands axes routiers. On trouve une densité un peu plus forte autour de Fougères (3e commune du département) et de Redon (11e commune) également.



[2] Source : Insee Bretagne, Octant Références – Bilan économique 2013, Valérie Molina.

[3] Le périmètre retenu tient compte des communes qui ont rejoint la Communauté d'agglomération au 1er janvier 2014.

Population par CODEM

Population par territoire de CODEM au 1er janvier 2011
Effectifs et pourcentage de la population totale d'Ille-et-Vilaine

CODEM	Effectifs	%	% cumulé
Rennes	208 033	20,9%	20,9%
Alli'âges	136 987	13,7%	34,6%
Couronne rennaise nord-ouest	89 852	9,0%	43,6%
Brocéliande	65 977	6,6%	50,3%
Pays des Vallons-de-Vilaine	65 848	6,6%	56,9%
Portes de Bretagne	65 375	6,6%	63,4%
Fougères	54 063	5,4%	68,9%
Ille et Illet	48 153	4,8%	73,7%
Saint-Malo	45 201	4,5%	78,2%
La Roche-aux-Fées	39 189	3,9%	82,2%
Terre et Mer	34 496	3,5%	85,6%
Bretagne Romantique	33 000	3,3%	88,9%
Pays de Redon	32 938	3,3%	92,2%
Marches-de-Bretagne	29 963	3,0%	95,2%
Secteur Rive Gauche de la Rance	24 408	2,4%	97,7%
Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères	22 956	2,3%	100,0%
Ille-et-Vilaine	**996 439**	**100%**	

Les quatre CODEM les plus peuplés du département rassemblent la moitié de la population

Source : Insee, recensement de la population 2011.

Les populations au 1er janvier 2011 correspondent aux populations légales entrées en vigueur le 1er janvier 2014.

1.2 Caractéristiques de la population d'Ille-et-Vilaine

A retenir

- La croissance démographique sur le long terme est **deux fois plus rapide** en Ille-et-Vilaine qu'en France métropolitaine.
- La population d'Ille-et-Vilaine a une structure par âge plus jeune que la population française mais le département connait **un vieillissement accéléré** de sa population.
- Entre **1999 et 2013**, la population d'Ille-et-Vilaine a augmenté de **17,2%** et la population de 80 ans et plus de **92,6%.**
- En Ille-et-Vilaine, une femme de 65 ans peut espérer vivre jusqu'à **87,7 ans** et un homme de 65 ans jusqu'à **84 ans**.
- Les hommes et les femmes de **65 ans** peuvent espérer vivre **10 ans sans limitation d'activité**.

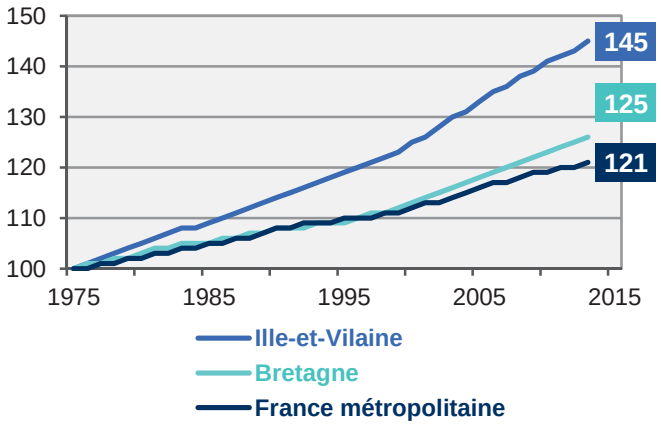
A) Une croissance démographique soutenue

L'Ille-et-Vilaine a une croissance démographique deux fois plus rapide que celle observée au niveau national. Depuis 1975, la population départementale a augmenté de 45% contre 21% en France métropolitaine.

Entre le recensement de 1999 et 2013, la population en Ille-et-Vilaine a augmenté de près de 150 000 personnes, au taux annuel moyen de 1,1%, soit une progression plus rapide que l'ensemble de la Bretagne où le rythme a été de 0,9% par an.

La Bretagne elle-même a connu sur la période, une croissance démographique plus rapide que la moyenne nationale où le taux a été de 0,7% par an.

Evolution démographique 1975-2013
Base 100 en 1975



Source : Insee, ELP 2013.

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France
Taux de croissance annuelle moyen entre 1999 et 2009	**1,2**	0,8	0,5	1,1	0,9	0,7
⇨ dont solde naturel (%)	**0,6**	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4
⇨ dont solde des entrées sorties (%)	**0,6**	0,8	0,4	0,9	0,7	0,2
Taux de natalité 2012 (‰)	**12,8**	10,3	10,6	10,8	11,3	12,6
Taux de mortalité 2012 (‰)	**7,9**	11,5	11,2	10,6	10,1	8,7

Sources : Insee, RP2009 exploitation principale - État civil.

Entre 1999 et 2009, l'augmentation de la population en Ille-et-Vilaine est due dans les mêmes proportions au solde naturel et au solde migratoire, tous les deux estimés à 0,6% par an, tandis que l'augmentation de la population bretonne dans son ensemble, résulte majoritairement du solde positif des entrées et sorties (0,7% sur un total de 0,9% par an).

L'évolution de la population par CODEM entre 1999 et 2009

Entre 1999 et 2009, la population d'Ille-et-Vilaine dans son ensemble a augmenté de 12,9%.

Taux de variation de la population entre 1999 et 2009 :

- **< 0%**
- **de 0% à 9%**
- **de 12% à 18%**
- **de 19% à 23%**
- **> 25%**

Baisse démographique

Seul le CODEM de Saint-Malo a connu une baisse de sa population (-7%) entre 1999 et 2009.

Sur la période, 13 communes dans le département ont perdu de la population.

Croissance démographique inférieure à la moyenne

Quatre CODEM ont connu une croissance plus faible que la moyenne départementale, voir quasi-nulle. C'est le cas de la ville de Rennes qui en 2009 ne comptait que 876 habitants de plus qu'en 1999.

Les populations des CODEM de Dinard, des Marches de Bretagne et de Fougères ont progressé respectivement de 7,7%, 7,9% et 8,6%.

Croissance démographique moyenne ou inférieure à 1,5 fois la moyenne

Cette catégorie rassemble 4 CODEM. Avec 12,8% de croissance, la population du CODEM de Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères a augmenté

dans les mêmes proportions que la moyenne départementale. Au sud du département, le Pays de Redon a gagné 4 400 habitants en 10 ans, soit une croissance de 13,3%. Avec 17% et 17,7% de croissance, Alli'âges et Vitré ont connu une croissance plus soutenue. Alli'âges est même le territoire qui a connu la plus forte hausse en valeur avec 19 412 habitants supplémentaires.

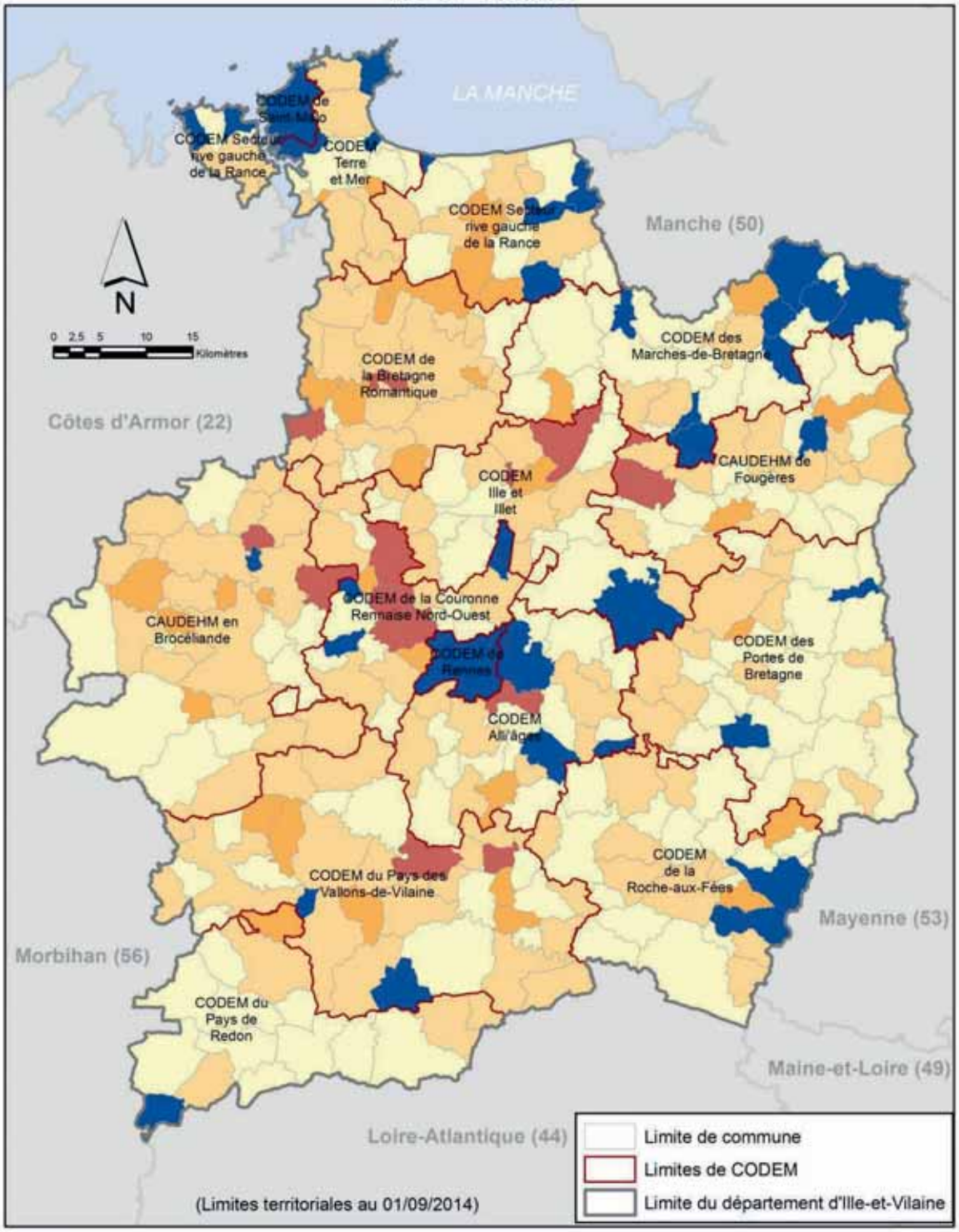
Croissance démographique comprise entre 1,5 fois la moyenne et 2 fois la moyenne

Quatre CODEM affichent une croissance démographique soutenue entre 1999 et 2009. Entre-Terre-et-Mer et la Couronne rennaise nord-ouest ont progressé de 19,7% et 19,9%. Les CODEM de La Roche-aux-Fées et de l'Ille et Illet dépassent les 20% de croissance avec respectivement 21,6% et 23%.

Croissance démographique équivalente ou supérieure à deux fois la moyenne

Trois CODEM se distinguent par la très forte croissance de leur population. Le CAUDEHM de Brocéliande a augmenté de 25,4%, le CODEM de la Bretagne Romantique de 27,8% et le CODEM du Pays des Vallons-de-Vilaine de 30,9%. Avec 36 000 habitants supplémentaires, ces trois territoires représentent un tiers de la croissance démographique enregistrée par l'Ille-et-Vilaine en dix ans.

Evolution de la population entre 2006 et 2011 en Ille-et-Vilaine



Sources : INSEE © Département d'Ille-et-Vilaine 2014 / © IGN BD CARTO® 2012 - Conception cartographique : Département d'Ille-et-Vilaine - DGSD - SEP.

Taux de variation par commune de la population entre 2006 et 2011

- < 0 %
- De 0 à 8 %
- De 8 à 17 %
- De 17 à 25 %
- > 25 %

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

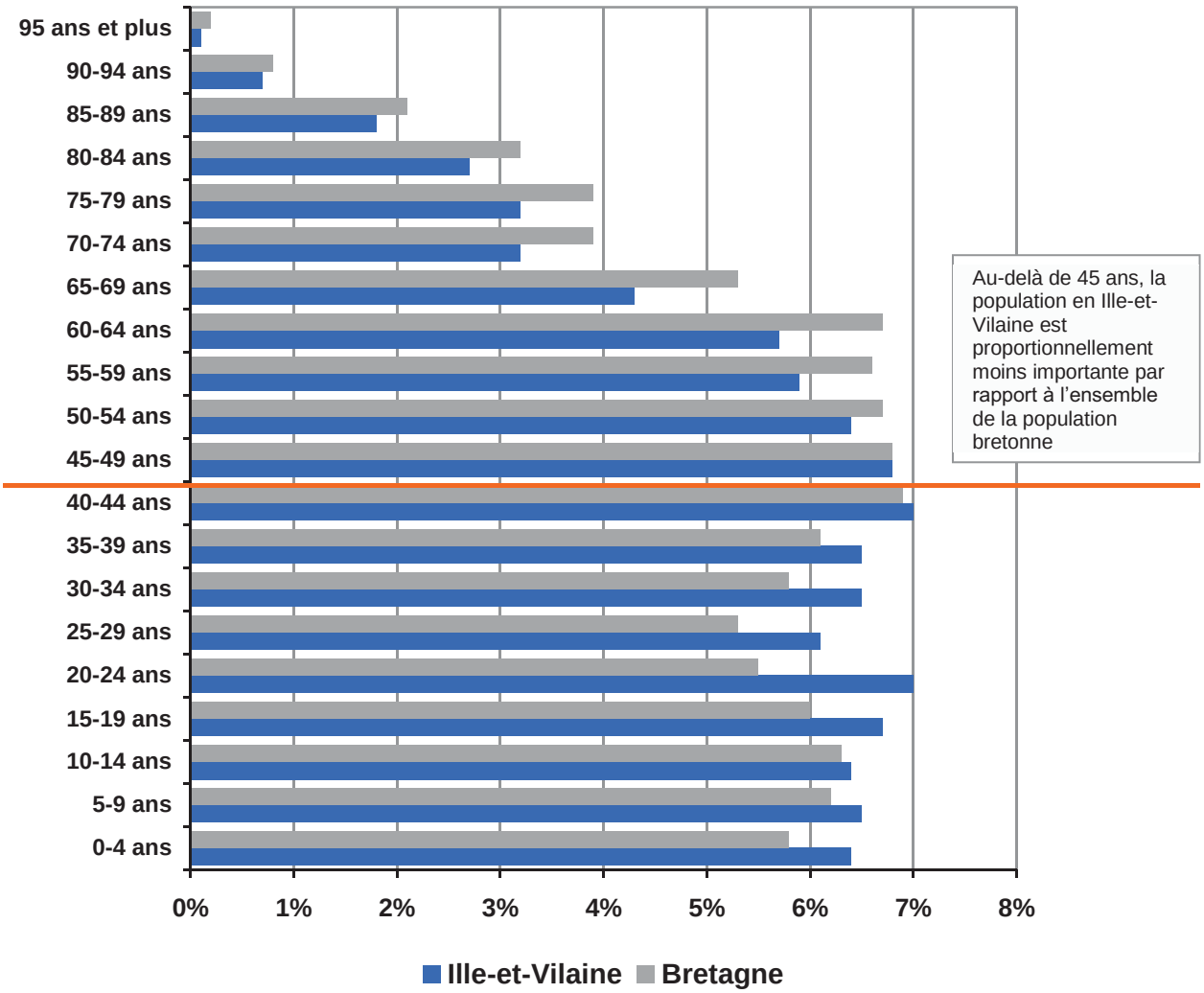
© Département d'Ille-et-Vilaine. Tous droits réservés.

B) Population par classe d'âge

La population d'Ille-et-Vilaine a une structure par âge plus jeune que la population bretonne, laquelle est globalement plus âgée que la moyenne nationale.

Population par classe d'âge quinquennale

En % de la population totale au 1er janvier 2013



Effectifs et % de la population par grande classe d'âge au 1er janvier 2013

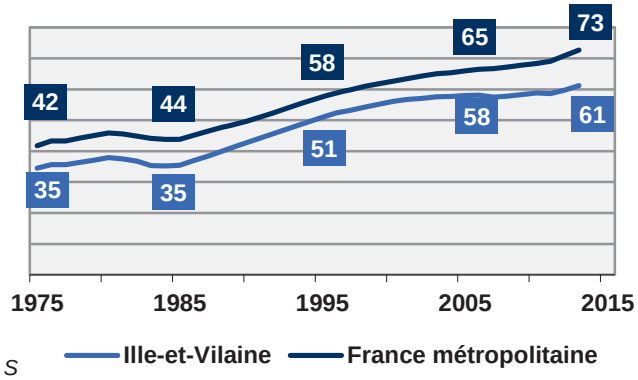
	Ille-et-Vilaine		Bretagne		France métropolitaine	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	**196 772**	**19,4%**	594 666	17,8%	11 718 512	18,4%
15-29 ans	**201 384**	**19,8%**	546 396	14,4%	11 477 120	18,0%
30-44 ans	**203 900**	**20,1%**	614 032	17,6%	12 457 641	19,6%
45-59 ans	**193 041**	**19,0%**	653 605	20,2%	12 693 931	19,9%
60-74 ans	**134 415**	**13,2%**	518 717	18,1%	9 485 602	14,9%
75 ans et plus	**85 915**	**8,5%**	332 243	12,0%	5 826 802	9,2%
Total	**1 015 427**	**100,0%**	3 259 659	100,0%	63 659 608	100,0%

Source : Insee, ELP 2013, données actualisées au 14 janvier 2014.

C) L'indice de vieillissement

L'indice de vieillissement est le rapport entre la population des 65 ans et plus[4] et les moins de 20 ans. Un indice de 100 signifie que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans les mêmes proportions. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux ainés.

Evolution de l'indice de viellissement



S

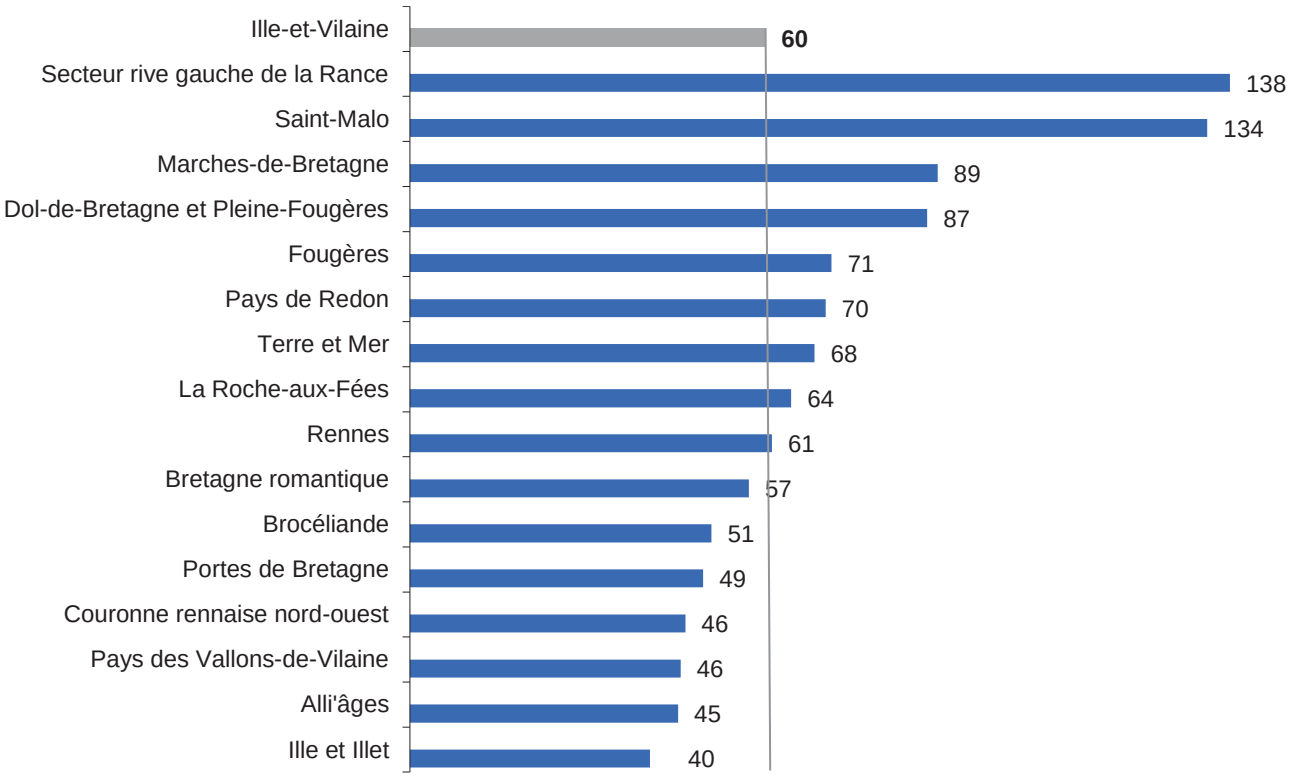
Source : Insee, ELP 2013.

En 2013, l'indice de vieillissement en Ille-et-Vilaine est de 61. Il traduit un rapport de génération équivalent à **5 jeunes de moins de 20 ans pour 3 personnes de 65 ans et plus.**

Comparé à la moyenne nationale, l'indice de vieillissement met en évidence la structure plus jeune de la population d'Ille-et-Vilaine. Avec 12,8 naissances pour 1000 habitants en 2012, l'Ille-et-Vilaine affiche le 20e taux de natalité le plus élevé de France métropolitaine. Cette dynamique des naissances contribue au maintien d'un indice de vieillissement inférieur à la moyenne nationale.

L'indice de vieillissement présente des valeurs très hétérogènes sur le territoire. Le CODEM de l'Ille et Illet a l'indice de vieillissement le plus faible (40) et le CODEM Secteur Rive Gauche de la Rance le plus élevé (138), soit pour ce CODEM, un rapport de génération de l'ordre de 4 personnes de 65 ans et plus pour trois jeunes de moins de 20 ans. L'indice de vieillissement s'élève même à 192 pour la ville de Dinard.

Indice de vieillissement par CODEM



Source : Insee, RP2011.

[4] La population de 60 ans et plus est parfois retenue dans le calcul de l'indice de vieillissement.

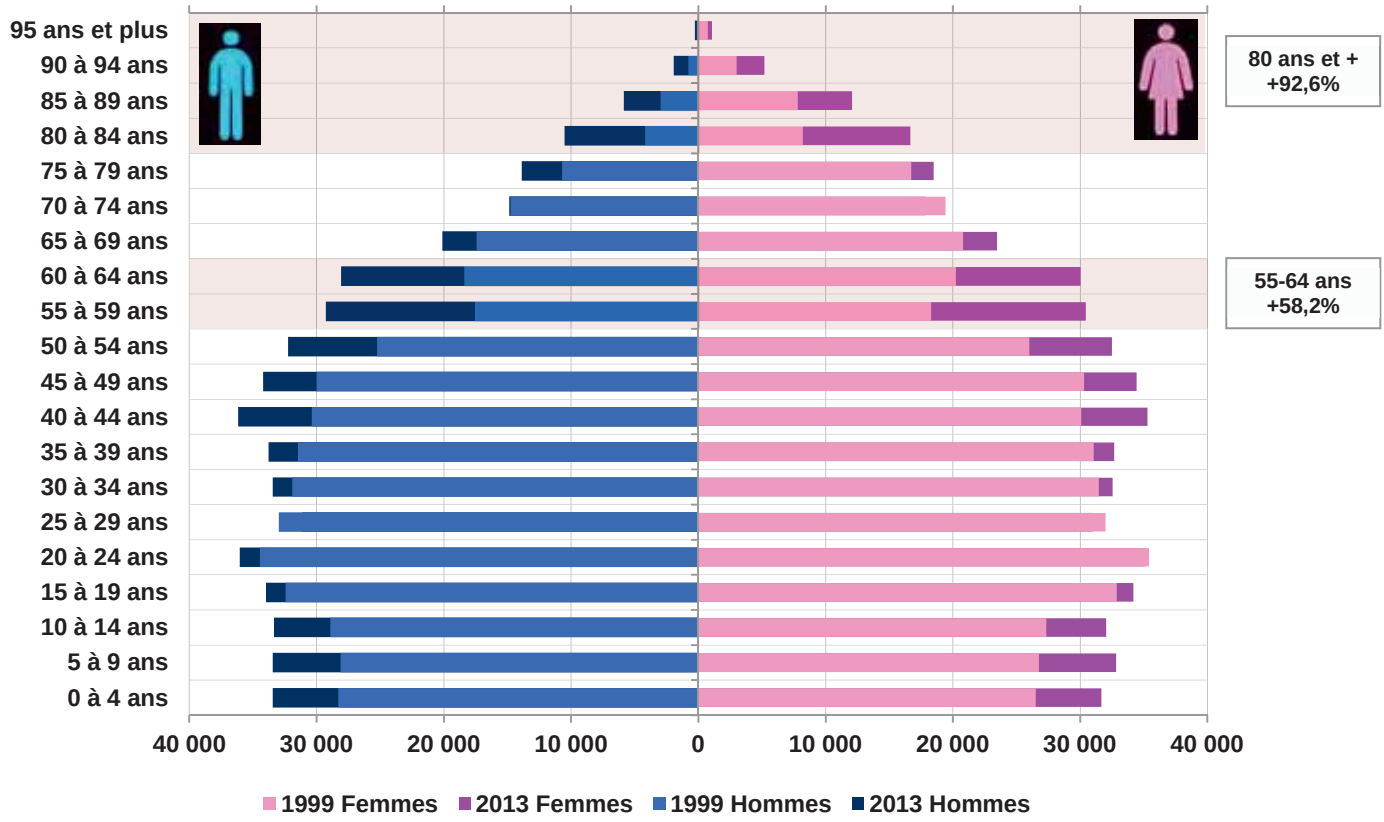
D) Evolution de la pyramide des âges

Une population vieillissante

L'évolution de la pyramide des âges en Ille-et-Vilaine entre 1999 et 2013 traduit le vieillissement de la population avec la forte augmentation du nombre de personnes de 55 à 64 ans et des personnes de 80 ans et plus.

Alors que sur la période, la population départementale a augmenté de 17,2%, les 55-64 ans ont augmenté de 58,2% et les 80 ans et plus de 92,6%.

Pyramide des âges 1999-2013 en Ille-et-Vilaine



Source : Insee, RP 1999 et Estimations de population 2013, données actualisées au 14 janvier 2014.

En 2013, on compte 30 817 jeunes de moins de 15 ans en plus par rapport à 1999, soit une hausse de 18,6%. L'augmentation de cette classe d'âge témoigne du rebond de la natalité observé depuis les années 2000, une évolution qui contraste avec les caractéristiques de la génération précédente. Les 15-39 ans ont progressé de seulement 2,4% depuis 1999, représentant moins de 7 800 personnes de plus qu'en 1999. En revanche, la progression du nombre de personnes de 40-54 ans est notable avec 32 800 personnes supplémentaires, représentant une hausse de 19,1%.

La génération précédente concentre les effectifs du baby-boom, lesquels ont aujourd'hui entre 55 et 64 ans. Cette classe d'âge représente la hausse la plus importante en termes d'effectifs de population avec 43 340 personnes de plus qu'en 1999, soit 58,2% de croissance. En comparaison, la génération précédente dans laquelle nous pouvons regrouper les personnes de 65 à 79 ans, marque une progression de seulement 8,9% par rapport à 1999, soit 8 840 personnes de plus.

Enfin, avec 25 754 personnes supplémentaires, **les 80 ans et plus constitue la classe d'âge qui a proportionnellement le plus augmenté avec +92,6% depuis 1999 et jusqu'à +119% pour les 80-84 ans**.

Le vieillissement des générations nées dans l'entre-deux-guerres

L'âge moyen d'entrée en EHPAD et l'âge moyen des bénéficiaires de l'APA à domicile est actuellement de 85 ans en Ille-et-Vilaine (*cf. chapitre 2.1 – Focus sur les populations cibles*). En considérant cette moyenne d'âge, on peut estimer que la majorité des personnes âgées concernées par le risque de perte d'autonomie au cours des cinq prochaines années seront des personnes nées entre 1925 et 1935.

Comme le montre la pyramide des âges, **la classe d'âge qui atteindra ou dépassera l'âge de 85 ans au cours des 5 prochaines années constitue la classe d'âge quinquennale qui proportionnellement, a le plus progressé depuis le recensement de 1999 (+119%).** La population de 80 à 84 ans a ainsi plus que doublé entre 1999 et 2013 et compte 14 764 personnes supplémentaires.

Les classes d'âge au-delà de 85 ans ont également fortement augmenté au cours des dernières années et devraient générer des besoins croissants d'accompagnement à domicile ou en établissements. Entre 1999 et 2013, le nombre de personnes de 85 à 89 ans a augmenté quatre fois plus vite que la population totale (+67%) et compte plus de 7 000 personnes supplémentaires. Enfin, les personnes de 90 ans et plus ont augmenté de 82,1% et représentent 3 819 personnes de plus qu'en 1999.

Pourquoi les générations nées dans l'entre-deux guerres sont-elles plus nombreuses ?

Le rebond de natalité observé au lendemain de la grande guerre a été très limité dans le temps. Il contribue à expliquer la hausse du nombre de personnes de plus de 90 ans constatée aujourd'hui mais pas celle des générations suivantes.

« Pendant la guerre, la baisse de la nuptialité et les séparations de couple ont conduit à une chute de la natalité de 1915 à 1919. Supposant que la fécondité ait, en l'absence de guerre, continué à baisser légèrement comme c'était le cas depuis plusieurs décennies, on a évalué à 1,6 million les naissances manquantes entre 1914 et 1919, et à 300 000 seulement l'excédent enregistré de 1920 à 1924.

Avec 833 000 enfants déclarés vivants, l'année 1920 a bénéficié d'un notable accroissement du nombre de naissances mais il s'agit plutôt d'une récupération que d'une reprise. Le nombre de naissances demeure plus faible qu'au début du siècle.

Dans les années trente, la fécondité poursuit son mouvement de baisse et la structure par âge de la population contribue à la médiocrité de la natalité.

Des générations moins nombreuses que les précédentes parviennent aux âges de la fécondité : les générations nées avant 1914, puis les classes creuses dues à la Première Guerre mondiale. Parallèlement, la crise économique a pu aggraver ce mouvement de baisse. Aussi, le nombre de naissances a recommencé à décroître dès 1922, et il est devenu inférieur à 800 000 entre1922 et 1932 et à 700 000 à partir de 1933.

En revanche, depuis le début du siècle, **les progrès médicaux et sanitaires ont entrainé une baisse sensible de la mortalité infantile**. Un enfant de moins de un an sur treize décède entre 1931-1935 contre un sur sept en 1901-1905. »

Au-delà des progrès de la médecine enregistrés dès cette époque, ce sont les conditions de vie dans leur ensemble dont ont bénéficié les personnes nées après 1930 qui ont contribué à former une génération plus nombreuse aux âges avancés aujourd'hui. L'allongement de l'espérance de vie mesuré tout au long de la seconde moitié du XXe siècle témoigne de cette évolution.

Source : INSEE – Analyse des pyramides des âges 1921 et 1936

E) Projection de l'évolution démographique

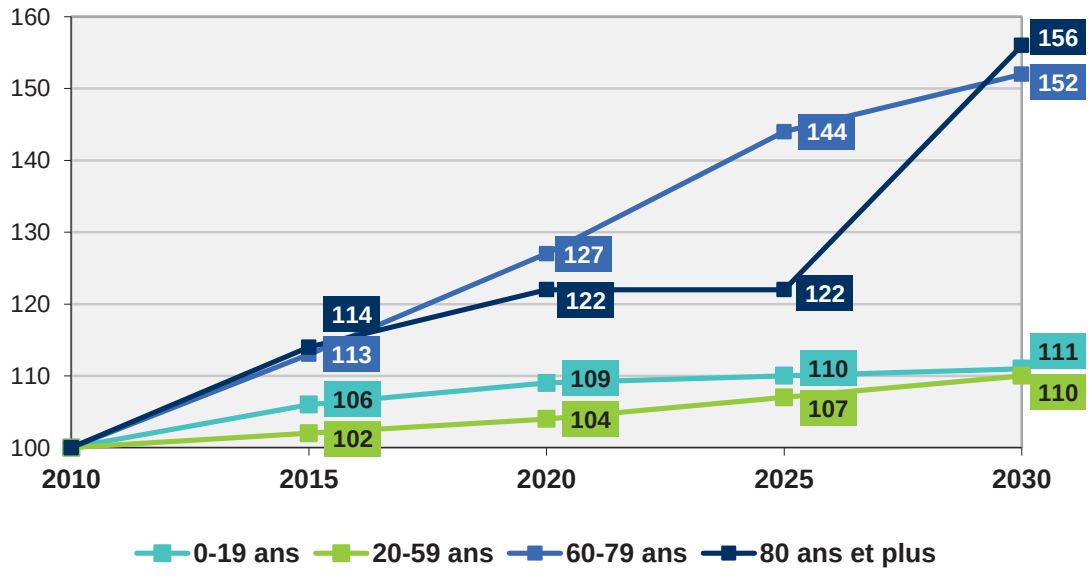
Les projections démographiques classiques de l'Insee sont établies à partir de l'outil de modélisation Omphale[5]. Il s'agit d'une application qui comprend un modèle théorique de projection de la population, des bases de données démographiques, des techniques d'analyse démographique et des outils de construction de scénarios pour le futur.

Projection à l'horizon 2020 et 2030

Selon le scénario central de projection de la population élaboré par l'Insee, **la population d'Ille-et-Vilaine augmenterait de 4,6% entre 2015 et 2020 et atteindrait 1,07 million d'habitants**, **représentant un accroissement de 47 000 personnes pendant la période couverte par le présent schéma.**

Les différents scénarios calculés par le modèle Omphale sont basés sur des évolutions alternatives du taux de fécondité, de l'espérance de vie et du solde migratoire principalement. Ces variables ont un impact modéré sur l'évolution du nombre de personnes âgées. Ainsi, moins de 2100 personnes séparent l'estimation basse de l'estimation haute du nombre de personnes de 80 ans et plus en 2020 et moins de 1800 pour les personnes de 60 à 79 ans.

Projection de population en Ille-et-Vilaine par classe 2010-2030
Indice 100 en 2010



Source : Insee, modèle Omphale - Projection de population à l'horizon 2030 en Ille-et-Vilaine, scénario central, décembre 2008.

Les projections de populations par classe d'âge en 2020

Population en 2020 et évolution 2015-2020 par tranche d'âge

	Population en 2020	Evolution 2015-2020	
		Effectifs	%
Moins de 20 ans	275 469	8 830	+3,3%
20-59 ans	542 753	12 749	+2,4%
60-79 ans	197 520	22 000	+12,5%
80 ans et plus	55 085	3 400	+6,6%
Total	**1 070 827**	**46 979**	**+4,6%**

Source : Insee, modèle Omphale - Projection de population à l'horizon 2030 en Ille-et-Vilaine, scénario central, décembre 2008.

[5] Omphale : Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Élèves.

Projection de la population bretonne à l'horizon 2040

« Selon le scénario central de l'Insee qui reconduit les tendances observées au cours de la première décennie du 21e siècle, la population bretonne augmenterait de 19% entre 2012 et 2040, nettement plus qu'en France métropolitaine (11%). La population d'Ille-et-Vilaine augmenterait de 23% à l'horizon 2040 et jusqu'à 30% selon des hypothèses hautes mais se concentrerait sur le bassin rennais (plus de 40% à Brocéliande et Vallons de Vilaine). La densité de population régionale passerait de 118 à 139 habitants au km² mais en Ille-et-Vilaine, trois pays dépasseraient nettement cette augmentation : Rennes (+63 hab/km²), Vallons de Vilaine (+47) et Brocéliande (+34).

L'Insee anticipe également au niveau régional, un ralentissement progressif de la croissance démographique consécutif au vieillissement de la population. Les générations du baby-boom vont atteindre 80 ans après 2025, ce qui provoquera une augmentation du nombre de décès dans tous les territoires et une dégradation du solde naturel. Ce vieillissement se manifestera par l'élévation de l'âge moyen qui passe de 41 ans en 2012 à 45 ans en 2040. De même, les personnes de 65 ans et plus représentent 19% de la population en 2012 contre 28% en 2040. »

Cinq scénarios alternatifs à cette projection tendancielle ont été construits par les agences d'urbanisme et de développement de Bretagne et le Conseil régional dans le cadre d'une réflexion sur les 21 pays bretons à l'horizon 2040. Le numéro de Février 2013 d'*Octant Analyse,* publié par l'Insee Bretagne, présente les modalités de ces projections.

Source : Insee Bretagne, Octant Analyse n°43, Février 2013.

F) Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé

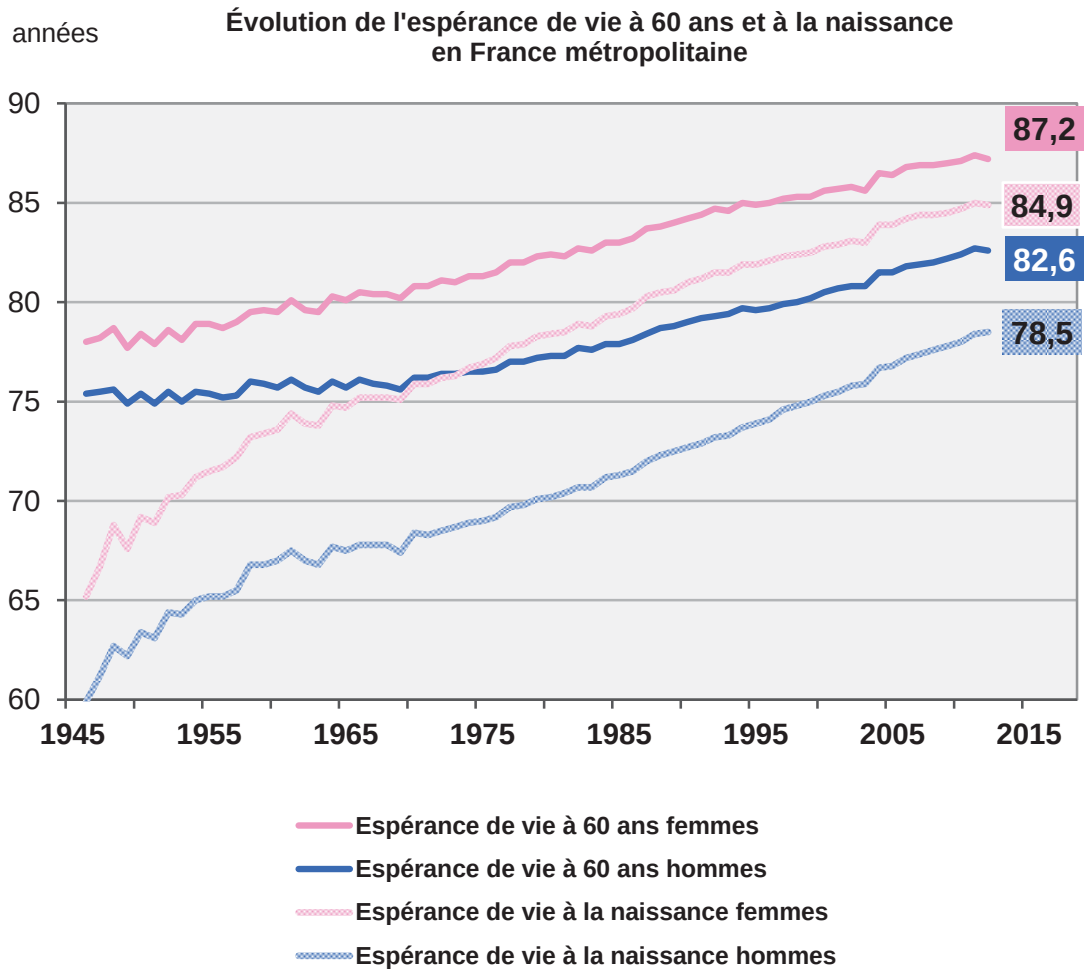
L'espérance de vie à la naissance

L'allongement de l'espérance de vie est une tendance de long terme que l'on continue d'observer. En 2012, l'espérance de vie à la naissance était de 84,9 ans pour les femmes et 78,5 ans pour les hommes, soit respectivement 19,7 et 18,6 années gagnées depuis 1946.

L'espérance de vie à 60 ans

Mécaniquement, l'espérance de vie calculée à 60 ans conduit à déterminer un âge de décès moyen supérieur à celui calculé à la naissance car à 60 ans, plusieurs probabilités de décès ont été dépassées. Cependant, l'écart entre l'âge de décès moyen calculé à la naissance et à 60 ans s'est considérablement réduit depuis 1946. Au lendemain de la guerre, l'espérance de vie à la naissance d'une femme était de 65,2 ans mais une femme de 60 ans pouvait espérer vivre jusqu'à 78 ans. L'écart pour les hommes était encore plus important : inférieur à 60 ans à la naissance, l'espérance de vie allait au-delà de 75 ans pour un homme de 60 ans. En 2012, cet écart n'est plus que de 2,3 ans pour les femmes et de 4,1 ans pour les hommes.

Il est important de garder à l'esprit que l'espérance de vie calculée par les démographes est toujours un relevé de la situation présente et non un pronostic. En ce sens, l'espérance de vie est calculée à partir des conditions socio-économiques dont a bénéficié l'ensemble d'une population mais elle ne présage pas des conditions à venir, en particulier des futurs progrès de la médecine.



Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population.

L'espérance de vie en Ille-et-Vilaine

En Ille-et-Vilaine en 2012, l'espérance de vie à la naissance était sensiblement équivalente à celle observée en France métropolitaine (entre 2 mois et demi et 5 mois de plus en moyenne en Ille-et-Vilaine) et supérieure à la moyenne bretonne (8,4 mois de plus pour les femmes et 19,2 mois de plus pour les hommes).

A 60 ans, les femmes peuvent espérer vivre jusqu'à 87,2 ans et les hommes jusqu'à 82,7 ans.

Espérance de vie à la naissance, à 60 ans et à 65 ans au 1er janvier 2012

En nombre d'années	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France métro.
Espérance de vie la naissance						
Femmes	**85,1**	84,5	83,8	84,5	84,4	84,9
Hommes	**78,9**	76,9	76,3	77,1	77,3	78,5
Espérance de vie à 60 ans						
Femmes	**27,2**	26,9	26,4	26,7	26,8	27,2
Hommes	**22,7**	22,0	21,0	21,8	21,9	22,6
Espérance de vie à 65 ans						
Femmes	**22,7**	22,5	22,1	22,4	22,4	22,8
Hommes	**19,0**	18,2	17,4	18,2	18,2	18,8

Source : Insee, état civil (données domiciliées), estimations de population.

L'espérance de vie sans incapacité

« Les indicateurs d'espérance de santé ont d'abord été développés pour savoir si l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagnait ou non d'une augmentation du temps vécu en bonne santé. Les espérances de santé décomposent l'espérance de vie en durées vécues dans différents états de santé. En cela, elles ajoutent une dimension qualitative à la notion quantitative d'années vécues. Les espérances de santé les plus courantes sont celles basées sur la santé perçue et sur l'auto-déclaration de limitations dans les activités de la vie quotidienne ou de problèmes de santé chronique. »

Source : EHLEIS (European Health & Life Expectancy Information System).

Comment mesure-t-on l'espérance de vie en bonne santé ?

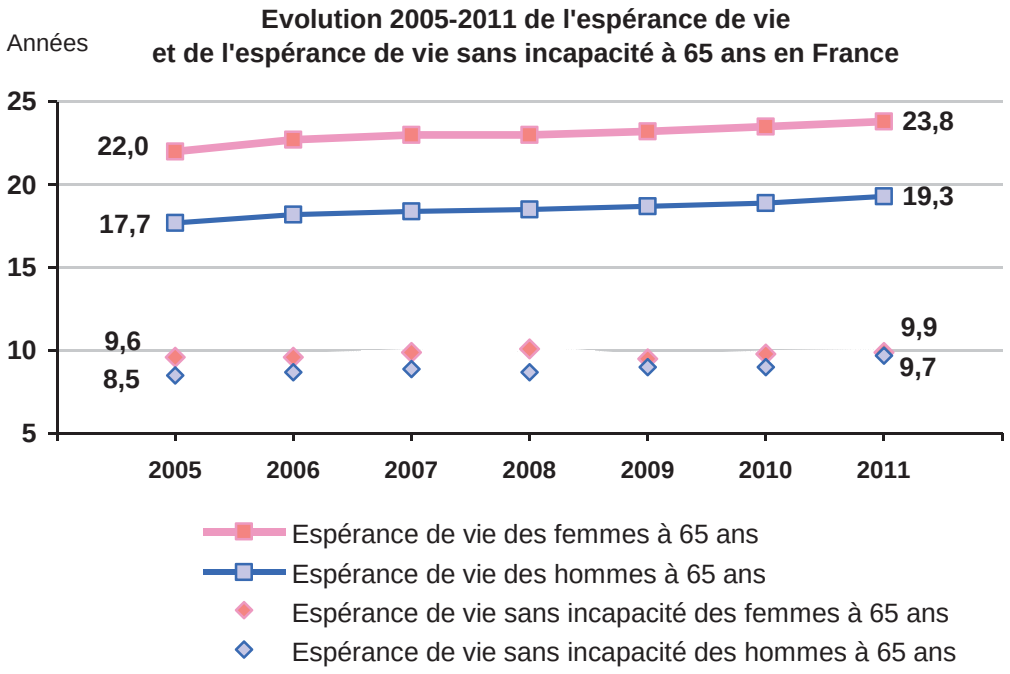
« L'espérance de vie sans incapacité (EVSI), également appelée sans limitation d'activité, en référence au modèle de l'OMS, est devenue en 2004 l'un des indicateurs structurels retenus pour l'évaluation des objectifs stratégiques de l'Union, sous le nom d'*Espérance de vie en bonne santé*. Dans le cadre de la stratégie de Lisbonne, l'Union européenne s'est fixé comme objectif en 2005, d'augmenter le nombre d'années de cet indicateur de 2 ans d'ici 2020.

L'EVSI est obtenue en décomposant l'espérance de vie en deux espérances de santé : avec et sans incapacité, grâce à l'introduction de la prévalence de l'incapacité observée en population générale dans le calcul de l'espérance de vie.

Pour calculer cet indice, l'Union européenne a introduit trois questions permettant de mesurer l'espérance de vie en bonne santé et sans incapacité dans l'enquête SILC (*Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie*), coordonnée par EUROSTAT.

La prévalence de l'incapacité est mesurée au travers des réponses à une question générale sur les limitations d'activité : " êtes-vous limité à cause d'un problème de santé, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité; oui mais pas fortement limité; non, pas limité du tout " ».

Source : INSERM - EHLEIS (European Health & Life Expectancy Information System).

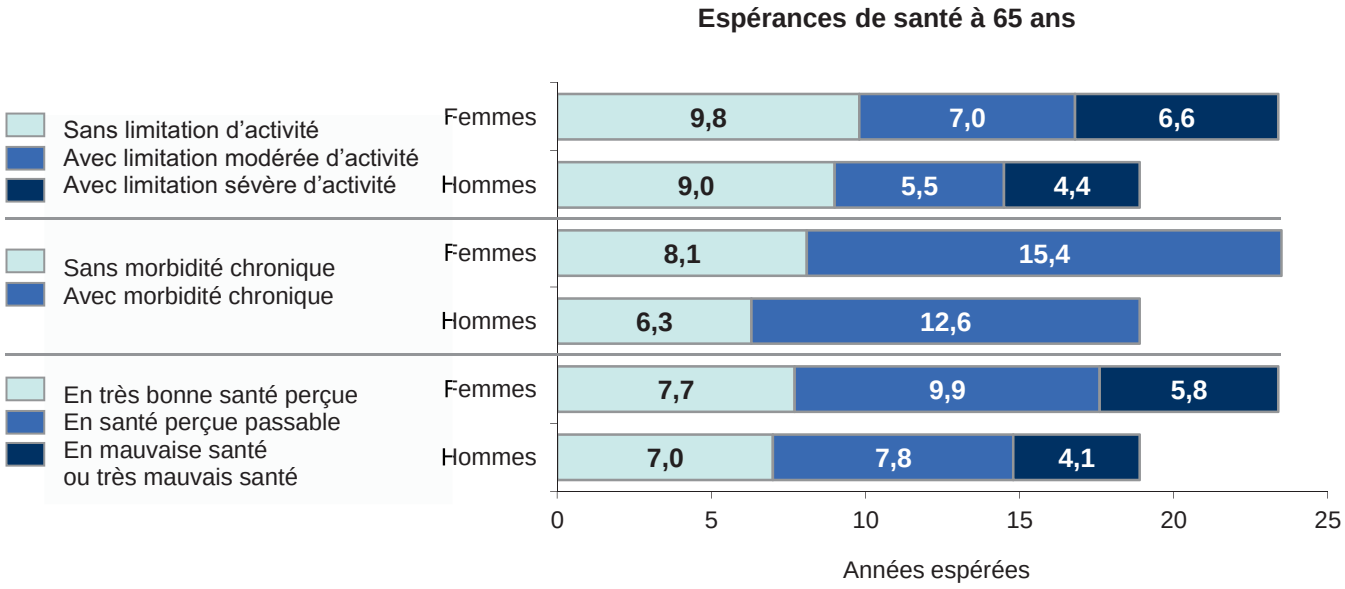


Source : INSERM - EHLEIS (European Health & Life Expectancy Information System.

L'espérance de vie à 65 ans calculée par l'EHLEIS pour la France conclut à une durée de vie moyenne un peu supérieure à celle calculée par l'Insee. Selon cette source, l'espérance de vie à 65 ans en France était de 23,8 ans pour les femmes et de 19,3 ans pour les hommes, soit respectivement 1 an et 6 mois de plus que l'espérance de vie calculée par l'Insee en 2012.

Selon ces données, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 1,8 an pour les femmes et de 1,6 an pour les hommes entre 2005 et 2011. Sur la même période, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté d'à peine 0,3 an pour les femmes atteignant 9,9 années et de 1,2 an pour les hommes atteignant 9,7 ans.

A 65 ans, les femmes et les hommes peuvent espérer passer respectivement 42% et 50% de leur vie sans limitations d'activité. L'espérance de vie demeure plus faible chez les hommes mais en proportion, le nombre d'années vécues sans limitation d'activité est plus important. De plus, cette proportion reste stable chez les hommes depuis 2005 alors qu'elle est en diminution chez les femmes. Cette évolution laisse penser que les années de vies gagnées chez les femmes sont désormais des années de vie en mauvaise santé.



Source : EHLEIS (European Health & Life Expectancy Information System) - Données 2010 France.

Les données recueillies par l'EHLEIS permettent d'évaluer le niveau de limitation d'activité entre modéré et sévère.

Les données de 2010 reproduites ci-dessus indiquent qu'outre le fait que les femmes passent une plus grande part de leur vie en mauvaise santé que les hommes, ces années sont plus souvent vécues avec des problèmes de santé sévères (28% de l'espérance de vie féminine contre 23% de l'espérance de vie masculine).

Les deux autres indicateurs calculés par l'EHEILS révèlent que la maladie chronique et la dégradation de la santé perçue interviennent plus tôt que la limitation d'activité. Selon ces indicateurs, à 65 ans les femmes vont passer les deux tiers de leur vie avec une maladie chronique ou dans un état de santé perçu comme passable à mauvais, voire très mauvais.

1.3 Les données relatives aux personnes âgées

A retenir

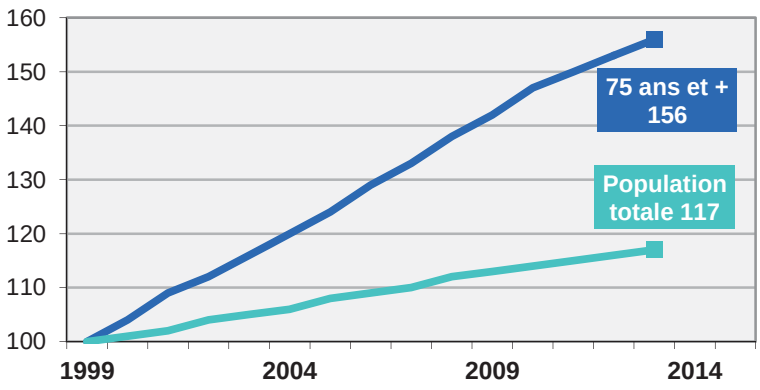
- Le nombre de personnes de 75 ans et plus a augmenté **trois fois plus vite** que la population totale en Ille-et-Vilaine entre 1999 et 2013 (56% de croissance pour les 75 ans et plus contre 17% pour la population totale).
- La **population de 80 à 84 ans a été multipliée par deux** en Ille-et-Vilaine entre 1999 et 2013.
- En 2013, l'Ille-et-Vilaine est **le département breton qui a connu la plus forte augmentation du nombre de personnes de 75 ans** et plus depuis le recensement de 1999 (plus de 30 000 personnes supplémentaires).
- Le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de 8,3% en Ille-et-Vilaine entre 2015 et 2020 soit l'équivalent de **1 700 personnes dépendantes en plus**.

A) Les personnes de 75 ans et plus

La population des 75 ans et plus estimée par l'Insee au 1er janvier 2013, totalise **85 915 personnes en Ille-et-Vilaine,** soit **8,4% de la population totale.**

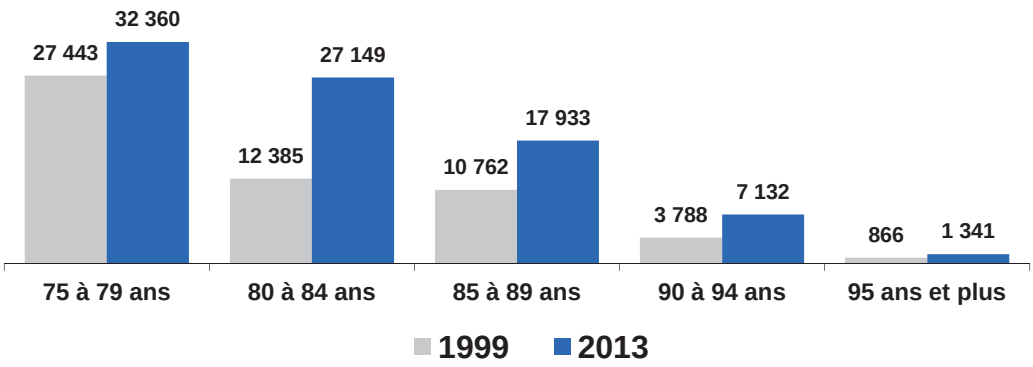
L'effectif de cette classe d'âge a progressé de **3,2% par an** depuis le recensement de la population de 1999, soit un taux de croissance presque trois fois plus élevé que celui de la population totale (1,1% par an). Le nombre de personnes de 75 ans et plus a ainsi augmenté en moyenne de près de 2 200 personnes chaque année.

Evolution de la population d'Ille-et-Vilaine
Indice 100 en 1999



Source : Insee, ELP.

Evolution des 75 ans et plus par classe d'âge quinquennale
en Ille-et-Vilaine 1999-2013



Evolution comparée de la population de 75 ans et plus en France et dans les quatre départements bretons

Population de 75 ans et plus par classe d'âge au 1er janvier 2013

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France
Classes d'âge quinquennales						
75-79 ans	**32 360**	27 269	36 665	30 973	127 267	2 185 930
80-84 ans	**27 149**	22 998	30 690	24 920	105 757	1 837 209
85-89 ans	**17 933**	14 769	19 424	15 377	67 503	1 183 733
90-94 ans	**7 132**	5 963	7 380	6 136	26 611	506 690
95 ans et plus	**1 341**	1 110	1 282	1 372	5 105	113 240
Classes d'âges regroupées						
75 ans et plus	**85 915**	72 109	95 441	78 778	332 243	5 826 802
80 ans et plus	**53 555**	44 840	58 776	47 805	204 976	3 640 872
85 ans et plus	**26 406**	21 842	28 086	22 885	99 219	1 803 663

Source : Insee, ELP 2013.

Evolution des 75 ans et plus entre 1999 et 2013 par classe d'âge quinquennale

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France
Evolution en effectifs						
75-79 ans	**4 917**	2 247	1 875	5 973	15 012	216 192
80-84 ans	**14 764**	11 925	14 582	13 761	55 032	919 926
85-89 ans	**7 171**	5 242	5 856	5 792	24 061	356 464
90-94 ans	**3 344**	2 674	2 827	2 924	11 769	182 529
95 ans et plus	**475**	398	308	672	1 853	30 395
75 ans et plus	**30 671**	22 486	25 448	29 122	107 727	1 705 506
Population totale	**149 316**	59 424	52 891	93 953	355 584	5 162 995
Taux de croissance globale						
75-79 ans	**18%**	9%	5%	24%	13%	11%
80-84 ans	**119%**	108%	91%	123%	108%	100%
85-89 ans	**67%**	55%	43%	60%	55%	43%
90-94 ans	**88%**	81%	62%	91%	79%	56%
95 ans et plus	**55%**	56%	32%	96%	57%	37%
75 ans et plus	**56%**	45%	36%	59%	48%	41%
Population totale	**17%**	11%	6%	15%	12%	9%
Taux de croissance annuelle moyen						
75-79 ans	**1,2%**	0,6%	0,4%	1,5%	0,9%	0,7%
80-84 ans	**5,8%**	5,4%	4,7%	5,9%	5,4%	5,1%
85-89 ans	**3,7%**	3,2%	2,6%	3,4%	3,2%	2,6%
90-94 ans	**4,6%**	4,3%	3,5%	4,7%	4,3%	3,2%
95 ans et plus	**3,2%**	3,2%	2,0%	4,9%	3,3%	2,3%
75 ans et plus	**3,2%**	2,7%	2,2%	3,4%	2,8%	2,5%
Population totale	**1,1%**	0,7%	0,4%	1,0%	0,8%	0,6%

Source : Insee, ELP 2013, RP 2009.

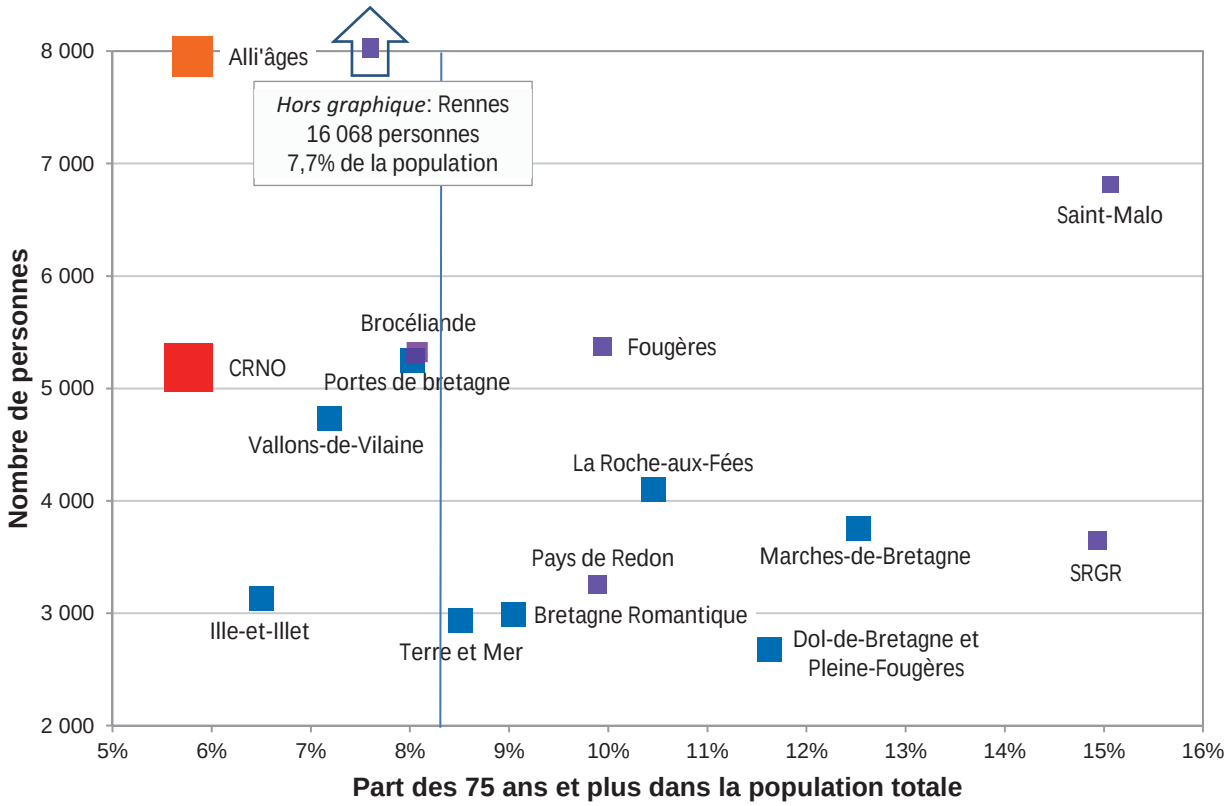
Ci-dessus, les tableaux indiquant l'accroissement du nombre de personnes de 75 ans et plus entre 1999 et 2013 en France et dans les quatre départements bretons, en effectif et en pourcentage. En Bretagne, **l'Ille-et-Vilaine est le département breton qui a connu la plus forte augmentation en valeur absolue du nombre de personnes de 75 ans et plus depuis le recensement de 1999 avec 30 671 personnes supplémentaires**. En valeur relative, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan sont les deux départements qui ont connu les plus fortes progressions. L'évolution dans les Côtes d'Armor et le Finistère demeure importante mais sensiblement équivalente à la moyenne nationale (supérieure à la moyenne dans les Côtes d'Armor et inférieure dans le Finistère).

La population de 75 ans et plus par CODEM

La répartition de la population de 75 ans et plus par CODEM est calculée à partir des chiffres du recensement de la population de 2011.

En 2011, la population de 75 ans et plus en Ille-et-Vilaine présente les caractéristiques suivantes :

Répartition et évolution de la population de 75 ans et plus par CODEM



Légende :

Taux de croissance de la population de 75 ans et plus entre les recensements de 1999 et 2011 :

119% 96% >= 52% (moyenne dpt) et < 59% < 47%

Le graphique ci-dessus illustre la position des 16 CODEM en fonction des trois critères suivants :

- le nombre de personnes de 75 ans et plus *(en ordonnée)*
- le pourcentage des personnes de 75 ans et plus par rapport à la population totale *(en abscisse)*
- le pourcentage d'augmentation de la population de 75 ans et plus entre 1999 et 2011 *(symboles)*

Au regard de ces critères, deux types de CODEM se singularisent :

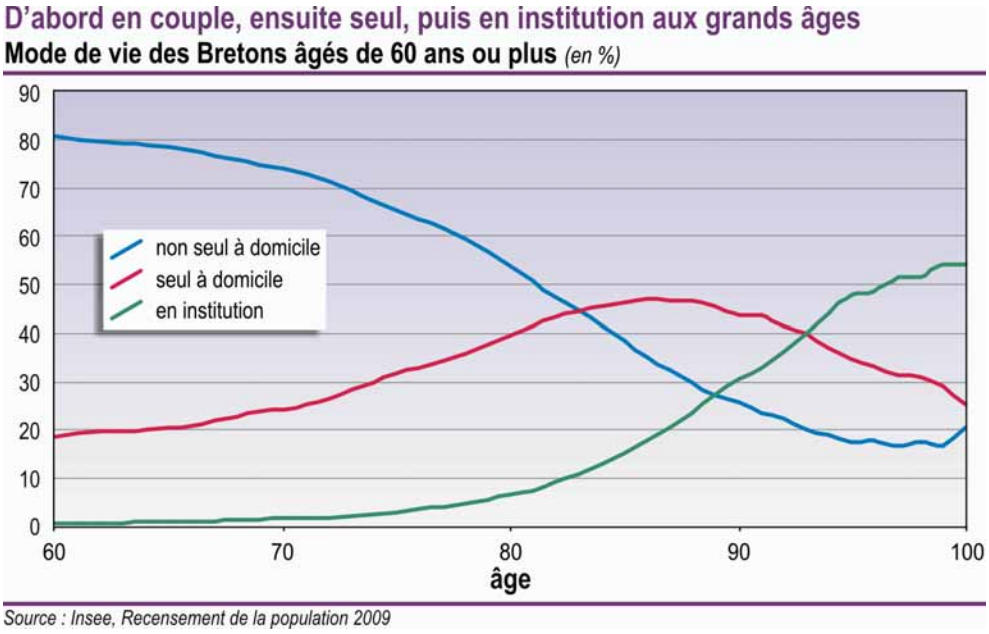
⇨ les CODEM caractérisés par une population âgée déjà importante et qui mécaniquement, ont enregistré une progression plus faible depuis 1999. Parmi les neuf CODEM où la part des 75 ans et plus est supérieure à la moyenne départementale, six se trouvent au nord du département : Secteur Rive Gauche de la Rance (SRGR), Saint-Malo, Marches-de-Bretagne, Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères, Fougères et Bretagne Romantique.

⇨ les CODEM où la population âgée est proportionnellement plus faible comparée à la moyenne départementale mais où cette population a très fortement augmenté. Cette évolution caractérise les CODEM Alli'âges et Couronne rennaise nord-ouest qui ont enregistré respectivement 96% et 119% d'augmentation du nombre de personnes de 75 ans et plus entre 1999 et 2011.

➔ *Page 27, la carte illustre la répartition des personnes de 75 ans et plus par CODEM en 2011, en effectif et en pourcentage de la population totale selon les périmètres des CODEM en vigueur au 1er septembre 2014.*

Le mode de vie des personnes âgées

L'Insee a identifié l'évolution du mode de vie des bretons au-delà de 60 ans, selon que les personnes vivent seules ou non, à domicile ou en institution. Les données permettent d'identifier les âges où les situations deviennent majoritaires. Ainsi, à partir de 83 ans, on compte davantage de personnes seules à domicile que de personnes non seules. A partir de 86 ans, le nombre de personnes seules à domicile restent majoritaires mais leur nombre diminue au profit des personnes en établissements. A partir de 93 ans, on compte davantage de personnes âgées en établissement qu'à domicile.



Personnes de 75 ans et plus selon le mode de cohabitation en 2011

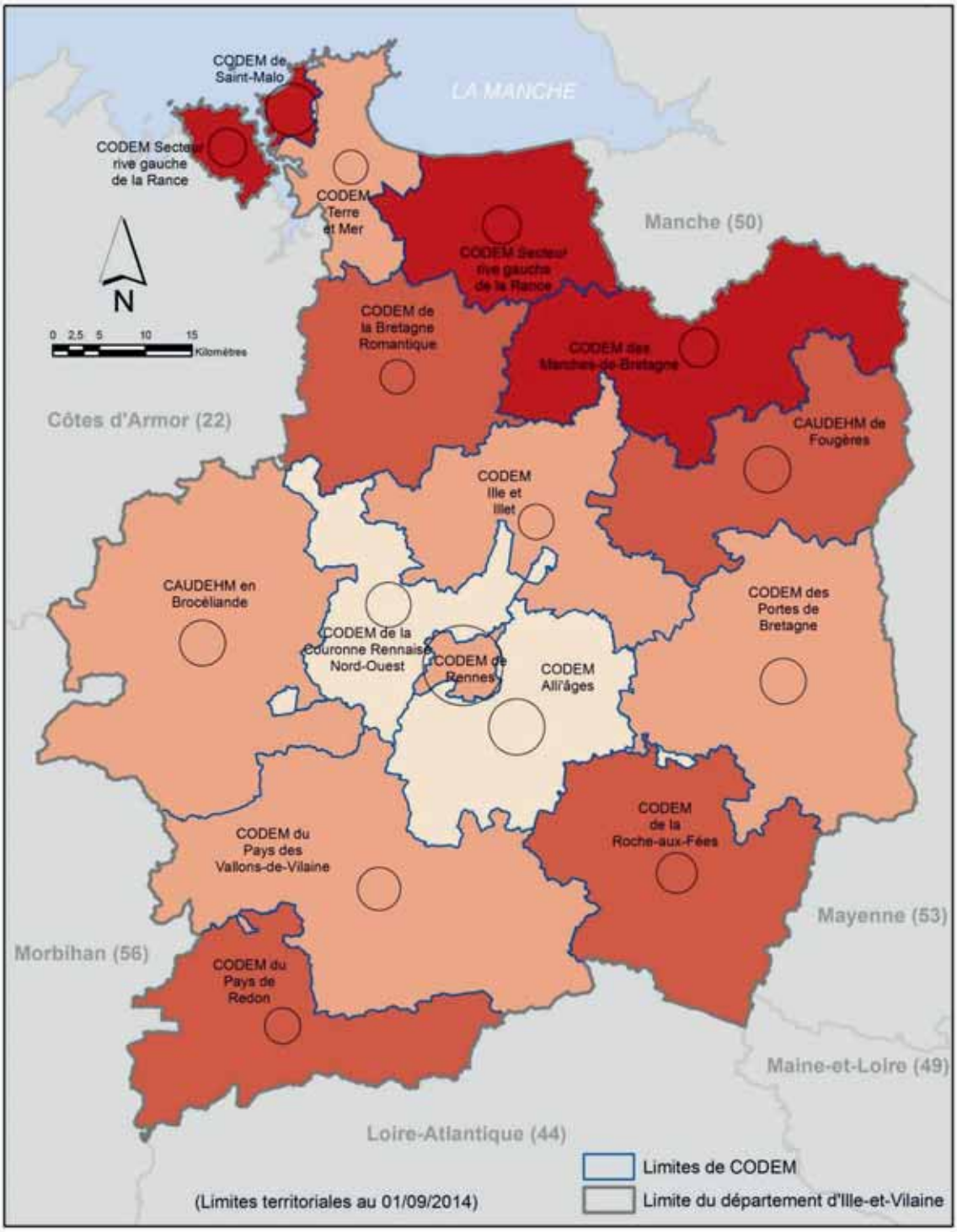
	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	France métro.
En couples ou seules avec leur(s) enfant(s)	**46,8%**	45,6%	44,0%	45,6%	46,8%
Vivant seules	**37,8%**	38,8%	40,4%	37,8%	38,7%
En institution	**12,4%**	11,8%	11,5%	11,5%	9,6%
Autre cas	**2,9%**	3,9%	4,0%	4,0%	4,9%
Total	**100,0%**	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Insee, population au lieu de résidence de plus de 75 ans, mise à jour 28/07/2014

Selon les données de l'Insee 2011, la proportion de personnes de 75 ans et plus vivant en couple ou avec leurs enfants en Ille-et-Vilaine était équivalente à celle observée en France métropolitaine, soit 46,8%. La proportion la plus forte est enregistrée en Charente-Maritime avec 50,5% des personnes vivant en couple tandis que c'est à Paris qu'on compte le plus grand nombre de personnes seules de 75 ans et plus (une personne sur deux).

La proportion de personnes de 75 ans et plus en institution est plus élevée dans notre département : 12,4% contre 9,6% en France métropolitaine. En 2011, l'Ille-et-Vilaine est le 13e département présentant la part de personnes de 75 ans et plus en institution la plus élevée. Le pourcentage le plus élevé est de 16,5% en Lozère et la proportion la plus faible se trouve à Paris et en Haute Corse avec seulement 4,8%. Rapporté à la population de 2011 (82 711 personnes de 75 ans et plus), l'écart à la moyenne nationale de 2,8 points représente 2 316 personnes de plus qui sont hébergées en établissement dans notre département.

Population des 75 ans et plus en 2011



En % de la population totale

- Moins de 6 %
- De 6 % à 9 %
- De 9 % à 12 %
- De 12 % à 16 %

En nombre d'habitants

- 10 000
- 5 000
- 1 000

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

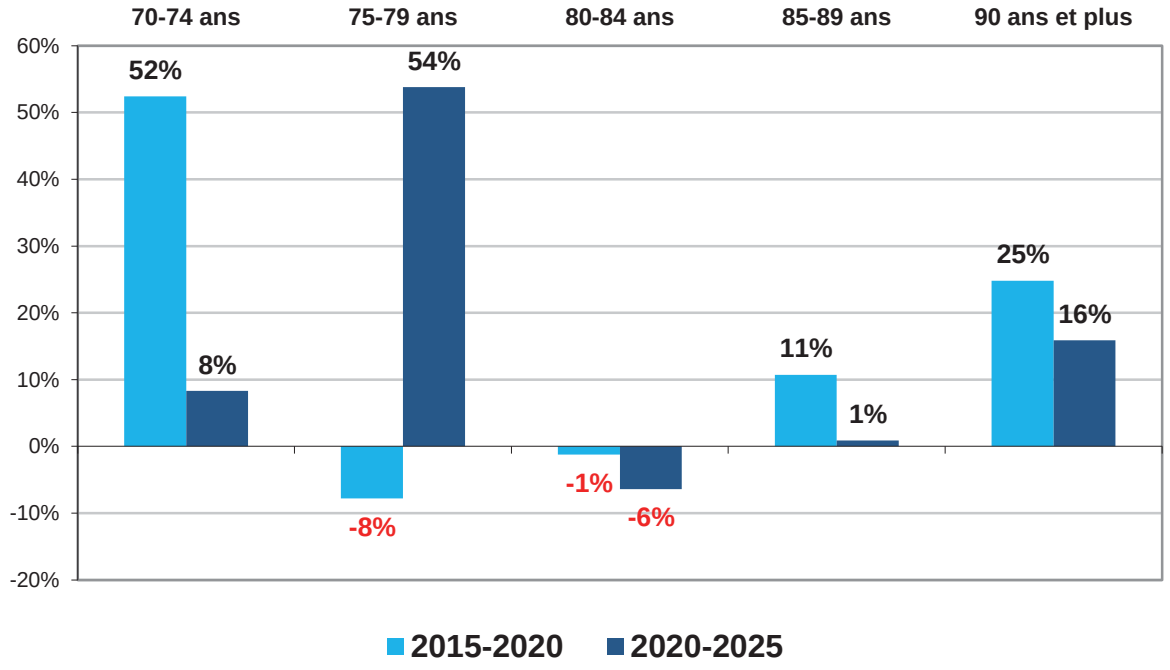
Projection de population par CODEM à l'horizon 2020 et 2025

Dans le cadre de l'étude sur l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes en Bretagne[6], la Direction régionale de Bretagne de l'Insee a réalisé des projections du nombre de personnes de 60 ans et plus au niveau des territoires infra-départementaux retenus par les Conseils généraux. En Ille-et-Vilaine, cette projection a été réalisée au niveau des CODEM[7].

Par rapport au modèle Omphale (cf. chapitre 1.2), la projection locale en 2020 conclut à une augmentation inférieure du nombre de personnes de 60-79 ans mais supérieure pour les 80 ans et plus.

Au niveau départemental, l'Insee anticipe une évolution nettement différenciée selon les classes d'âges. **La période couverte par le schéma 2015-2020 sera marquée par une augmentation importante des personnes de 85 ans et plus tandis que les 75-84 ans devraient diminuer**. La période suivante, 2020-2025, sera marquée par une forte augmentation des 75-79 ans et une diminution des 80-84 ans.

Projection du taux d'évolution des 70 ans et plus par classe d'âge quinquennale en Ille-et-Vilaine 2015-2020-2025



Projection de la population de 70 ans et plus en Ille-et-Vilaine en 2020 et 2025

	Nombre de personnes			Evolution 2015-2020		Evolution 2020-2025	
	2015	2020	2025	Effectif	%	Effectif	%
70-74 ans	32 209	49 084	53 144	16 875	52%	4 060	8%
75-79 ans	31 766	29 277	45 019	- 2 489	-8%	15 742	54%
80-84 ans	27 259	26 935	25 205	- 324	-1%	- 1730	-6%
85-89 ans	17 989	19 905	20 081	1 916	11%	176	1%
90 ans et plus	10 008	12 488	14 479	2 480	25%	1 991	16%
Total	**119 231**	**137 689**	**157928**	**18 458**	**15%**	**20 239**	**15%**

En rouge : évolution négative

Source : Insee Bretagne

[6] Insee Bretagne, Octant Analyse n°36 - *Personnes âgées dépendantes en Bretagne à l'horizon 2020*, Novembre 2012.

[7] L'analyse a été réalisée avant les changements de périmètres de CODEM intervenus en 2014, consécutifs aux changements d'EPCI.

Les tableaux suivants présentent les résultats de la projection démographique par CODEM des **75-84 ans** et des **85 ans et plus** à échéance 2020 et 2025. Les CODEM sont classés dans l'ordre décroissant des taux de croissance attendus sur chaque période. L'analyse a été réalisée avant les changements de périmètres de CODEM intervenus en 2014.

La population de 75 ans et plus à l'horizon 2020

Pour certains territoires, l'INSEE a procédé à des regroupements de CODEM pour atteindre les niveaux de population requis pour la projection démographique. Ces regroupements sont les suivants :

- CODEM Secteur Rive Gauche de la Rance et CODEM Terre et Mer ;
- CODEM de Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères et CODEM de la Bretagne Romantique ;
- CAUDEHM de Fougères et CODEM des Marches de Bretagne.

Evolution de la population de 75-84 ans par CODEM 2015-2020

Population de 75-84 ans	Nombre de personnes en 2020	Evolution 2015-2020	
		%	Effectifs
Couronne Rennaise Nord-Ouest	4 534	9,7%	401
Alli'âges	6 748	7,5%	470
Secteur Rive Gauche de la Rance + Terre-et-Mer	4 722	1,2%	56
Saint-Malo	4 146	-3,0%	- 128
Ille et Illet	2 080	-4,8%	- 104
Brocéliande	3 904	-7,5%	- 317
Pays des Vallons-de-Vilaine	2 963	-7,6%	- 242
Pays de Redon	2 370	-8,4%	- 218
Rennes	9 959	-8,5%	- 929
Portes de Bretagne	3 397	-10,3%	- 390
Dol-de-B^{gne} et P. Fougères + B^{gne} Romantique	3 491	-10,6%	- 414
La Roche-aux-Fées	2 455	-10,7%	- 293
Fougères + Marches-de-Bretagne	5 443	-11,5%	- 705
Ille-et-Vilaine	**56 212**	**-4,8%**	**- 2 813**

En rouge : évolution négative

Source : Insee Bretagne.

Evolution de la population de 85 ans et plus par CODEM 2015-2020

Population de 85 ans et plus	Nombre de personnes en 2020	Evolution 2015-2020	
		%	Effectifs
Couronne Rennaise Nord-Ouest	1 981	34,3%	506
Alli'âges	3 171	27,9%	691
Portes de Bretagne	2 218	21,0%	385
Pays des Vallons-de-Vilaine	1 542	17,6%	231
Brocéliande	2 444	16,8%	351
Secteur Rive Gauche de la Rance + Terre-et-Mer	2 734	16,1%	379
Dol-de-B^{gne} et P. Fougères + B^{gne} Romantique	2 122	14,1%	262
La Roche-aux-Fées	1 616	14,0%	198
Ille et Illet	1 066	13,4%	126
Pays de Redon	1 307	12,5%	145
Rennes	6 218	11,1%	621
Fougères + Marches-de-Bretagne	3 186	9,4%	273
Saint-Malo	2 788	8,9%	228
Ille-et-Vilaine	**32 393**	**15,7%**	**4 396**

Source : Insee Bretagne.

La population de 75 ans et plus à l'horizon 2025

Evolution de la population de 75-84 ans par CODEM 2020-2025

Population de 75-84 ans	Nombre de personnes en 2025	Evolution 2020-2025	
		%	Effectifs
Couronne Rennaise Nord-Ouest	6 121	25,9%	1 587
Alli'âges	9 015	25,1%	2 267
Secteur Rive Gauche de la Rance + Terre-et-Mer	6 303	25,1%	1 581
Pays de Redon	3 037	22,0%	667
Ille et Illet	2 663	21,9%	583
Brocéliande	4 959	21,3%	1 055
Dol-de-B^{gne} et P. Fougères + B^{gne} Romantique	4 326	19,3%	835
Saint-Malo	5 091	18,6%	945
Pays des Vallons-de-Vilaine	3 610	17,9%	647
Rennes	11 834	15,8%	1 875
Portes de Bretagne	4 017	15,4%	620
Fougères + Marches-de-Bretagne	6 415	15,2%	972
La Roche-aux-Fées	2 833	13,3%	378
Ille-et-Vilaine	**70 224**	**20,0%**	**14 012**

Source : Insee Bretagne.

Evolution de la population de 85 ans et plus par CODEM 2020-2025

Population de 85 ans et plus	Nombre de personnes en 2025	Evolution 2015-2020	
		%	Effectifs
Couronne Rennaise Nord-Ouest	2 478	25,1%	497
Alli'âges	3 679	16,0%	508
Ille et Illet	1 162	9,0%	96
Brocéliande	2 653	8,6%	209
Pays des Vallons-de-Vilaine	1 639	6,3%	97
Secteur Rive Gauche de la Rance + Terre-et-Mer	2 880	5,3%	146
Portes de Bretagne	2 335	5,3%	117
Saint-Malo	2 927	5,0%	139
Rennes	6 445	3,7%	227
La Roche-aux-Fées	1 662	2,8%	46
Dol-de-B^{gne} et P. Fougères + B^{gne} Romantique	2 166	2,1%	44
Fougères + Marches-de-Bretagne	3 242	1,8%	56
Pays de Redon	1 292	-1,1%	-15
Ille-et-Vilaine	**34 560**	**6,7%**	**2 167**

En rouge : évolution négative

Source : Insee Bretagne.

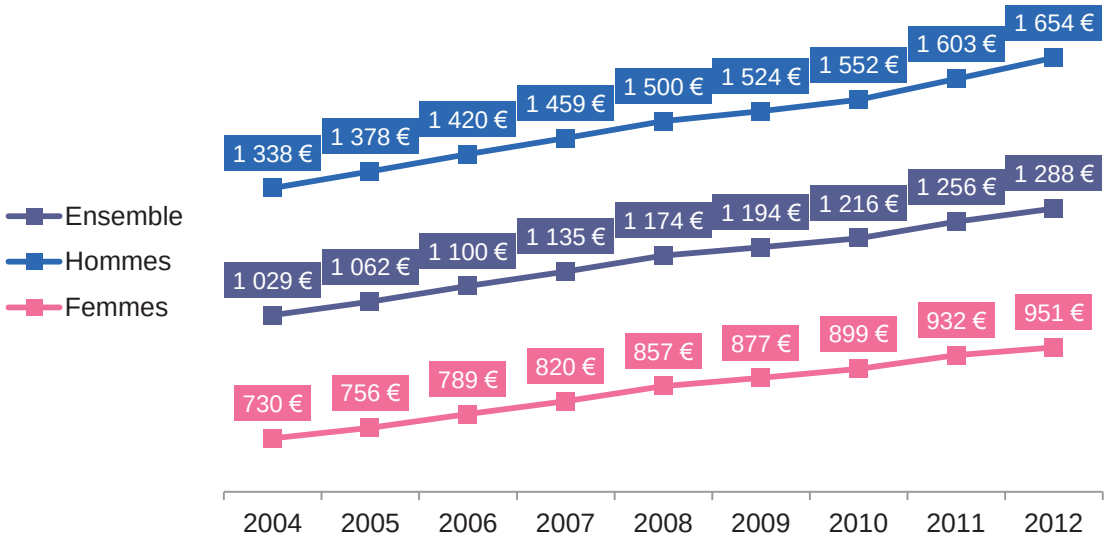
B) Les ressources des personnes âgées

Le montant moyen des retraites

Selon l'étude annuelle conduite par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la pension moyenne des retraités fin 2012 en France, s'établissait à **1 288 euros par mois**. Depuis 2007, le montant moyen a progressé de 5,8% en euros constants, une hausse qui s'explique principalement par un effet de noria. La pension des nouveaux retraités, avec des carrières en général plus favorables, est plus élevée que celle des retraités qui décèdent, ce qui rehausse mécaniquement la moyenne.

L'effet est particulièrement marqué chez les femmes en raison de la progression constante de leur taux d'activité et de leur rémunération depuis cinquante ans. Il a permis de diminuer l'écart des pensions entre les hommes et les femmes au cours des dernières années. En 2012, l'écart se creuse légèrement avec une retraite de 1 654 euros pour les hommes contre 951 euros pour les femmes.

Montant mensuel moyen par retraité, tous régimes
(en euros constants)



Source : DREES, Les retraités et les retraites, édition 2014.

Le revenu fiscal

Le revenu fiscal correspond à la somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration des revenus avant tout abattement. Il comprend ainsi les revenus d'activité salariée et indépendante, les pensions d'invalidité et les retraites (hors minimum vieillesse), les pensions alimentaires reçues (déduction faite des pensions versées), certains revenus du patrimoine ainsi que les revenus sociaux imposables : indemnités de maladie et de chômage (hors RSA).

Le revenu fiscal est un revenu avant redistribution. Il est différent du revenu disponible. Il faudrait pour cela, ajouter les revenus sociaux non déclarés (RSA, ASPA, prestations familiales et aides au logement notamment) et soustraire les impôts directs (impôt sur le revenu et taxe d'habitation). Le revenu fiscal ne permet donc pas de parler en termes de niveau de vie mais il permet néanmoins d'évaluer les différences de ressources par classe d'âge et par territoire infra-départemental.

Les revenus fiscaux localisés des ménages sont établis à partir des déclarations de revenus, de la taxe d'habitation et du fichier d'imposition des personnes physiques fournis à l'Insee par la Direction générale des finances publiques.

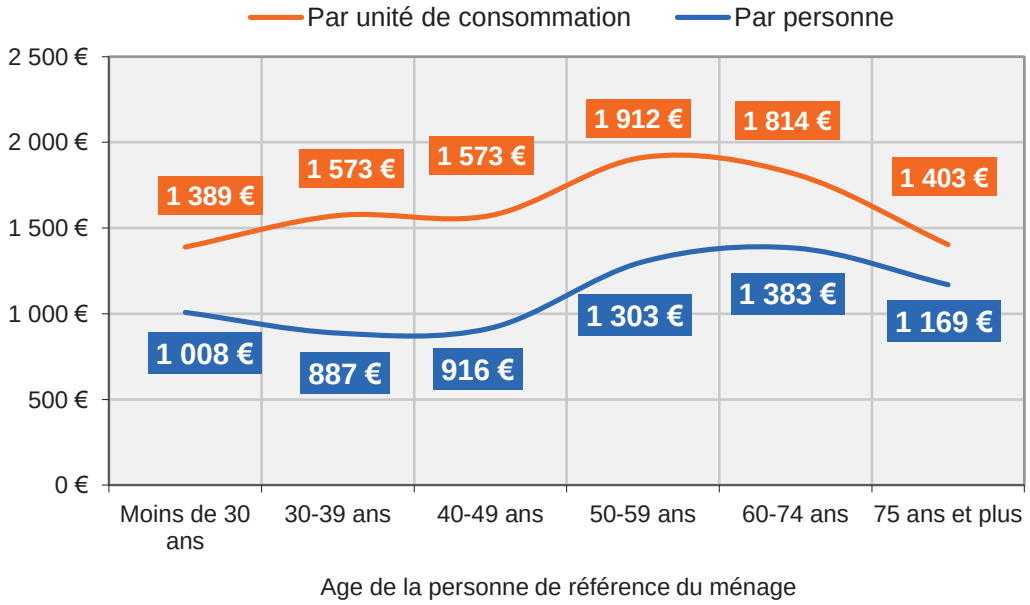
En 2011, le revenu fiscal médian des ménages en Ille-et-Vilaine était de 29 305 €, soit 2 442 € par mois. Ramené au nombre de personnes par ménage, ce revenu était de 1071 € par mois. Toutefois, ainsi que le recommande l'Insee, il est préférable d'évaluer le niveau de revenus en pondérant les valeurs par le nombre d'unité de consommation par ménage. Cette unité de mesure permet de relativiser le revenu du ménage suivant sa taille et sa structure par âge. Elle est préconisée pour comparer les niveaux de revenus entre zones et pour analyser les inégalités de revenu à l'intérieur d'une zone. Cette échelle d'équivalence est utilisée couramment par l'Insee et Eurostat.

Calcul des unités de consommation (UC) :

Dans chaque ménage fiscal, on compte le nombre d'équivalents adultes qui le composent :

- le premier adulte compte pour 1 unité ;
- les autres personnes de 14 ans et plus pour 0,5 unité ;
- les enfants de moins de 14 ans pour 0,3 unité.

Revenu fiscal mensuel médian 2011 des ménages par âge de la personne référente en Ille-et-Vilaine



Source : Insee-DGFiP, Revenus fiscaux localisés des ménages 2011.

Par unité de consommation, **le revenu mensuel médian en Ille-et-Vilaine était de 1 630 € en 2011**. **Dans les ménages dont le référent est âgé de 75 ans et plus, ce revenu était de 1 403 €**, soit 14% de moins que le revenu moyen. Dans les ménages dont le référent est âgé de 60 à 74 ans, le revenu médian était supérieur de 11% au revenu moyen à 1 814 €. La différence de revenus entre générations s'explique par le fait que de nombreux ménages sont encore en activité au-delà de 60 ans mais aussi par le fait que les conditions de vie, et donc de ressources, ont évolué favorablement d'une génération à l'autre.

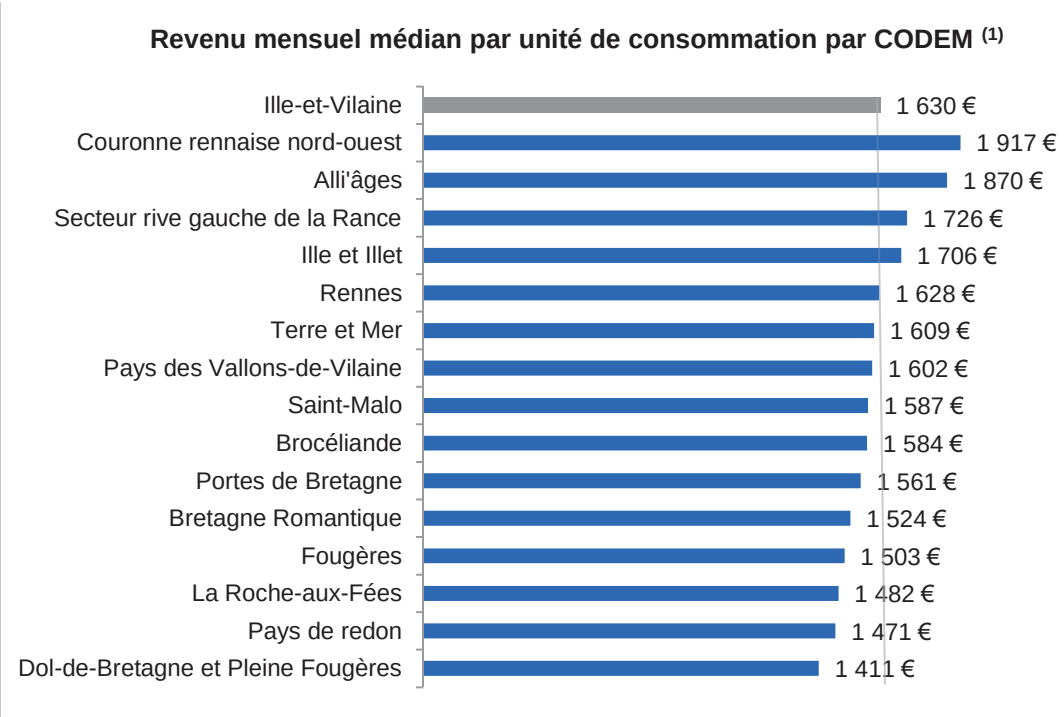
Revenu fiscal mensuel 2011 par unité de consommation en Ille-et-Vilaine

Age de la personne de référence	Nombre de ménages fiscaux	Nombre d'UC	Médiane
Moins de 30 ans	46 445	61 098	1 389 €
30-39 ans	74 684	127 558	1 573 €
40-49 ans	81 144	157 317	1 573 €
50-59 ans	73 086	125 089	1 912 €
60-74 ans	80 328	113 345	1 814 €
75 ans et plus	**57 765**	**71 835**	**1 403 €**
Ensemble	413 452	656 242	1 630 €

Source : Insee-DGFiP - Revenus fiscaux localisés des ménages 2011.

De manière générale, les disparités de revenus diminuent avec l'âge. A 75 ans, les 10% des ménages les plus aisés ont un revenu par unité de consommation trois fois supérieur au 10% de ménages les plus modestes. Avant trente ans, ce rapport est de 5,6, puis environ 4,2 jusqu'à 59 ans pour atteindre 3,5 pour les 60-74 ans.

Les disparités de revenus territoriales



(1) Le graphique illustre la moyenne des revenus médians pondérée par le nombre total d'unités de consommation comptabilisées dans les communes constitutives des CODEM.

Source : Insee-DGFiP - Revenus fiscaux localisés des ménages 2011.

Le revenu médian par CODEM a été calculé à partir des données agrégées communiquées par la Direction générale des Finances Publiques. Le graphique illustre ainsi la moyenne des revenus médians et non le revenu médian réel. Ce revenu moyen est pondéré par le nombre total d'unités de consommation par CODEM. Il permet de mettre en évidence les disparités de ressources des ménages selon les territoires. On observe ainsi **37% d'écart entre le revenu médian le plus faible** (Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères) **et le plus élevé** (Couronne rennaise nord-ouest).

De manière générale, les disparités de revenus territoriales observées au niveau de l'ensemble des ménages se retrouvent au sein des ménages plus âgés. Pour des raisons de confidentialité, la diffusion des revenus des ménages selon l'âge du référent est limitée par la Direction Générale des Finances Publiques aux communes totalisant au moins 10 000 personnes (au sens du ménage fiscal). En Ille-et-Vilaine, 11 communes dépassent ce seuil de diffusion. Pour ces communes, il est donc possible de connaitre le revenu médian et par décile des ménages dont le référent est âgé de 75 et plus.

Cesson-Sévigné est la commune présentant le revenu médian le plus élevé avec 1 991 € par mois, soit près d'une fois et demie le revenu médian mesuré à Fougères qui enregistre le revenu médian le plus faible des onze communes.

Revenu fiscal mensuel médian des ménages par UC 2011 dont le référent est âgé de 75 ans ou plus pour les communes atteignant le seuil de diffusion (10 000 personnes)

Communes dont la population autorise le seuil de diffusion (> 10 000 pers.)	Nombre de ménages fiscaux	Nombre d'UC	Médiane
Cesson-Sévigné	926	1 204	1 991 €
Dinard	1468	1 782	1 768 €
Rennes	11217	13 717	1 766 €
Chantepie	383	490	1 751 €
Pacé	378	501	1 702 €
Betton	395	509	1 631 €
Saint-Malo	4751	5 705	1 615 €
Bruz	692	882	1 608 €
Saint-Jacques-de-la-Lande	519	641	1 561 €
Vitré	1166	1 465	1 367 €
Fougères	1895	2 274	1 358 €

Source : Insee-DGFiP - Revenus fiscaux localisés des ménages par unité de consommation 2011.

Les ressources des personnes dépendantes de demain : des perspectives différentes d'un territoire à l'autre et d'une génération à l'autre

Dans le cadre de l'étude réalisée par l'Insee Bretagne sur l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes[8], l'institut a mis en évidence les disparités générationnelles et territoriales des ressources des ménages âgés. Cette analyse augure d'une population âgée dépendante aux niveaux de ressources différents de ceux des allocataires actuels.

Les écarts de revenus « traduisent l'arrivée future aux âges de forte dépendance, de populations aux conditions de vie passées pouvant être très différentes de celles de leurs aînés, le jeu des migrations sur les zones littorales amplifiant parfois ce phénomène. L'analyse comparée des ressources des ménages actuellement âgés de 70 à 79 ans et de celles des ménages allocataires de l'APA de 80 ans ou plus, fournit ainsi un indicateur avancé, à l'horizon 2020, des disparités potentielles de revenus entre les dépendants actuels et ceux de demain. »

« Quatre ensembles de territoires peuvent être distingués. En premier lieu, certaines zones où les ressources actuelles des ménages d'allocataires de l'APA sont faibles, présentant des disparités fortes entre générations. Dans ces territoires figurent les CODEM de Redon et de l'Ille et Illet, la structure des ressources des personnes dépendantes pourrait évoluer favorablement à l'horizon 2020.

En second lieu, d'autres zones partagent ces perspectives mais avec des ressources actuelles déjà élevées pour les ménages allocataires de l'APA : cette situation concerne les CODEM périphériques de Rennes. Attractifs, ces territoires voient arriver des populations plutôt aisées qui entretiennent la progression des revenus d'une génération à l'autre.

D'autres territoires avec un niveau de revenus relativement élevé pour les ménages d'allocataires de l'APA, présentent quant à eux, des disparités intergénérationnelles assez faibles, c'est le cas du CODEM de Rennes. Enfin, ce constat s'applique également dans des territoires moins urbanisés et moins attractifs, où

8 *Source : Insee Bretagne, Octant Analyse n°36, Novembre 2012 - Personnes âgées dépendantes en Bretagne à l'horizon 2020 : des incidences potentielles sur les emplois et les besoins de prise en charge financière.*

les ménages d'allocataires de l'APA de 80 ans ou plus sont relativement faibles, tel est le cas des CODEM de Fougères et de La Roche aux Fées. »

Niveau de ressources et dépendance : l'analyse de l'Insee

Dans l'étude sur les personnes âgées dépendantes en Bretagne (cf. note précédente), l'Insee a mis en évidence la surexposition des personnes aux revenus modestes à la dépendance. L'étude montre que les revenus des ménages allocataires de l'APA sont inférieurs à ceux de l'ensemble des ménages de 60 ans et plus.

Le revenu de l'ensemble des 60-69 ans est une fois et demie supérieur à celui des ménages allocataires de l'APA de 60-69 ans. Pour cette génération, les situations de dépendance, peu fréquentes à ces âges, témoignent d'une fragilité de l'état de santé ayant pesé sur les parcours professionnels passés et donc sur le niveau de ressources actuel. Pour les 70-79 ans, l'écart entre l'ensemble des ménages et les ménages d'allocataires est de 26,5% et chez les personnes de 80 ans et plus, l'écart est de 20,2%.

On peut penser cependant, que le renoncement à l'APA de certaines personnes aux revenus élevés explique en partie l'écart de ressources entre les ménages allocataires et non allocataires. La capacité des ménages aisés à mobiliser des moyens financiers sans le soutien de l'APA et la perspective d'un reste à charge important dans le financement des plans d'aide, dissuadent probablement certains bénéficiaires potentiels d'engager les démarches.

Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une allocation destinée aux personnes âgées disposant de faibles revenus en vue de leur assurer un niveau minimum de ressources. Elle remplace le minimum vieillesse depuis le 1er janvier 2006.

Face au risque de dépendance, les bénéficiaires de l'ASPA constituent des personnes fragiles à double titre, d'une part, parce que leur faible niveau de ressources peut être le corollaire d'un état de santé fragile qui augure d'un risque accru de perte d'autonomie, d'autre part, parce ce qu'en étant majoritairement un public de personnes isolées, ces personnes bénéficient moins de la présence d'aidants familiaux.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation spéciale vieillesse (ASV) : bénéficiaires et montants

L'ASPA

Le bénéfice de l'ASPA est ouvert aux personnes âgées d'au moins 65 ans. Cette condition d'âge peut être abaissée à l'âge minimum légal de départ à la retraite pour certaines catégories de personnes. Les personnes qui bénéficiaient des allocations du minimum vieillesse avant 2006 peuvent continuer à les percevoir si elles n'ont pas demandé à bénéficier de l'ASPA.

Le montant de l'ASPA dépend des ressources et de la situation familiale. Les ressources prises en compte sont les ressources du demandeur et de son conjoint si la personne vit en couple.

Selon les ressources du bénéficiaires, le montant mensuel de l'ASPA peut aller jusqu'à 791,99 € pour une personne seule ou en couple et jusqu'à 1 229,61 € pour un couple dont les deux membres sont bénéficiaires de l'ASPA.

L'ASV

L'allocation spéciale de vieillesse était un élément du minimum vieillesse. Elle était accordée jusqu'en 2006 aux personnes âgées de 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail) qui ne bénéficiaient d'aucune pension, rente, retraite ou allocation et dont les ressources annuelles étaient inférieures à 8 907,34 € pour une personne seule, et à 14 181,30 € pour un ménage au 1er avril 2011.

L'ASV continue d'être versée aux bénéficiaires qui ont fait le choix de conserver cette allocation. Le montant de l'allocation spéciale de vieillesse (ASV) est de à 3 248,48 € par an (soit 270,70 € par mois) au 1er avril 2011.

Allocataires de l'ASV ou de l'ASPA au 31 décembre 2011

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France
Nombre d'allocataires	**5 847**	4 882	5 726	5 420	21 875	508 617
Nombre d'allocataires rapporté à la population de 60 ans et plus						
Femmes	**3,1%**	3,2%	2,6%	3,1%	3,0%	3,3%
Hommes	**2,3%**	2,2%	2,1%	2,1%	2,2%	3,4%
Ensemble	**2,7%**	2,8%	2,4%	2,7%	2,6%	3,4%
Caractéristiques de la population allocataire						
Femmes	**64,5%**	66,6%	63,2%	65,9%	65,0%	56,0%
Personnes isolées	**84,7%**	83,3%	87,5%	88,2%	87,1%	71,0%

Source : enquête Drees sur les allocations du minimum vieillesse.

Selon l'enquête de la Drees sur les allocations minimum vieillesse, **5 487 personnes étaient bénéficiaires de l'ASV ou de l'ASAP dans le département au 31 décembre 2011**, soit **2,7% de la population de 60 ans et plus**. Cette proportion place le département légèrement au-dessus de la moyenne bretonne et au-dessous de la moyenne nationale de 3,4% de la population de 60 ans et plus. L'Ille-et-Vilaine se classe au 50e rang dans le classement des départements sur la proportion de bénéficiaires parmi les 60 ans et plus. La proportion la plus faible est enregistrée par les Yvelines avec 1,7% de bénéficiaires et la plus élevée en Corse avec 11%.

En Ille-et-Vilaine comme ailleurs, les bénéficiaires de l'ASV et de l'ASPA sont majoritairement des femmes et des personnes seules mais cette surreprésentation est plus importante en Bretagne. Dans le département, trois bénéficiaires sur cinq sont des femmes vivant seules.

Répartition des allocataires de l'ASV ou de l'ASPA par régime au 31 décembre 2011

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France
CNAVTS	**57,8%**	53,5%	62,1%	58,4%	58,1%	72,0%
MSA-Salariés	**4,1%**	4,2%	1,9%	3,6%	3,4%	3,7%
MSA-Exploitants	**12,8%**	22,6%	18,5%	18,0%	17,8%	6,3%
SASPA	**14,0%**	12,2%	11,4%	10,1%	12,0%	13,8%
RSI-Commerçants	**1,4%**	1,7%	1,8%	2,0%	1,7%	1,5%
RSI-Artisans	**2,2%**	3,1%	2,5%	2,1%	2,4%	0,9%
CAVIMAC	**7,6%**	1,7%	1,0%	5,4%	4,0%	1,4%
Autres caisses	**0,2%**	1,0%	0,8%	0,4%	0,6%	0,4%
Total	**100,0%**	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Les différents régimes :

CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés.
MSA : Mutualité Sociale Agricole.
SASPA : Service de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées. Le SASPA verse l'ASV et l'ASPA aux personnes exclues du système de retraite français. Il est géré par la Caisse des Dépôts.
RSI : Régime Social des Indépendants.
CAVIMAC : Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes .
Autres caisses : CNRACL, FSPOEIE, SNCF, ENIM, Régime minier.

Source : enquête Drees sur les allocations du minimum vieillesse.

Même si le régime général reste majoritaire (57,8%), la proportion d'allocataires de l'ASPA/ASV rattachés à la CNAVTS est moins importante en Ille-et-Vilaine par rapport à la moyenne nationale. Cette sous-représentation est au profit des allocataires de la MSA (987 bénéficiaires) et de la CAVIMAC (443 bénéficiaires) notamment.

C) Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes en 2020 et 2030

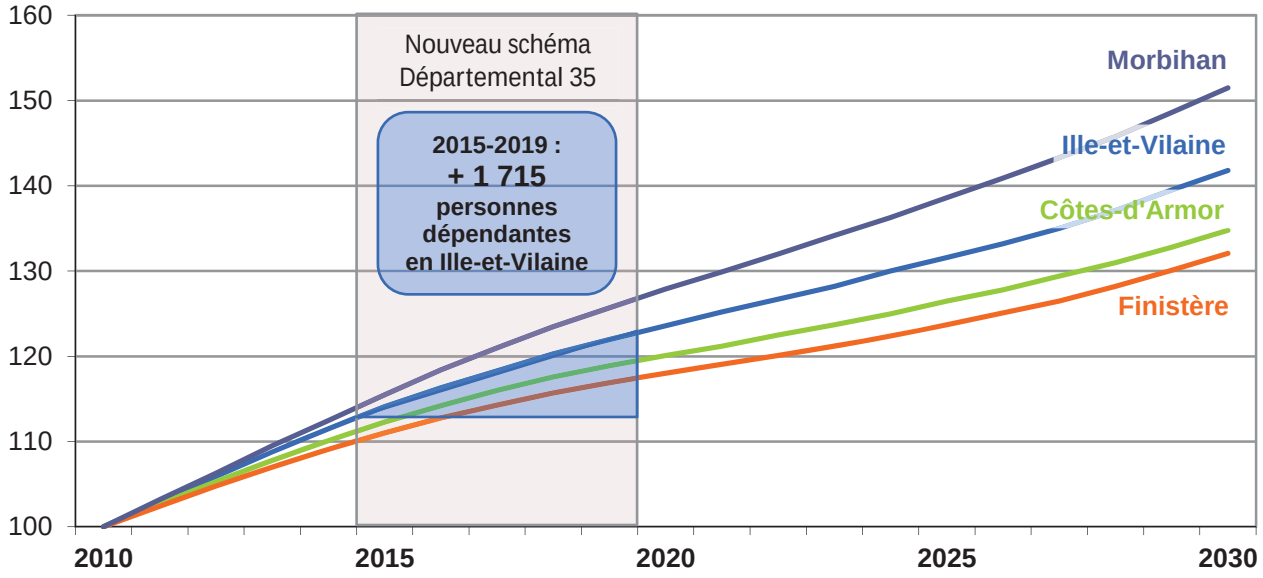
Des personnes dépendantes plus nombreuses

L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes au cours des années à venir est un phénomène attendu qui résulte de l'effet conjugué de l'allongement de l'espérance de vie et de générations plus nombreuses arrivant aux grands âges.

L'Insee Bretagne a réalisé en 2012 une étude sur les personnes âgées dépendantes en Bretagne à l'horizon 2020, en association avec l'ARS Bretagne et les quatre Conseils généraux bretons. Selon les projections de l'Insee, **l'Ille-et-Vilaine compterait 22 300 personnes dépendantes en 2020**, soit 23,6% de plus qu'en 2010 et 25 600 à l'horizon 2030, soit une hausse de 15% entre 2020 et 2030.

Sur la période couverte par le schéma 2015-2019, la progression du nombre de personnes âgées dépendantes serait de 8,3% représentant 1 715 personnes supplémentaires. En comparaison, la hausse attendue sur la période est de 6,4% dans le Finistère (1 661 personnes), 7% dans les Côtes d'Armor (1 296 personnes) et 10,7% dans le Morbihan (2 541 personnes).

Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes dans les quatres départements bretons

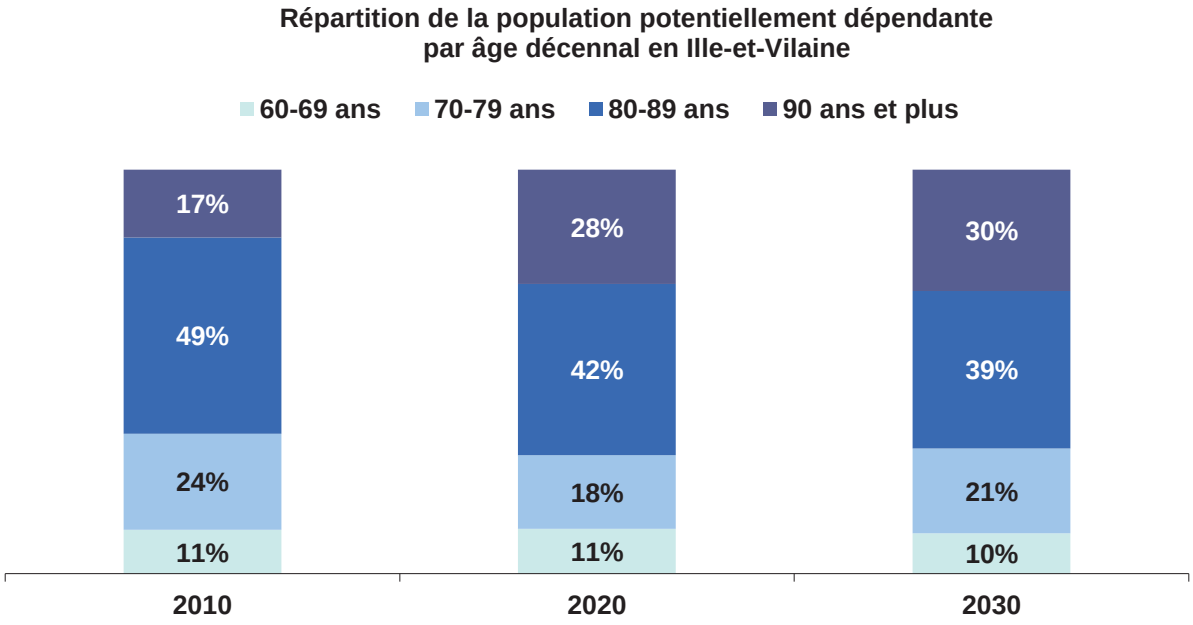


Source : Insee Bretagne, indice base 100 en 2010, scénario démographique central, hypothèse intermédiaire de prévalence de la dépendance.

L'augmentation du nombre de personnes dépendantes serait globalement plus élevée dans les territoires périurbains actuellement jeunes, plus modérée dans les zones rurales aujourd'hui âgées ainsi que dans les zones urbaines. En 2030, les personnes dépendantes seraient plus âgées qu'aujourd'hui et la part des femmes, toujours largement majoritaire, baisserait légèrement.

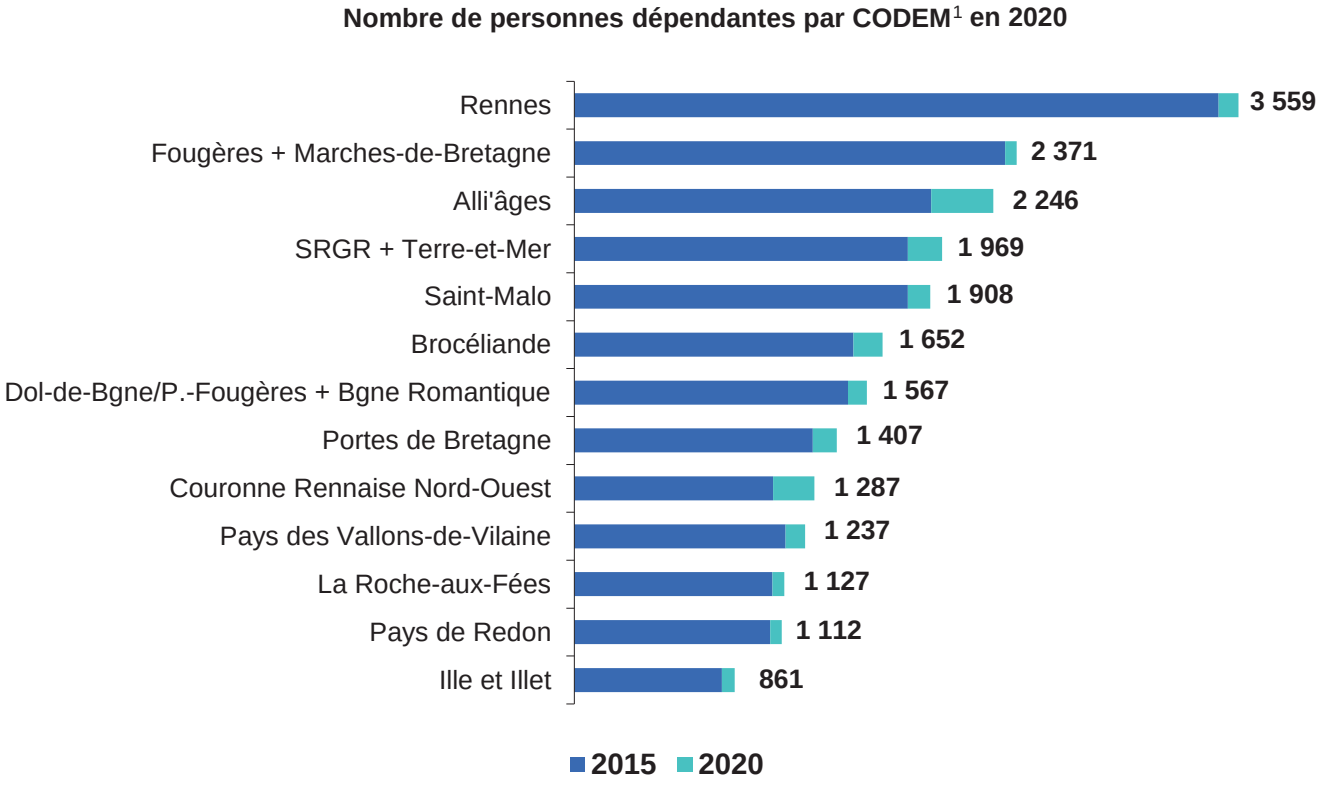
Des personnes dépendantes plus âgées

L'Insee anticipe des évolutions importantes sur l'âge des personnes dépendantes au cours des années à venir. En 2020, les projections prévoient une plus faible proportion de personnes dépendantes de moins de 90 ans et une augmentation au-delà. Cette évolution devrait s'accentuer à l'échéance 2030.



Source : Insee Bretagne.

Personnes âgées dépendantes par CODEM en 2020



Source : Insee Bretagne.

[1] La projection de l'Insee a été réalisée avant les changements de périmètres de CODEM intervenus en 2014 et consécutifs aux changements d'EPCI. L'Insee a procédé à des regroupements de CODEM pour atteindre les niveaux de population requis pour l'analyse.

Rennes devrait compter 3 559 personnes dépendantes en 2020 mais la progression attendue sur la période du schéma n'est que de 3,1%, représentant seulement 107 personnes supplémentaires par rapport à 2015.
Les CODEM de Fougères et Marches de Bretagne réunis constituent le 2e territoire rassemblant le plus grand nombre de personnes âgées dépendantes en 2020 mais l'évolution sur ce territoire est la plus faible avec 2,7% d'augmentation attendu en 5 ans, représentant 63 personnes de plus qu'en 2015.

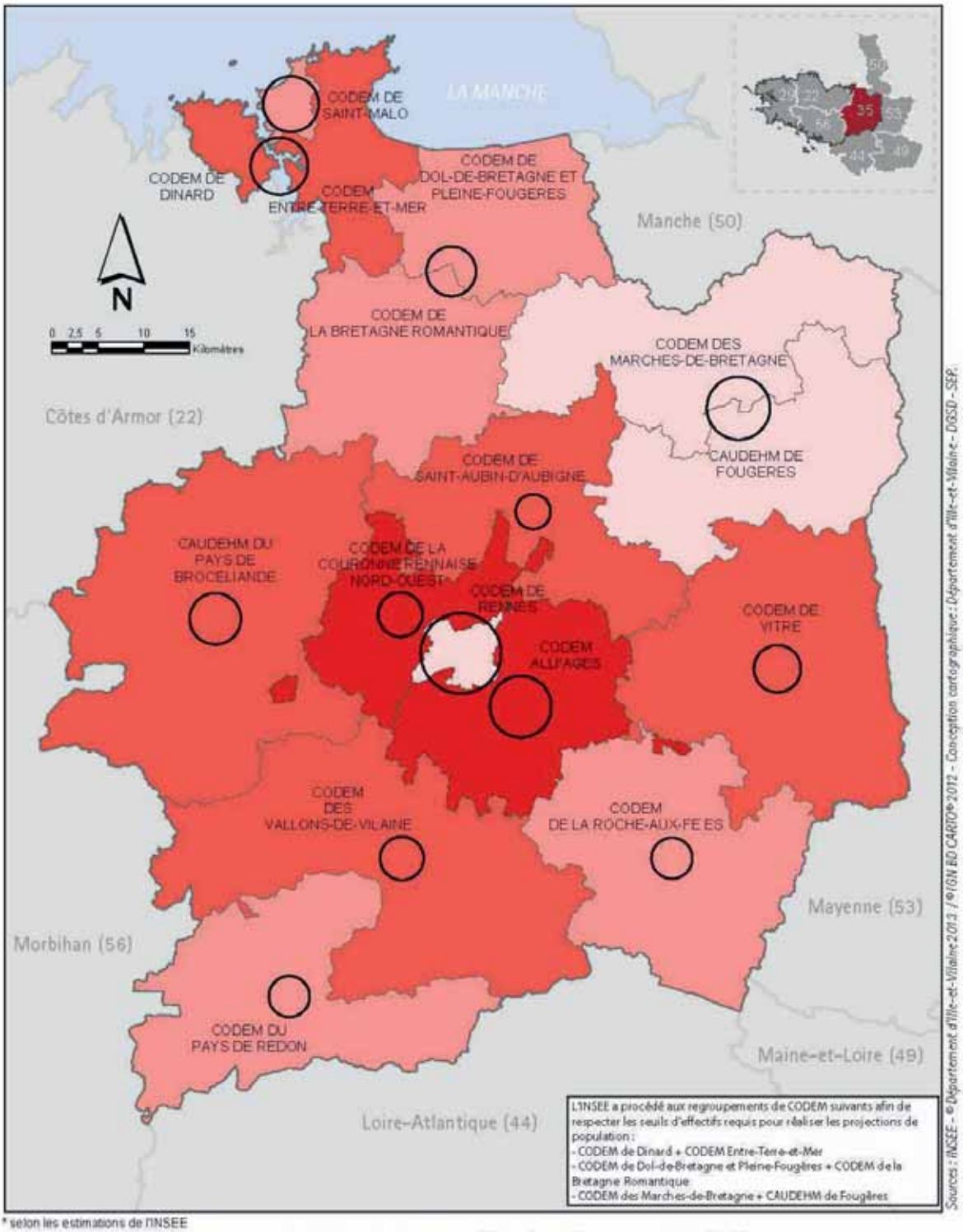
A l'opposé, les CODEM de la Couronne rennaise nord-ouest et Alli'âges vont enregistrer la plus forte augmentation en valeur et en pourcentage au cours de la période couverte par le schéma. D'ici 2020, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait ainsi augmenter de 20,8% dans la Couronne rennaise nord-ouest, représentant 221 personnes et de 17,5% dans le Codem Alli'âges soit 334 personnes de plus qu'en 2015.

Les CODEM situés au nord du département ont une proportion de personnes âgées plus importante, de sorte que l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes sera proportionnellement moins importante que dans l'agglomération rennaise. En nombre de personnes, l'augmentation restera conséquente cependant puisqu'il devrait y avoir 400 personnes dépendantes supplémentaires en 2020 au sein des CODEM du Pays de Saint-Malo, dont près de la moitié sur les seuls CODEM Secteur rive Gauche de la Rance et Terre-et-Mer. Au total, le Pays de Saint-Malo devrait compter 5 445 personnes dépendantes en 2020.

Trois des cinq CODEM situés en périphérie de l'agglomération rennaise vont connaitre une évolution sensible du nombre de personnes âgées dépendantes avec une hausse estimée à 9,2% dans le CODEM du Pays des Vallons de Vilaine (+105 personnes), et supérieure à 10% en Pays de Brocéliande (+157 personnes) et CODEM des Portes de Bretagne (+129 personnes).

Enfin, les CODEM de l'Ille et Illet, de la Roche-aux-Fées et du Pays de Redon devraient connaitre une croissance modérée au cours des cinq prochaines années. On estime que chacun de ces trois CODEM devrait compter entre 60 et 70 personnes dépendantes supplémentaires en 2020 par rapport à 2015.

Projection de l'évolution de la population âgée dépendante entre 2010 - 2020 *



* selon les estimations de l'INSEE

Limites de CODEM

Evolution 2010 - 2020

- De 12 % à 15 %
- De 15,1 % à 25 %
- De 25,1 % à 30 %
- De 30,1 % à 60 %

Nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2020

2 000

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

D) Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies invalidantes

Prévalence de la maladie d'Alzheimer

Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), 900 000 personnes souffriraient de la maladie d'Alzheimer aujourd'hui en France. 1,3 million de Français pourrait être touché en 2020 et 2,15 millions en 2040[9]. On estime à environ 250 000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année et près de 350 000 personnes bénéficient actuellement d'une prise en charge pour affection de longue durée (ALD 25) de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées[10].

Ces chiffres font de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés un enjeu majeur de santé publique. Celui-ci commence à être mieux pris en compte avec le lancement de deux plans d'action en 2001 et en 2004. Mais le défi à relever – en matière de recherche médicale, de prise en charge des malades et d'accompagnement des familles – nécessite des moyens à la hauteur des enjeux.

Présenté au début du mois de novembre 2007, le plan Alzheimer 2008-2012 traduit cette mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs sanitaires et sociaux, en proposant des mesures et des moyens supplémentaires et innovants.

Arrivé à son terme, un nouveau plan vient d'être annoncé le 18 novembre 2014 par la Ministre de la Santé pour la période 2014-2019. Celui-ci se veut plus large que le précédent, dans la mesure où il concernera l'ensemble des maladies neuro-dégénératives, et non plus uniquement la maladie d'Alzheimer.

Prévalence de la maladie d'Alzheimer par tranche d'âge [11]

	Hommes	Femmes
75-79 ans	4,6%	3,7%
80-84 ans	9,6%	15,3%
85-89 ans	15,2%	23,8%
90 ans et plus	21,6%	46,5%
Total	**9,1%**	**17,1%**

Sources: 1. Rapport d'expert J.F. Dartigues : dossier technique Ebixa®; commission de la transparence 2002 / 2. Communiqué de presse Secrétariat d'état aux personnes âgées 16/01/2003.

En Europe, la maladie d'Alzheimer touche environ 5% de la population de 65 ans et plus mais la prévalence de la maladie est bien entendu fortement corrélée à l'âge. Les données d'épidémiologie de l'enquête PAQUID[12] mettent en évidence cette étroite relation. On compte ainsi 4,6% de personnes atteintes parmi les hommes de 75-79 ans et 3,7% chez les femmes. La prévalence double ensuite pour les hommes de 80 à 84 ans pour atteindre 9,6% tandis qu'elle est multipliée par quatre pour les femmes du même âge. A partir de 85 ans, il est habituellement rappelé que la maladie touche plus de 15% de la population. Cette proportion s'élève à plus d'un homme sur cinq et près d'une femme sur deux à partir de 90 ans.

[9] Source : inserm.fr, *Dossier d'information Alzheimer* – juillet 2014.

[10] Source : inpes.fr.

[11] Données citées par le Professeur P. Jouanny, chef du service de Médecine Gériatrique au CHU d'Amiens (ancien chef du service de Médecine Gériatrique du CHU de Rennes) dans le cadre du DIU *Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés* à la faculté de Médecine de l'Université de Rennes 1. Source : Société de Gérontologie de l'Ouest et du Centre.

[12] PAQUID « Personnes âgées Quid ? » est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible.

Extrapolation des taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer à la population d'Ille-et-Vilaine

	Population d'Ille-et-Vilaine			Estimation du nombre de malades d'Alzheimer			
Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	%
75 à 79 ans	13 876	18 484	32 360	638	684	1322	**4,1%**
80 à 84 ans	10 500	16 649	27 149	1 008	2 547	3 555	**13,1%**
85 à 89 ans	5 855	12 078	17 933	890	2 875	3 765	**20,1%**
90 ans et plus	2 212	6 261	8 473	478	2 911	3 389	**33,4%**
Ensemble 75 ans et plus	**32 443**	**53 472**	**85 915**	**3 014**	**9 017**	**12 301**	**14,0%**

Sources : données de prévalence PAQUID, Insee ELP 2013.

En extrapolant les taux de prévalence par sexe et par âge de l'étude d'épidémiologie PAQUID, **il y aurait en Ille-et-Vilaine, 12 301 personnes de 75 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer** et plus de 46 000 en Bretagne, **soit 14% de la population de 75 ans et plus**. Lors des assises régionales Alzheimer qui se sont tenues à Rennes le 6 mai 2009, le nombre de malades de 75 ans et plus en Bretagne en 2015 avait même été estimé à 59 000 personnes. Si l'estimation peut paraitre élevée, l'association France Alzheimer rappelle qu'un malade d'Alzheimer sur deux n'est pas diagnostiqué en tant que tel ou n'est pas diagnostiqué du tout.

Une des caractéristiques notable est la prévalence notable de la maladie chez les femmes. Parmi les statistiques communiquées dans le cadre Plan Alzheimer, il est rappelé qu'une femme sur quatre est touchée à partir de 85 ans.

L'épidémiologie de la maladie Alzheimer

Le chiffre de 850 000 malades d'Alzheimer en France (aujourd'hui estimé à 900 000 selon l'Inserm) est la statistique généralement relayée par les institutions (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Fondation Plan Alzheimer, INPES, HAS), les associations et fondations (France Alzheimer, Fondation pour la Recherche Médicale, Institut des Neurosciences Cliniques de Rennes, Alzheimer's Association, liste non exhaustive) et les médias (Le Quotidien du Médecin, Le Monde, Sciences & Avenir pour citer quelques parutions récentes).

Ce chiffre, déjà publié par l'Inserm en 2007 est issu des résultats de l'étude PAQUID, étude épidémiologique française dans laquelle 4134 personnes âgées de 65 ans et plus sont suivies depuis 1988 dans les départements de la Gironde et de la Dordogne. La méthode a consisté à rechercher régulièrement et activement par examen systématique tous les cas de maladie d'Alzheimer survenant dans l'échantillon. Le chiffre obtenu étant extrapolé pour la France entière.

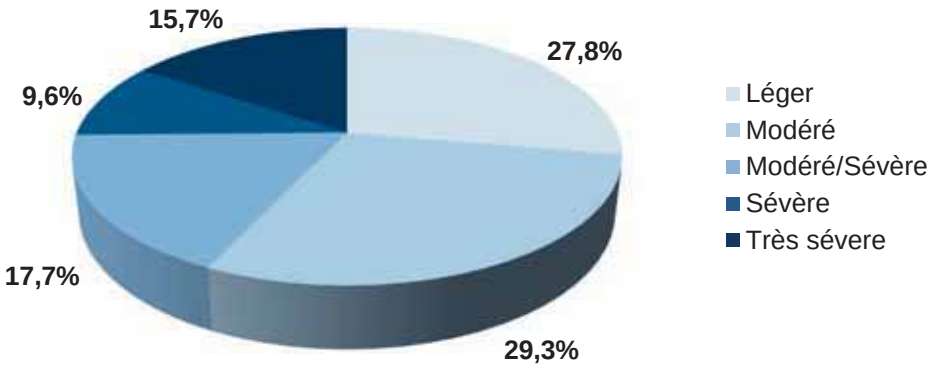
Les enquêtes de cohorte, telle que PAQUID, sont quasi idéales en termes de méthodologie. Mais, elles sont souvent longues (elles peuvent nécessiter plusieurs années de travail) et sont donc très coûteuses. A l'instar de la France les grandes enquêtes de cohorte dans les pays industrialisés remontent à des dizaines d'années.

Par conséquence, « l'effet cohorte » peut donc être fort sur les estimations et les projections qui sont réalisées à partir des données de ces études. En effet, les personnes âgées d'aujourd'hui diffèrent probablement de celles d'il y a 15-20 ans (celles qui constituent l'échantillon des cohortes telles que PAQUID).

A l'heure actuelle, il n'existe pas en France de donnée ou d'étude permettant de suivre «en direct» l'évolution de la prévalence ou de l'incidence de la maladie d'Alzheimer. Pour atteindre cet objectif, de nouvelles études doivent être mises en place pour pouvoir suivre plus en continu une évolution des chiffres dans la population. La mise en œuvre d'un effort en faveur de la recherche en épidémiologie est d'ailleurs une des recommandations récentes issues du projet européen de partage d'expérience ALCOVE (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe).

Source : France Alzheimer, « Le difficile décompte des malades Alzheimer », 14 novembre 2013.

Répartition par degré de sévérité des malades d'Alzheimer



Les données de l'étude PAQUID permettent d'évaluer la répartition du nombre de malades en fonction du degré de sévérité de la maladie. Les degrés sévères à très sévères concernent un malade sur cinq tandis que 27,8% souffrent d'une forme légère de la maladie.

Relation entre maladie d'Alzheimer et GIR

Correspondance entre degré de sévérité de la maladie d'Alzheimer et GIR

GIR \ MMS [1]	Très sévère	Modérément sévère à sévère	Modéré	Léger	Total
GIR 1	11,0%	2,1%	0,0%	0,0%	**13,1%**
GIR 2	3,7%	6,8%	3,1%	1,6%	**15,2%**
GIR 3	1,0%	8,4%	4,7%	1,6%	**15,7%**
GIR 4	0,0%	3,7%	4,7%	2,6%	**11,0%**
GIR 5	0,0%	1,6%	1,0%	2,6%	**5,2%**
GIR 6	0,0%	4,2%	15,7%	19,9%	**39,8%**
Total	**15,7%**	**26,7%**	**29,3%**	**28,3%**	**100,0%**

[1] GIR : groupe iso-ressource / MMS : mini-mental score.

Source : suivi prospectif à 10 ans de la cohorte Paquid.

Les études réalisées à partir de la cohorte Paquid permettent d'établir la correspondance entre le degré de la maladie et le niveau de dépendance tel qu'il est évalué à partir de la grille AGGIR. Le premier constat est que 55% des malades relèvent d'un GIR 1 à 4 et sont éligibles à l'APA.

De manière logique, les formes les plus sévères de la maladie entrainent un degré de dépendance élevé (70% sont en GIR1, 94% en GIR 1 ou 2) tandis que les formes légères vont généralement de pair avec une autonomie préservée. En revanche, il est intéressant de noter que les degrés intermédiaires de la maladie peuvent être associés à des niveaux de dépendance très différents. 8,9% des personnes souffrant d'un niveau modérément sévère à sévère sont en GIR 1 ou 2 mais 5,8% sont autonomes (GIR 5-6). La maladie peut ainsi nécessiter des modalités d'accompagnement différentes selon les individus, preuve qu'il n'existe pas de réponse uniforme et que l'estimation des besoins résultant de la maladie reste complexe.

Même si l'évolution diffère d'un patient à l'autre, la maladie finit par avoir un impact très important sur l'état général. Les troubles alimentaires et les problèmes de déglutition engendrent un amaigrissement conséquent. Un malade sur deux a des troubles du comportement alimentaire. 3 à 4 malades sur 10 perdent du poids avant même l'apparition des premiers symptômes. La maladie crée un état de faiblesse immunitaire et des complications infectieuses sont d'ailleurs souvent à l'origine des décès.

La maladie d'Alzheimer est la quatrième cause de mortalité en France et représente 2% des décès (n°1: les cancers avec 30% des décès, n°2: les maladies cardio-vasculaires avec 28% des décès, n°3: les morts "violentes" telles que les accidents les suicides ou les crimes avec 7% des décès)

La durée de vie après la confirmation de la maladie est d'environ une dizaine d'années mais l'expérience a montré que certaines personnes pouvaient vivre une vingtaine d'années avec la maladie d'Alzheimer (la durée de vie varie en fonction de nombreux facteurs tels que l'âge de la personne au moment du diagnostic, l'évolution de la maladie, la condition physique de la personne, etc.).

Les malades jeunes

En France en 2011, on estimait à 32 000 le nombre de malades de moins de 65 ans. La maladie d'Alzheimer est une maladie **rare avant 65 ans**. Moins de 2 % des cas de maladie d'Alzheimer surviennent avant cet âge, essentiellement chez des personnes atteintes de formes familiales héréditaires rares. Ces formes représentent uniquement 1 % des cas de maladie d'Alzheimer mais 20 % des cas chez les malades jeunes.

Source : Association France Alzheimer, Etude exploratoire auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées âgées de moins de 65 ans, Rapport d'étude – février 2012.

Le caractère extrêmement rapide et évolutif de la pathologie chez le sujet jeune justifie la nécessité d'apporter par les pouvoirs publics de nouvelles réponses.

Au-delà de l'annonce vécue comme un traumatisme, il s'agit ensuite d'accompagner le quotidien de personnes qui ont parfois des enfants encore jeunes, un travail, des parents à charge, etc. Les troubles associés à la maladie d'Alzheimer conduisent neuf fois sur dix à une sortie du marché du travail alors même que le diagnostic n'est pas toujours clairement établi.

Ainsi, pour attester de la nécessité de mieux répondre à maladie d'Alzheimer chez des personnes jeunes, le plan Alzheimer 2008-2012 a retenu dans sa mesure n°19, l'identification d'un «centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes » (CNR-MAJ).

Le Centre national de référence des malades Alzheimer jeunes a été créé en 2009. Il est dédié aux patients atteints, avant l'âge de 60 ans, d'une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en France.

4 missions ont été attribuées à ce centre :
- soins ;
- recherche ;
- prise en charge ;
- santé publique.

Les maladies apparentées [13]

Les maladies apparentées sont des maladies qui vont présenter les mêmes types de symptômes que la maladie d'Alzheimer mais dont le mécanisme, les manifestations et le traitement diffèrent. Les dégénérescences fronto-temporales, la maladie à corps de Lewy, la démence vasculaire sont les plus fréquentes.

La maladie à corps de Lewy

La maladie à corps de Lewy représente 20 % des maladies neuro-dégénératives. Elle est la deuxième cause de démence du sujet âgé, après la maladie d'Alzheimer. La prévalence est de 6 à 9 cas pour 10 000 personnes (source Orphanet). La maladie se caractérise par une altération du fonctionnement intellectuel, éventuellement accompagné de désordres moteurs. Au début, elle se manifeste par la présence d'au moins deux des quatre symptômes suivants :
- grande fluctuation des performances cognitives avec variation de l'attention et de la vigilance ;
- hallucinations visuelles ;

[13] *Source : France Alzheimer et maladies apparentées.*

- symptômes parkinsoniens (marche à petits pas, tremblements, rigidité des membres, visage inexpressif) ;
- troubles visuo-spatiaux.

Les troubles cognitifs concernent initialement l'attention, le langage, les capacités de raisonnement et moins la mémoire. D'autres symptômes sont souvent retrouvés comme : des chutes répétées, des malaises avec perte de connaissance, des hallucinations autres que visuelles, des troubles du sommeil (agitation nocturne), une dépression ou des idées délirantes. Les personnes malades sont particulièrement sensibles aux traitements neuroleptiques qui provoquent une aggravation de leur état, pouvant être très dangereuse et qui augmentent le risque de décès.

Les démences vasculaires

Contrairement à la maladie d'Alzheimer, aux dégénérescences fronto-temporales et à la maladie à corps de Lewy, la démence vasculaire est non dégénérative.

Les troubles sont provoqués par des accidents vasculaires cérébraux (AVC), par hémorragie ou embolie des vaisseaux du cerveau. Tous les AVC ne conduisent pas à des troubles cognitifs. On parle de démence vasculaire si, à la suite d'un AVC, une personne présente les troubles caractérisant la démence. Cela est fonction de la zone du cerveau touchée et des possibilités pour les neurones restants de récupérer les fonctions perdues.

On peut être victime d'un seul AVC important qui aura des conséquences dramatiques. Dans ce cas, les troubles s'installent brutalement. Mais parfois, des micro-AVC répétés vont, à terme, endommager le cerveau. Les symptômes s'installent alors progressivement.

Les démences mixtes

La démence mixte associe des lésions d'origine dégénérative et des lésions dues à des AVC. Elle correspond à l'association, chez une même personne, d'une démence dégénérative, le plus souvent une maladie d'Alzheimer, et d'une démence vasculaire.

La maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson (deuxième maladie neuro-dégénérative après la maladie d'Alzheimer) touche 150 000 personnes en France mais seulement 82 711 personnes bénéficient d'une prise en charge au titre de l'affection de longue durée (ALD n°16), ces personnes sont âgées de 76 ans en moyenne. La prévalence de la démence parkinsonienne chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson est de 25 à 30 %, soit une extrapolation à 45 000 personnes en France.

1.4 Les données relatives aux personnes en situation de handicap

A retenir

- **1 personne sur 10 en France, déclare vivre avec un handicap** (enquête Vie Quotidienne et Santé 2007).
- **6,1%** des personnes de 15 à 64 ans ont une reconnaissance administrative du handicap (enquête Handicap-Santé Ménages 2008).
- **24,3%** des personnes de 15 à 64 ans déclarent avoir un handicap (enquête Handicap-Santé Ménages 2008).

Deux types d'approches sont utilisés pour estimer la population en situation de handicap. La première est basée sur les enquêtes de population générale, et en particulier l'enquête *Vie Quotidienne et Santé* (2007), et *Handicap-Santé* (2008-2009). Il s'agit d'enquêtes déclaratives, mettant en évidence les difficultés de santé et les handicaps ressentis par la population. Ces enquêtes de population sont menées à un niveau national. Elles permettent le cas échéant, d'appliquer un taux de prévalence à un niveau local.

La seconde approche est basée sur les sources institutionnelles et évaluent le nombre de bénéficiaires des différents dispositifs et prestations d'accompagnement.

A) Estimation de la population adulte en situation de handicap : les enquêtes nationales

L'enquête Vie Quotidienne et Santé

➔ Objectif et méthodologie [14]

L'enquête Vie quotidienne et Santé (VQS) est une enquête filtre destinée à préparer l'échantillon d'une enquête approfondie sur les personnes ayant des déficiences physiques, des limitations fonctionnelles ou plus globalement, des difficultés à accomplir certaines activités de la vie quotidienne.

Les personnes en situation de handicap ou de dépendance étant peu nombreuses relativement à la population générale, il est important de pouvoir les surreprésenter dans l'échantillon d'une enquête qui s'intéresse à leurs caractéristiques et à leur situation pour disposer de résultats suffisamment robustes.

L'enquête Vie quotidienne et Santé a consisté ainsi à adresser à un grand nombre de ménages, un court questionnaire demandant de décrire, en quelques questions, toutes les personnes du ménage. 140 000 ménages ont ainsi été interrogés en 2007. Les questions abordent l'existence ou non d'un handicap reconnu, de difficultés à accomplir certaines tâches, etc.

A partir des réponses à ce questionnaire, un score de handicap présumé est construit afin de répartir toutes les personnes selon des groupes de handicap présumé. Ces groupes ont ensuite été utilisés pour constituer les strates de tirage de l'enquête principale.

L'enquête Vie quotidienne et Santé a été réalisée en 1999, préalablement à l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID), et en 2007, préalablement à l'enquête Handicap-Santé.

---

[14] *Source : Insee, fiche descriptive de l'enquête Vie quotidienne et Santé de 2007.*

➔ **Résultats** [15]

A la question "Considérez-vous avoir un handicap ?" posée dans l'enquête VQS**, une personne sur dix, vivant chez elle, a répondu oui**. Cette perception est souvent associée à une limitation dans les activités ou à des difficultés pour accomplir certaines actions. Cependant, **les personnes déclarant être limitées dans leurs activités sont deux fois plus nombreuses que celles qui considèrent avoir un handicap**. Le type de gênes rencontrées et leur sévérité jouent sur la perception du handicap. Ce sont les limitations fonctionnelles motrices et sensorielles, telles que marcher, monter un étage, parler ou entendre qui jouent le plus sur la propension à déclarer un handicap.

Interrogées de manière détaillée sur **treize actions élémentaires** (lire, se concentrer, monter un escalier par exemple), **35,4 % des personnes déclarent des difficultés pour en accomplir certaines**, 11,7 % déclarent même beaucoup de difficultés, et 3,5 % une impossibilité totale d'accomplir certains actes. La déclaration d'un handicap et les difficultés à accomplir certaines actions ne se recoupent que partiellement. Parmi les personnes dans l'impossibilité totale d'accomplir un ou plusieurs actes élémentaires, une sur cinq ne considère pas avoir un handicap. Peut-être bénéficient-elles d'un environnement ou d'aides adaptés leur permettant de compenser leurs difficultés.

La perception du handicap dépend aussi de l'âge : des difficultés vues comme des handicaps avant 60 ans, peuvent à des âges plus avancés n'être considérées que comme des conséquences naturelles du vieillissement. En 1999, 37 % des personnes de 60 ans et plus considéraient le vieillissement comme la cause de leurs déficiences, d'après l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance. De fait, si les limitations fonctionnelles ou handicaps augmentent avec l'âge, c'est la proportion de personnes déclarant des difficultés importantes pour effectuer certains actes qui augmente le plus après 65 ans dans l'enquête VQS. Cette proportion passe de 16 % entre 60 et 64 ans à 77 % au-delà de 90 ans, le cumul de difficultés se développant encore plus fortement. En comparaison, la proportion de personnes considérant avoir un handicap augmente moins rapidement après 60 ans, passant de 14 % entre 60 et 64 ans à 57 % au-delà de 90 ans.

L'enquête Handicap-Santé Ménages

➔ **Objectif et méthodologie** [16]

L'enquête Handicap-Santé-Ménages (HSM) a été réalisée en 2008 par la Direction des statistiques démographiques et sociales de l'Insee (DSDS) en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé. Elle renouvelle le travail effectué lors du volet ménage de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID) de 1999.

La collecte de l'information a été réalisée en face à face par enquêteur, auprès d'un échantillon de 39 000 personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en logement ordinaire, sélectionnées dans la base des répondants de l'enquête de filtrage Vie Quotidienne et Santé effectuée en 2007.

L'enquête HSM a pour objectif de mesurer la prévalence des diverses situations de handicap en s'appuyant notamment sur les nouveaux concepts développés par l'Organisation mondiale de la santé et d'estimer le nombre de personnes connaissant des problèmes de santé ou en situation de handicap. L'enquête évalue également les besoins d'aide et mesure les désavantages sociaux subis par rapport aux autres en fonction de l'environnement dans lequel évoluent ces personnes.

L'enquête HSM a permis notamment de mesurer le nombre de personnes en situation de handicap selon différentes définitions :

- à partir du handicap tel qu'il est perçu et déclaré par les personnes,
- à partir des difficultés à accomplir des actes de la vie quotidienne,
- à partir des aides techniques ou humaines dont bénéficient les personnes,
- à partir des reconnaissances administratives du handicap.

---

[15] *Source : Insee, Division Enquêtes et études démographiques, Enquête Vie quotidienne et Santé, Loïc Midy.*

[16] *Source : Insee, fiche descriptive de l'enquête Handicap-Santé de 2008, volet Ménages.*

➔ **Résultats**

À des fins d'analyse**, le champ de la population étudiée a été restreint aux personnes de 15 à 64 ans susceptibles d'être en activité**. **Deux définitions de la population handicapée ont été retenues**.

La première s'appuie sur **le critère de la reconnaissance administrative du handicap** ouvrant potentiellement droit au bénéfice de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH). En effet, depuis la loi du 10 juillet 1987, renforcée par celle du 11 février 2005, une OETH s'applique aux établissements d'au moins 20 salariés des secteurs privé et public, à hauteur de 6 % de leurs effectifs. Ainsi le handicap peut faire l'objet d'une reconnaissance validée par différents organismes et donner droit à des aides financières ou des cartes prioritaires.

Les types de reconnaissance ouvrant droit à l'OETH sont :

- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
- la pension d'invalidité (PI) ;
- les reconnaissances accordées suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 % (AT-MP) ;
- les mutilés de guerre et assimilés ;

et depuis la loi de 2005 :

- la carte d'invalidité (CI) dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Cette population était estimée en 2008 à 2,5 millions de personnes soit 6,1% des personnes âgées de 15 à 64 ans vivant à domicile.

L'enquête a également identifié une population plus large correspondant aux personnes :

- qui déclarent « avoir un handicap »,
- qui disposent d'une reconnaissance officielle d'un handicap ou d'une perte d'autonomie,
- qui déclarent avoir une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ou problème(s) de santé durable(s).

Cette population était estimée en 2008 à 9,9 millions de personnes, soit 24,3% des personnes de 15 à 64 ans vivant à domicile.

La proportion de personnes handicapées au sens large est très proche chez les femmes et les hommes mais ces derniers bénéficient plus souvent d'une reconnaissance administrative du handicap : 1,4 million contre 1,1 million de femmes.

Répartition de la population selon l'âge, le sexe et la déclaration de handicap en 2008

	Population bénéficiant d'une reconnaissance administrative[1]		Population handicapée au sens large[2]		Ensemble de la population (15-64 ans)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15-24 ans	5%	5%	9%	8%	20%	19%
25-39 ans	19%	20%	19%	21%	30%	30%
40-49 ans	28%	28%	24%	24%	21%	22%
50-64 ans	49%	47%	48%	47%	28%	29%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Effectifs	**1 409 000**	**1 101 000**	**4 895 000**	**5 047 000**	**20 220 000**	**20 740 000**

[1] Personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap leur ouvrant droit à l'obligation d'emploi.

[2] Personnes déclarant « avoir un handicap » ou disposant d'une reconnaissance officielle d'un handicap ou d'une perte d'autonomie ou déclarant avoir une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ou problème(s) de santé durable(s).

Champ : population âgée de 15 à 64 ans en France entière vivant en ménage ordinaire (collectivités exclues).

Source : Insee-Drees, HSM 2008 – Traitement : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques – Synthèse Stat, Novembre 2012.

Extrapolation des taux de prévalence issus de l'enquête HSM à la population d'Ille-et-Vilaine

En extrapolant les taux de prévalence de la population en situation de handicap calculés par l'enquête HSM à la population d'Ille-et-Vilaine[1], on peut estimer que parmi la population de 15 à 64 ans, 39 720 personnes auraient une reconnaissance administrative du handicap et 158 230 personnes vivraient avec un handicap au sens large.

Reconnaissance administrative du handicap

6,1% des 15-64 ans
39 720 personnes

Population handicapée au sens large

24,3% des 15-64 ans
158 230 personnes

[1] D'après données de population Insee ELP 2013, données actualisées au 14 janvier 2014

Le recensement de la MDPH d'Ille-et-Vilaine

Les taux de prévalence sont à rapprocher du nombre de dossiers suivis par la MDPH d'Ille-et-Vilaine.

Au 1er septembre 2014, la MDPH recensait 71 250 personnes bénéficiaires d'une prestation en cours.

Nombre de personnes bénéficiaires d'une prestation en cours au 1er septembre 2014 à la MDPH d'Ille-et-Vilaine :

6 543 enfants
62 643 adultes
2 064 bénéficiaires
de la carte de stationnement uniquement
(pas de distinction entre enfants et adultes)

B) Estimation de la population adulte en situation de handicap en Ille-et-Vilaine à partir des dispositifs d'accompagnement ou de reconnaissance du handicap

Plusieurs dispositifs et prestations concourent à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Chacun d'entre eux permet de recenser une partie de la population concernée. Les différents publics ne peuvent être additionnés car une même personne peut relever de plusieurs dispositifs.

Nombre de bénéficiaires par type de prestations d'accompagnement ou de reconnaissance du handicap en Ille-et-Vilaine

Type	Dispositif	Nombre de bénéficiaires	Date du recensement	Sources
CI	Carte d'invalidité 15-64 ans	**14 977**	31/12/2012	MDPH 35
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	**29 014**	31/12/2012	MDPH 35
ESAT	Orientation en établissements et services d'aide par le travail	**3 818**	1/3/2014	MDPH 35
PI	Pension d'invalidité de 2e et 3e catégorie	**9 439**	31/12/2012	CPAM 35, MSA, RSI
AAH	Allocation adultes handicapés	**16 360**	CAF 31/12/2013 MSA 31/12/2012	CNAF et MSA
Complément AAH	Complément de ressources	**151**	31/12/2012	CPAM 35, MSA, RSI
PCH aide humaine	Prestation de compensation du handicap aide humaine à domicile	**2 287**	30/6/2013	MDPH 35
ACTP moins de 60 ans	Allocation compensatrice tierce personne moins de 60 ans	**623**		MDPH 35
MTP	Majoration tierce personne	**91**		CPAM 35, MSA, RSI
Rente AT/MP	Rente accident du travail et maladie professionnelle	**15 414**	31/12/2012	CPAM 35, MSA, RSI
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé versée par la CAF	**3 243**	31/12/2013	CNAF et MSA
AVS	Enfants bénéficiaires d'une auxiliaire de vie scolaire	**1 837**	1/9/2013	MDPH 35

La carte d'invalidité (CI)

La carte d'invalidité civile a pour but d'attester que son détenteur est handicapé. Elle est accessible sous conditions et permet de bénéficier de certains droits spécifiques :

- la priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public,
- la priorité dans les files d'attente des lieux publics,
- le droit à certaines réductions tarifaires (notamment dans les transports).

En Ille-et-Vilaine, **14 977** personnes étaient détenteurs de la carte d'invalidité au 31 décembre 2012.

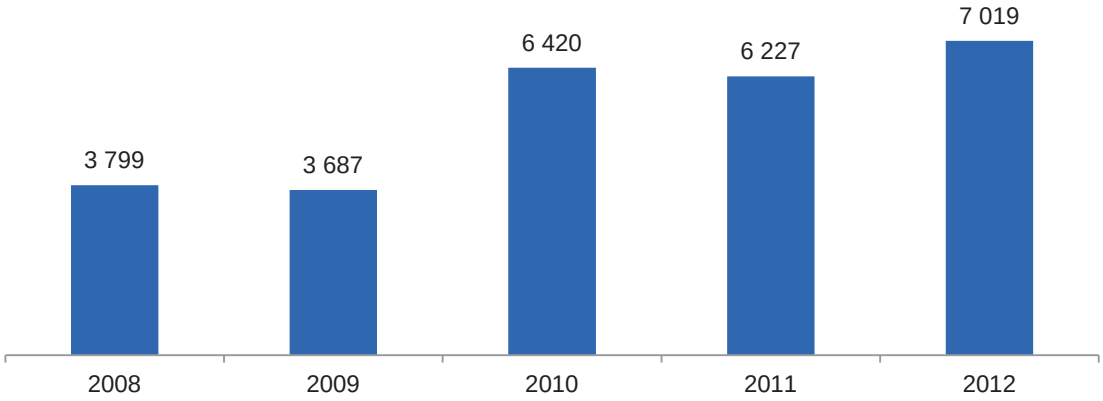
La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

La définition de la qualité de travailleur handicapé est donnée par l'article L5213-1 du code du travail : « Est considérée comme travailleur handicapé […] toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques. »
Cette reconnaissance peut être attribuée à toute personne, âgée de 16 ans ou plus, exerçant ou souhaitant exercer une activité professionnelle, et dont les capacités physiques ou mentales sont diminuées par un handicap.

Le statut permet d'entrer dans le champ des bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 et d'accéder à l'ensemble des dispositions d'aide à l'insertion professionnelle, notamment :

- l'obligation d'emploi dans les entreprises de 20 salariés et plus ;
- l'accession à un emploi dans la fonction publique par concours aménagé ou par recrutement contractuel ;
- le bénéfice d'aménagements d'horaires, de règles particulières en cas de licenciement, d'apprentissage, de dérogations en matière de limites d'âge, d'aménagements de poste de travail ;
- l'accession aux aides de l'AGEFIPH ou du FIPHFP.

Evolution du nombre de RQTH accordées par la CDAPH d'Ille-et-Vilaine



Source : Bilans annuels de la MDPH d'Ille-et-Vilaine.

Au 31 décembre 2012, la MDPH recensait **29 014 bénéficiaires de la RQTH**.

La RQTH est valable à compter de la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) pour une durée comprise entre 1 et 5 ans. Sauf cas particulier, celle-ci est généralement attribuée pour la durée maximale. Entre 76% et 80% des RQTH attribuées chaque année correspondent à des premières demandes. 3% des demandes sont refusées en moyenne.

L'orientation en établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Les établissements et services d'aide par le travail offrent aux personnes handicapées la possibilité d'accéder à des activités à caractère professionnel. Les ESAT sont financés par l'Etat. Une décision d'orientation de la CDA est nécessaire pour y être admis.

Au 1er mars 2014, on recensait **3 818** personnes bénéficiaires d'une orientation en ESAT délivrée au cours des cinq dernières années.

La pension d'invalidité (PI)

La pension d'invalidité est un revenu de remplacement. Elle compense la perte de salaire résultant d'une réduction égale ou supérieure à deux tiers de la capacité de travail ou de gain, due à la maladie ou à un accident d'origine non professionnelle. Le régime distingue trois catégories de pensions :

1re catégorie :
La personne peut exercer une activité salariée, rémunérée, réduite sans que le cumul du salaire et de la pension puisse excéder le salaire précédant l'arrêt de travail initial. La pension est égale à 30% du salaire annuel moyen des dix meilleures années d'activité.

2e catégorie :
La personne est reconnue inapte à exercer une activité professionnelle par le médecin-conseil de l'Assurance maladie. La pension est égale à 50% du salaire annuel moyen des dix meilleures années d'activité.

3e catégorie :
La personne est reconnue inapte à exercer une activité professionnelle quelconque par le médecin-conseil et dans l'impossibilité d'accomplir les actes ordinaires de la vie sans assistance d'une tierce personne. La pension est égale au montant de la pension de 2e catégorie à laquelle s'ajoute une majoration pour tierce personne (MTP) d'un montant mensuel de 1 103,08 € au 1er avril 2014.

Les non-salariés agricoles relèvent d'un régime spécifique. L'inaptitude au travail peut être reconnue de manière totale ou partielle selon les dispositions suivantes :

Inaptitude totale :
La personne est reconnue totalement inapte à l'exercice d'une profession agricole par suite de maladie ou d'usure prématurée de l'organisme.

Inaptitude partielle :
La personne présente une invalidité réduisant d'au moins des deux tiers sa capacité à l'exercice de la profession agricole. L'inaptitude est appréciée en tenant compte de l'état général, des aptitudes, de la formation professionnelle, des facultés physiques et mentales et des possibilités de reclassement.

Evolution du nombre de bénéficiaires de pension d'invalidité relevant du régime général en Ille-et-Vilaine

Pension d'invalidité	2008	2009	2010	2011	2012
Catégorie 1	2 745	2 873	2 996	3 193	**3 386**
Catégorie 2	7 487	7 636	7 726	8 054	**8 513**
Catégorie 3	179	185	177	181	**190**
TOTAL	10 411	10 694	10 899	11 428	**12 089**

Source : Caisse Primaire d'Assurance-Maladie d'Ille-et-Vilaine

Au 31 décembre 2012, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Ille-et-Vilaine recensait **12 089 pensionnés invalides** dont 8 703 de 2e ou de 3e catégorie. A la même date, la MSA des Portes de Bretagne recensait **376 bénéficiaires d'une pension de 2e ou 3e catégorie** domiciliés dans le département et le Régime Social des Indépendants **360 personnes**, soit au total, **9 439 bénéficiaires** de pension d'invalidité de 2e ou 3e catégorie dans le département.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'allocation aux adultes handicapés est versée aux personnes handicapées afin de leur garantir un minimum de ressources. Cette allocation est accordée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour une durée de un à cinq ans et versée par la Caisse d'Allocations Familiales ou la Mutualité Sociale Agricole.

L'AAH est versée à partir de 20 ans (ou 16 ans pour les jeunes séparés du foyer parental pour le bénéfice des prestations familiales) et jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite, c'est-à-dire 55 ans ou jusqu'à la cessation d'activité.

Les bénéficiaires justifient d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80%, ou d'un taux compris entre 50 et 79% associée à une restriction substantielle d'accès à l'emploi.

L'AAH peut être une allocation différentielle calculée en fonction du revenu net imposable de l'année.

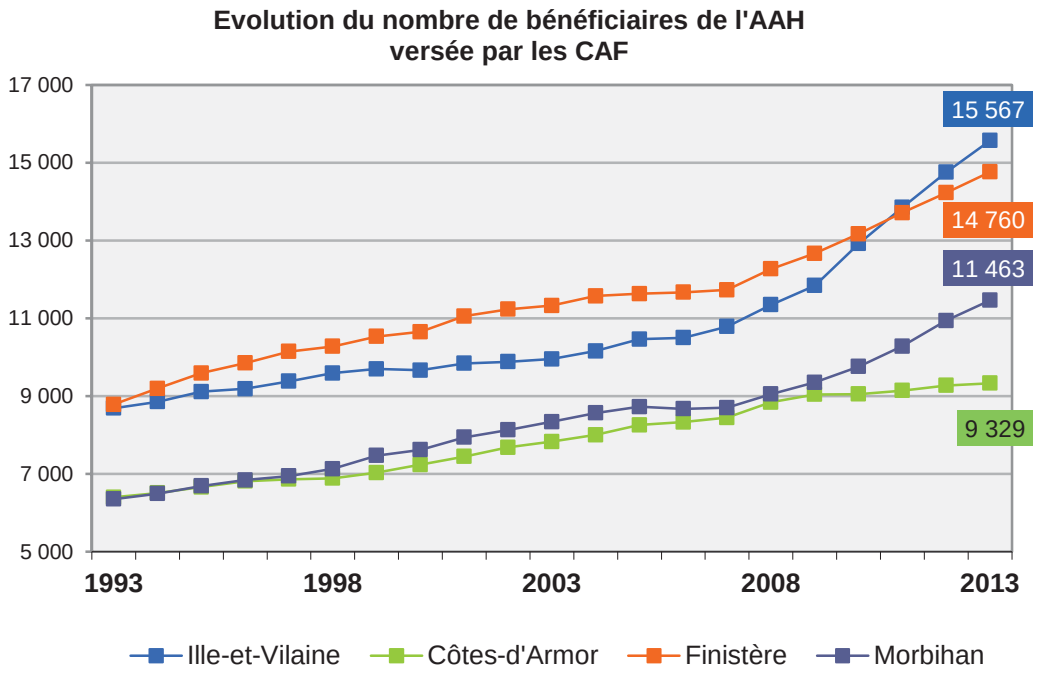
Nombre d'allocataires AAH

Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France (1)
Nombre de bénéficiaires de l'AAH versée par les CAF (au 31 décembre 2013)					
15 567	9 329	14 760	11 463	51 119	988 478
Nombre de bénéficiaires de l'AAH versée par la MSA (au 31 décembre 2012)					
793	1 016	856	946	3 611	33 828
Nombre de bénéficiaires de l'AAH versée par les CAF pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (au 31/12/2013)					
29,4	33,2	32,8	32,0	31,6	29,2

(1) Hors Mayotte

Source : CNAF, fichier FILEAS – BENETRIM / MSA des Portes de Bretagne. Insee, ELP 2013.

Au 31 décembre 2013, la Caisse d'Allocations Familiales d'Ille-et-Vilaine comptait **15 567 bénéficiaires de l'AAH**, soit 29,4 allocataires pour 1000 personnes de 20 à 59 ans. Cette proportion classe le département au niveau de la moyenne nationale et au 62e rang des départements métropolitains. C'est aussi le département breton présentant la proportion la plus faible. A titre de comparaison, La Lozère présente la proportion d'allocataires la plus importante avec 64,4 allocataires pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, les Yvelines et la Haute Savoie ont la proportion la plus faible avec 15,9 allocataires pour 1000 personnes.



Source : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM

Depuis 2008, le nombre de bénéficiaires de l'AAH progresse plus rapidement en Ille-et-Vilaine. Le nombre d'allocataires a progressé en moyenne de 1,5% par an de 1993 à 2007 et de 6,5% par an de 2007 à 2012.

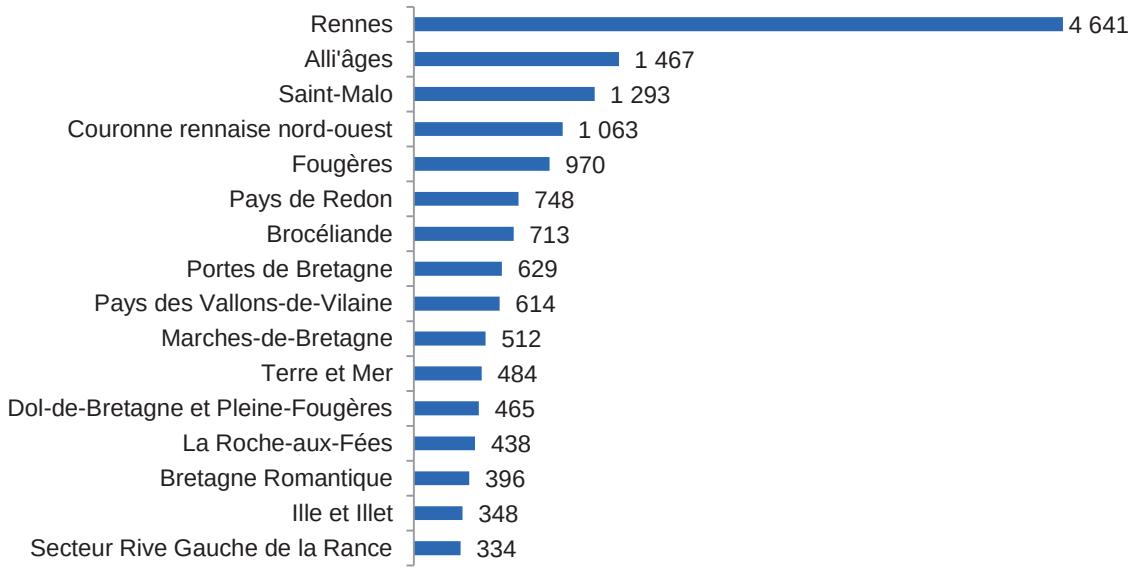
Répartition des bénéficiaires de l'AAH versée par la CAF d'Ille-et-Vilaine au 31 décembre 2013

		Taux d'incapacité			
		50-80%	> 80%	Total	%
Hommes	Taux plein	1 367	3 442	**4 809**	**31%**
	Alloc. différentielle	1 068	2 166	**3 234**	**21%**
Femmes	Taux plein	1 485	2 592	**4 077**	**26%**
	Alloc. différentielle	1 288	2 159	**3 447**	**22%**
Total		**5 208**	**10 359**	**15 567**	**100%**

Source : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM

Au 31 décembre 2013, 52% des allocataires AAH rattachés à la Caisse d'Allocations Familiales sont des hommes. 67%des allocataires ont un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% et 57% perçoivent l'allocation à taux plein.

Nombre d'allocataires AAH par CODEM [1]



[1] Données au 31 décembre 2012 pour les allocataires AAH rattachés à la CAF et à la MSA.

Pour les allocataires rattachés à la CAF, seules sont diffusées les données des communes totalisant au moins 100 allocataires toutes prestations confondues. Pour cette raison, le graphique illustre la répartition de 97,2% du nombre total d'allocataires et non 100%. Au 31 décembre 2012, la CAF d'Ille-et-Vilaine recensait 14 755 allocataires AAH.

Sources : CAF, Base Communale Allocataires 2012, mise à jour 28 juin 2013 – MSA des Portes de Bretagne.

Sur la base des données par commune communiquées par la CAF et la MSA et des données de population issues du recensement de 2009, il est possible d'estimer [(2)] la part que représentent les allocataires de l'AAH au sein de la population de 20-59 ans dans les différents CODEM.

Le pourcentage d'allocataires de l'AAH parmi les 20-59 ans varie ainsi de 1,4% dans le CODEM de l'Ille et Illet à 5,8% dans le CODEM de Saint-Malo. La moyenne départementale est de 2,8%. Le CODEM de Dol-de-Bretagne et Pleine-Fougères est le second CODEM en proportion avec 4,3% des 20-59 ans. Cinq autres CODEM ont une proportion supérieure à la moyenne départementale : Pays de Redon (3,9%), Rennes (3,8%), Fougères (3,6%), Marches-de-Bretagne (3,5%) et Secteur Rive Gauche de la Rance (3,1%). Les autres CODEM ont une proportion égale ou inférieure à la moyenne : Terre et Mer (2,8%), Bretagne Romantique (2,6%), Couronne rennaise nord-ouest (2,5%), La Roche-aux-Fées (2,3%), Alli'âges (2,1%), Pays des Vallons-de-Vilaine et Portes de Bretagne (1,9%), Brocéliande (1,4%).

(2) Les données de population 2011 par commune ne sont pas disponibles à la date de réalisation de cette estimation. L'interprétation doit donc tenir compte du décalage des données : 2012 pour le nombre d'allocataires, 2009 pour le recensement de la population. Par ailleurs, 2,8% des locataires rattachés à la CAF ne sont pas localisés (cf. note précédente).

Le complément de ressources

Ce complément a été créé par la loi de 2005. Il vise à compléter l'absence durable de revenu d'activité des personnes handicapées qui sont dans l'incapacité de travailler. Associé à l'AAH, le complément constitue une garantie de ressources pour personne handicapée. Le complément est accordé par la CDAPH.

Les conditions d'attribution du complément sont les suivantes :

- être âgé de moins de 60 ans (après 60 ans, le complément peut être rétabli si l'avantage vieillesse ou d'invalidité est d'un montant inférieur à l'AAH),
- avoir un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80%,
- avoir une capacité de travail inférieure à 5% compte tenu du handicap,
- ne pas avoir perçu de revenu d'activité à caractère professionnel depuis une durée d'un an et ne pas exercer d'activité professionnelle,
- disposer d'un logement indépendant,
- percevoir l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'une pension de vieillesse ou d'une rente d'accident du travail.

Au 31 décembre 2012, **103 personnes percevaient le complément de ressources auprès de la CAF** d'Ille-et-Vilaine et **48 auprès de la MSA.**

Les rentes accident du travail et maladie professionnelle (AT/MP)

À la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une personne peut être dans l'incapacité partielle ou totale d'exercer sa profession. Dans ce cas, l'Assurance maladie détermine un taux d'incapacité permanente (IPP). En fonction de ce taux, le salarié bénéficie d'une indemnisation en capital ou une rente viagère.

Au 31 décembre 2012, la CPAM d'Ille-et-Vilaine dénombrait **15 414** bénéficiaires d'une rente accident du travail et maladie professionnelle. 52 personnes percevaient une rente avec majoration tierce personne auprès de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, 4 auprès de la MSA et 35 auprès du RSI.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant ou à un adolescent de moins de 20 ans en situation de handicap ou atteint d'une maladie évoluant sur une période supérieure à un an et ayant un retentissement sur la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille.

L'enfant doit présenter un taux d'incapacité :

- entre 50% et 79% s'il fréquente un établissement d'éducation spéciale, s'il bénéficie d'une éducation spéciale, d'une rééducation ou de soins adaptés ;
- de 80% sans autre condition.

La prestation est composée d'une allocation de base à laquelle peut s'ajouter un complément qui tient compte de l'ensemble des besoins de l'enfant, qu'il s'agisse d'aide humaine ou de frais liés au handicap.

Nombre de bénéficiaires de l'AEEH versée par les CAF au 31 décembre 2013

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France [1]
Total de bénéficiaires	**3 243**	1 148	3 118	1 666	9 174	215 585
Pour 1000 jeunes de moins de 20 ans	**12,2**	8,2	14,8	9,6	11,6	13,4

[1] Hors Mayotte

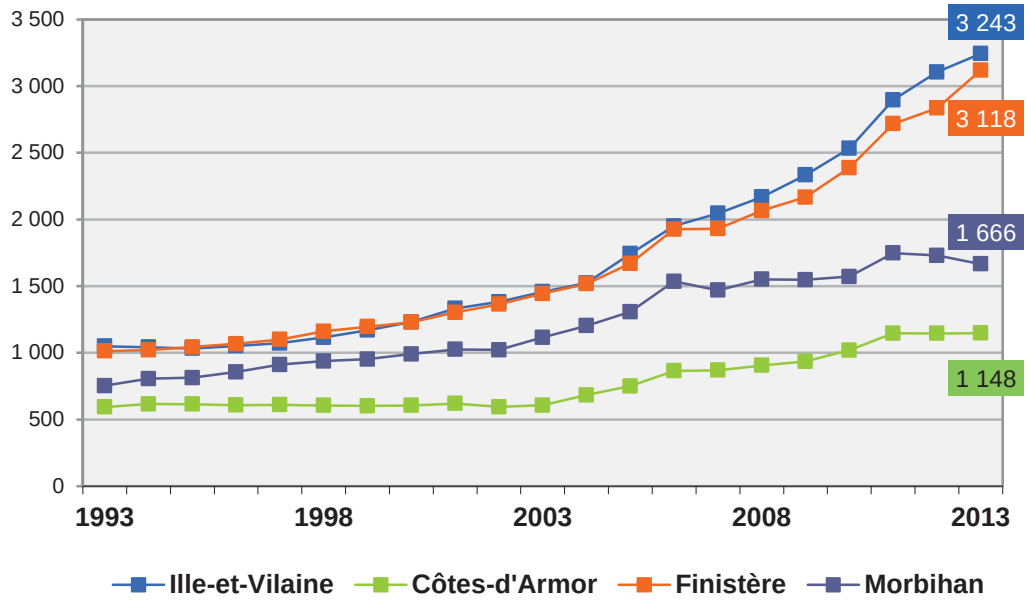
Source : CNAF, fichier FILEAS – BENETRIM – Insee, ELP 2013.

Au 31 décembre 2013, la Caisse d'Allocations Familiales d'Ille-et-Vilaine comptait **3 243 bénéficiaires de l'AEEH**, soit 12,2 allocataires pour 1000 jeunes de moins de 20 ans. Par ailleurs, au 31 décembre 2012, la MSA versait l'AEEH à 4 allocataires en Ille-et-Vilaine.

La proportion d'allocataires en Ille-et-Vilaine place le département en dessous de la moyenne nationale de 13,4 allocataires pour 1000 jeunes de moins de 20 ans et au-dessus de la moyenne observée en Bretagne (11,6 ‰).

A titre de comparaison, la proportion d'allocataires la plus forte est observée dans le département du Nord avec 14 202 bénéficiaires de l'AEEH versée par la CAF (20,4 ‰) et la proportion la plus faible se trouve dans le département de l'Orne avec 496 allocataires (7,3 ‰).

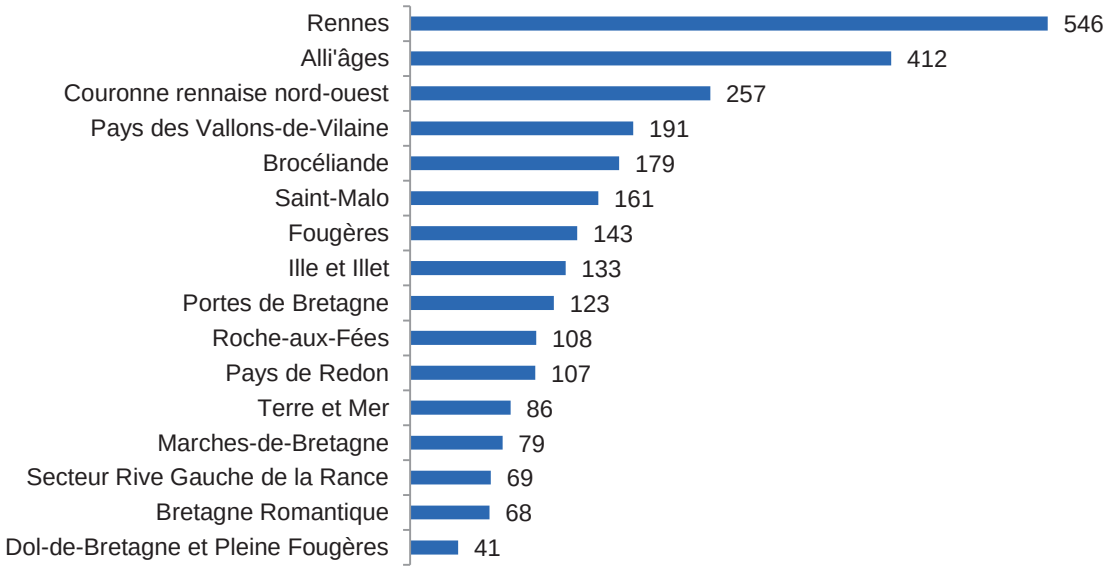
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AEEH versée par les CAF en Bretagne



Source : CNAF, fichier FILEAS – BENETRIM.

En 20 ans, le nombre de bénéficiaires de l'AEEH versée par la CAF a été multiplié par 3 en Ille-et-Vilaine avec une augmentation moyenne de 5,8% par an.

Nombre d'allocataires AEEH par CODEM (1)



(1) Données au 31 décembre 2012 pour les allocataires AEEH rattachés à la CAF et à la MSA.

Pour les allocataires rattachés à la CAF, seules sont diffusées les données des communes totalisant au moins 100 allocataires toutes prestations confondues. Pour cette raison, le graphique illustre la répartition de 87,1% du nombre total d'allocataires et non 100%. Au 31 décembre 2012, la CAF d'Ille-et-Vilaine recensait 2 703 allocataires AEEH.

Source : CAF, Base Communale Allocataires 2012, mise à jour 28 juin 2013. MSA des Portes de Bretagne.

A partir des données par commune communiquées par la CAF et du recensement de la population effectué en 2009, il est possible d'estimer la proportion d'allocataires de l'AEEH parmi les moins de 20 ans au sein des différents territoires de CODEM. En Ille-et-Vilaine, la proportion la plus faible est enregistrée dans le CODEM des Portes de Bretagne (123 allocataires et 6,8 ‰) et la plus forte dans le CODEM de Saint-Malo (161 allocataires et 16,6 ‰).

C) Les estimations de population par type de handicap

Les déficiences intellectuelles

Selon l'UNAPEI *(Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis)*, 700 000 personnes présenteraient une déficience intellectuelle en France.

- 70 000 soit 10 % seraient des personnes déficientes intellectuelles moyennes,
- 42 000 soit 6 % seraient des personnes déficientes sévères.

En Bretagne, le CREAI précise que 2 682 adultes âgés de 20 à 59 ans sont porteurs d'une déficience intellectuelle *(source STATISS 2011).*

La déficience liée à l'épilepsie est classée dans le chapitre des déficiences intellectuelles du guide barème en usage dans les MDPH.

- 1 % de la population générale souffre d'épilepsie, soit 600 000 personnes environ en France,
- 70 % d'entre elles sont bien contrôlées par le traitement,
- 30 % sont invalidées par l'épilepsie active pharmaco résistante,
- **2 300** personnes seraient concernées en **Ille-et-Vilaine**.

Les déficiences du psychisme

Trois grandes familles de maladies mentales peuvent être à l'origine de ces déficiences :

- **les psychoses** dont les schizophrénies touchant 1 % de la population générale (10 000 personnes en Ille-et-Vilaine),
- **les névroses**,
- **les troubles de l'humeur** incluant les dépressions et les troubles bipolaires.

On estime que 3 à 5 % de la population est atteinte de dépression caractérisée, soit 30 000 à 50 000 personnes en Ille-et-Vilaine. 1 à 3 % souffrent de troubles bipolaires, soit entre 10 0000 et 30 000 personnes en Ille-et-Vilaine.

On peut donc estimer à minima que **30 000 personnes** sont en situation de handicap psychique en Ille-et-Vilaine.

Les déficiences auditives

Caractéristique et prévalence des déficiences auditives

Niveau de déficience	Perte auditive	Taux de prévalence	Estimation en Ille-et-Vilaine
Légère	21 à 40 db	4%	40 000
Moyenne	41 à 70 db	2%	20 000
Sévère	71 à 90 db	0,6%	6 000
Profonde	> 90 db	0,2%	2 000

Source : Observatoire des personnes en situation de handicap, Département d'Ille-et-Vilaine.

On estime à 68 000 le nombre de personnes présentant une déficience auditive en Ille-et-Vilaine dont 28 000 (2/5e) pour une déficience moyenne à profonde.

Les déficiences visuelles

Caractéristiques des déficiences visuelles

Niveau de déficience	Acuité visuelle corrigée
Modérée	De 1 à 3/10
Grave	De 1/20 à 1/10
Profonde	< 1/20 avec vision périphérique
Quasi-cécité	< 1/20 et champ visuel tubulaire
Cécité	< 1/20 et absence de vision périphérique

Source : Observatoire des personnes en situation de handicap, Département d'Ille-et-Vilaine.

La moitié des personnes concernées par une déficience visuelle grave ou allant jusqu'à la cécité est âgée de plus de 60 ans. Au-delà de 80 ans, on estime qu'en moyenne 1 personne sur 5 est atteinte d'une déficience visuelle inférieure ou égale à 1/10. Après 90 ans, cette proportion est de 2 personnes sur 5.

En extrapolant à la population d'Ille-et-Vilaine, on peut ainsi estimer que plus de 5 500 personnes de 80 ans seraient atteintes d'une déficience visuelle grave, profonde ou de cécité.

Les déficiences de l'appareil locomoteur

Selon une enquête du CTNERHI[17] de février 2004, 4 % de la population serait porteuse de déficiences motrices isolées ou associées à d'autres déficiences.

Les déficiences motrices augmentent avec l'âge et atteignent :

- 1 enfant / 200,
- 1 adulte / 40,
- 1 personne de plus de 60 ans /10.

Les troubles envahissants du développement (TED) et l'autisme

Les TED sont définis comme un groupe hétérogène qui se caractérisent TOUS par :

- des altérations qualitatives des interactions sociales,
- des altérations qualitatives de la communication et du langage,
- le caractère restreint, répétitif et stéréotypé du comportement, des intérêts et des activités.

L'autisme appartient aux TED. Le taux de prévalence des personnes présentant des TED est estimé à 7 ‰, celui de l'autisme à 2 ‰. Rapporté à la population d'Ille-et-Vilaine, on peut estimer à 7 000 le nombre de personnes concernées par les TED et 2000 les personnes concernées par l'autisme.

[17] Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur le Handicap et les Inadaptations.

Chapitre 2

Focus sur les populations cibles

2. Focus sur les populations cibles

2.1 Les personnes âgées

A) Les personnes âgées à domicile

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA a été créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Ce dispositif participe à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Cette prestation concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles hébergées en établissement. Elle est attribuée et financée par le Conseil général.

Pour en bénéficier, il faut être âgé d'au moins 60 ans, avoir une résidence stable en France et justifier d'un certain degré de perte d'autonomie. Celui-ci est évalué en fonction de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) qui comprend 6 niveaux. Seuls les quatre premiers niveaux de cette grille ouvrent droit à l'APA.

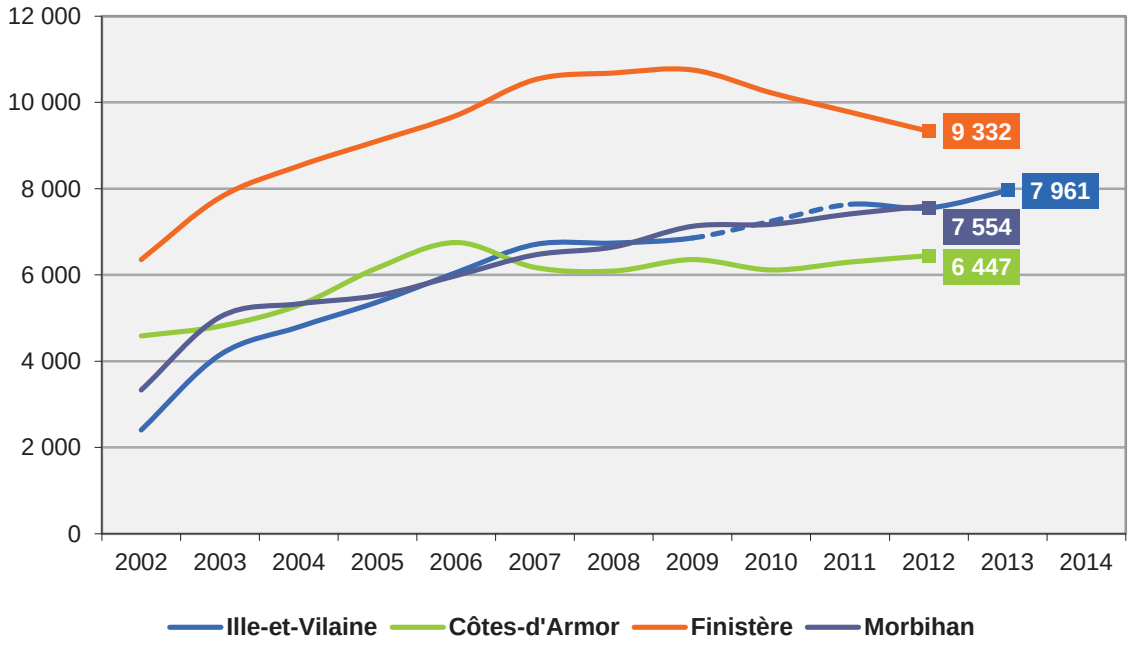
L'Allocation personnalisée d'autonomie attribuée dans le cadre du maintien à domicile repose sur l'élaboration d'un plan d'aide prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée. Le montant maximum du plan d'aide varie selon le degré de perte d'autonomie (groupe GIR 1 à 4). Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle (ticket modérateur) laissée à sa charge et calculée en fonction de ses ressources. Les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire.

Source : L'allocation personnalisée d'autonomie, social-sante.gouv.fr.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

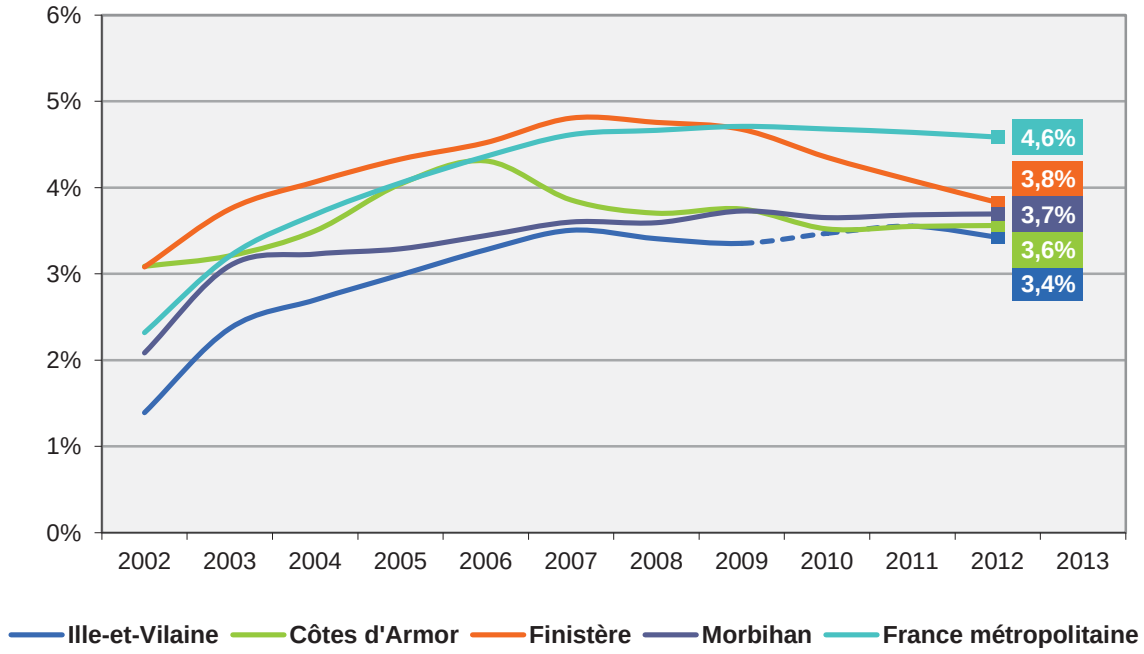
Des quatre départements bretons, l'Ille-et-Vilaine est resté le département avec le plus faible nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile jusqu'en 2006. Avec **7961 bénéficiaires en 2013**, il devrait probablement être le second département après le Finistère. Comme dans l'ensemble des départements, l'Ille-et-Vilaine a connu une montée en puissance de l'APA les premières années, avec une augmentation moyenne de 12,8% par an entre 2003 et 2007. La hausse s'est prolongée ensuite mais à un rythme moins élevé, 2,9% par an en moyenne entre 2007 et 2013. Le Morbihan a connu une évolution analogue à celle de l'Ille-et-Vilaine. En revanche, le nombre de bénéficiaires est relativement stable depuis 2006 dans les Côtes d'Armor tandis que le Finistère enregistre une baisse depuis 2010.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile dans les quatre départements bretons entre 2002 et 2012



Source : STATISS, nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre de chaque année (données 2010 Ille-et-Vilaine non disponible).

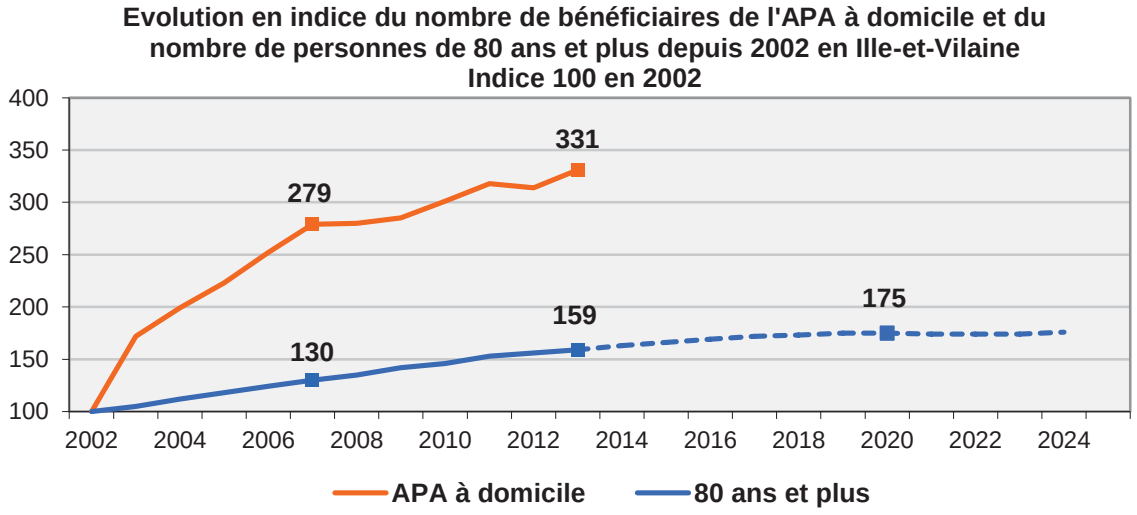
Evolution du taux de bénéficaires de l'APA à domicile parmi l'ensemble des personnes de 60 ans et plus



Source : STATISS, nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre de chaque année (données 2010 Ille-et-Vilaine non disponible). Insee, ELP 2013.

Au terme de la première année de mise en application de l'APA en 2002, l'Ille-et-Vilaine comptait 2 405 bénéficiaires à domicile, représentant 1,4% de la population de 60 ans et plus. Dix ans plus tard **en 2012, le nombre de bénéficiaires s'élève à 7 544 bénéficiaires, soit 3,4% de la population de 60 ans et plus.** Ramené à l'ensemble des 60 ans et plus, la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile en Ille-et-Vilaine converge avec la proportion observée dans les trois autres départements bretons mais elle demeure inférieure à la part d'allocataires observée en France métropolitaine (4,6%).

Le taux global de bénéficiaires parmi les personnes de 60 ans et plus s'est stabilisé à partir de 2007 mais le nombre de bénéficiaires a continué de progresser jusqu'en 2011. En 2012, le Département enregistrait pour la première fois une baisse du nombre de bénéficiaires de l'APA. En 2013, bien que les chiffres doivent être analysés avec prudence (du fait du changement de logiciel), il apparaît que le nombre de bénéficiaires soit reparti à la hausse.



Source : STATISS, nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre de chaque année (données 2010 Ille-et-Vilaine non disponible). Insee, ELP 2013. Insee Bretagne (données de projection de population).

Si on considère que le processus de montée en charge de l'APA est maintenant achevé, le nombre d'allocataires à domicile pourrait augmenter désormais à un rythme équivalent ou proche de celui correspondant à l'augmentation du nombre de personnes de 80 ans et plus, cette population représentant plus des trois quarts des allocataires *(cf. profil des bénéficiaires).*

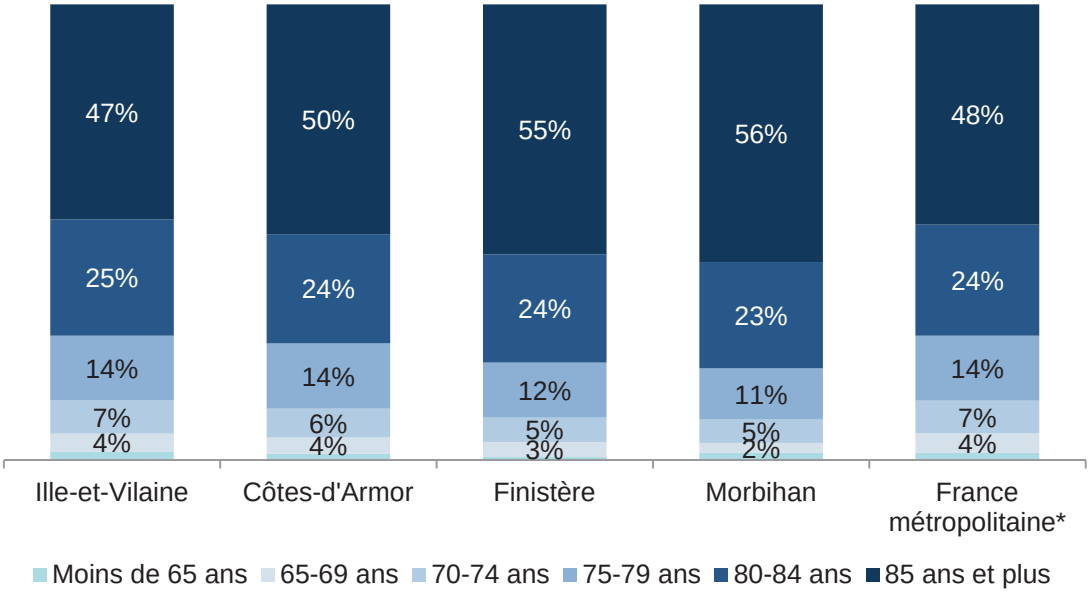
Profil des bénéficiaires

L'APA à domicile des 85 ans et plus en Ille-et-Vilaine au 31 décembre 2012

47%
des bénéficiaires de l'APA à domicile ont **85 ans et plus**

21%
des 85 ans et plus sont bénéficiaires de l'APA à domicile

Répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2012



** Estimation sur la base des données de 81 départements représentant 87% du total d'allocataires de l'APA à domicile au 31 décembre 2012.*

Source : Drees - Enquête annuelle "Aide sociale".

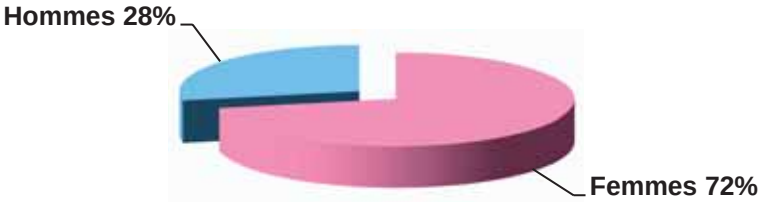
En moyenne, près de trois quarts des allocataires de l'APA à domicile sont âgés de 80 ans ou plus et près d'un sur deux de 85 ans ou plus. La répartition par âge en Ille-et-Vilaine est au niveau de la moyenne nationale avec une proportion des allocataires plus jeunes un peu plus élevée que dans les trois autres départements bretons.

Part des bénéficiaires de l'APA à domicile par tranche d'âge au 31 décembre 2012

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	France métropolitaine
Moins de 65 ans	**0,2%**	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%
65-69 ans	**0,7%**	0,6%	0,6%	0,4%	1,0%
70-74 ans	**1,7%**	1,5%	1,4%	1,2%	2,2%
75-79 ans	**3,3%**	3,4%	3,1%	2,8%	4,7%
80-84 ans	**7,1%**	6,7%	7,2%	7,1%	9,5%
85 ans et plus	**20,8%**	21,9%	26,1%	26,5%	19,3%

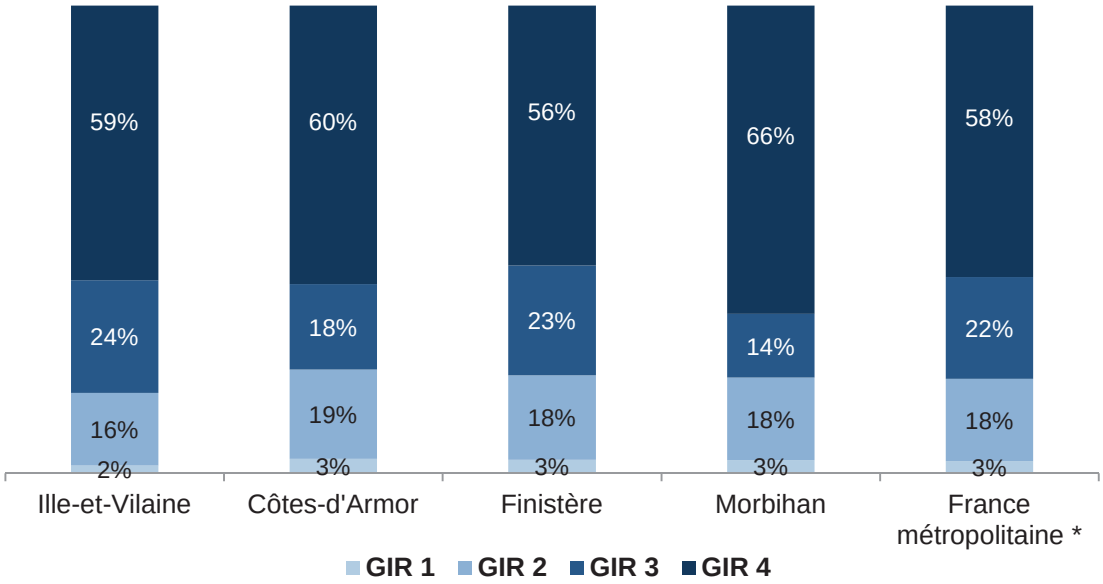
Sources : Drees - Enquête annuelle "Aide sociale". Insee, ELP 2013.

Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile par sexe en Ille-et-Vilaine au 31 décembre 2012



Source : Drees - Enquête annuelle "Aide sociale".

Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2012



** Estimation sur la base des données de 81 départements représentant 80% du total d'allocataires de l'APA à domicile au 31 décembre 2012.*

Source : Drees - Enquête annuelle "Aide sociale".

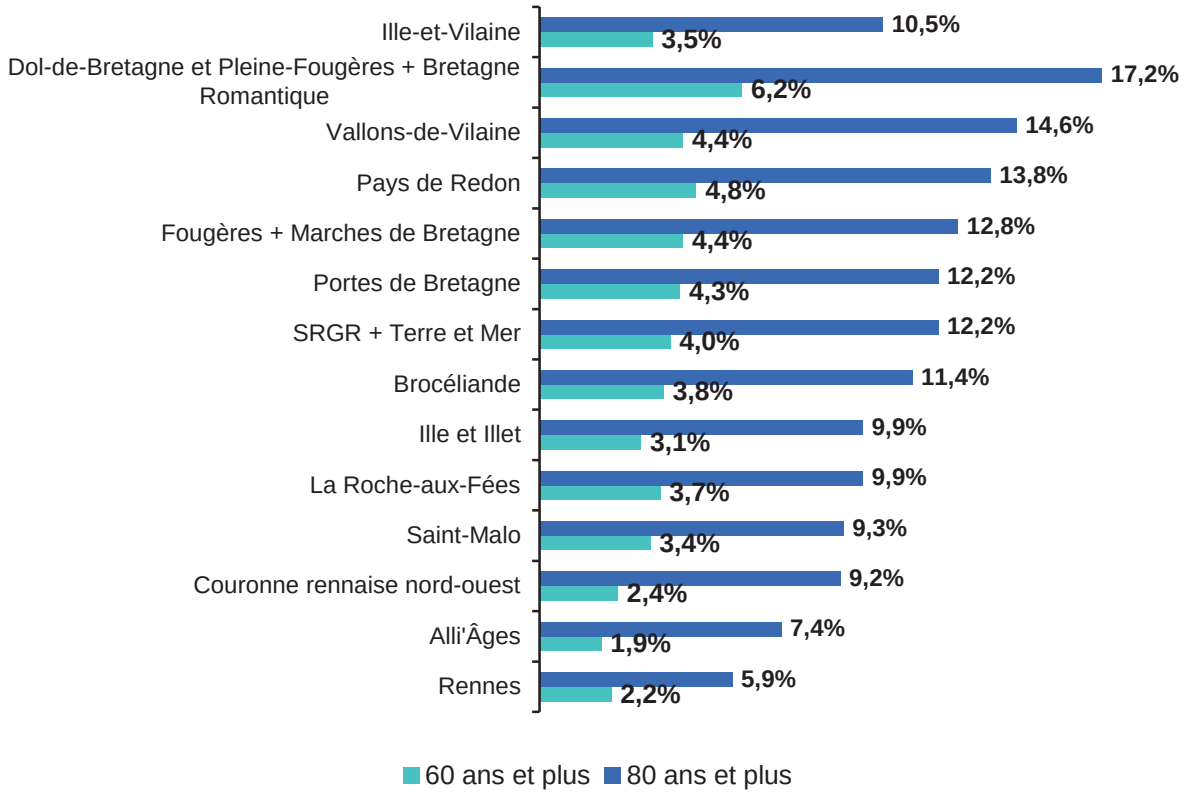
En Ille-et-Vilaine, seuls 18% des allocataires à domicile relèvent d'un GIR 1 ou 2 c'est-à-dire d'une situation de forte dépendance. Cette proportion est plus forte dans les trois autres départements bretons avec 3,3 points de plus dans les Côtes d'Armor, +3,7 points dans le Finistère et +5 points dans les Côtes d'Armor. En contrepartie, la proportion de personnes en GIR 3 est plus forte en Ille-et-Vilaine avec 5,8 points de plus que dans les Côtes d'Armor et 10,5 points de plus que dans le Morbihan. La majorité des allocataires demeure des personnes en GIR 4 avec 59% du nombre total d'allocataires en Ille-et-Vilaine.

L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile par CODEM

Nombre d'allocataires APA à domicile au 31 décembre 2012 par CODEM

CODEM	Nombre d'allocataires	En % du total Ille-et-Vilaine
Rennes	845	11,2
Brocéliande	587	7,8
Fougères	563	7,5
Portes de Bretagne	546	7,2
Saint-Malo	533	7,1
Pays des Vallons-de-Vilaine	521	6,9
Alli'âges	495	6,6
Dol-de-Bretagne et Pleine-Fougères	492	6,5
Pays de Redon	465	6,2
Couronne rennaise nord-ouest	401	5,3
Marches-de-Bretagne	400	5,3
Terre et Mer	389	5,2
Bretagne Romantique	358	4,7
Secteur Rive Gauche de la Rance	348	4,6
La Roche-aux-Fées	342	4,5
Ille et Illet	259	3,4
Total Ille-et-Vilaine	**7 544**	**100%**

Pourcentage de bénéficiaires de l'APA à domicile par CODEM par rapport aux 60 ans et plus et aux 80 ans et plus



Sources : Nombre de bénéficiaires APA au 31 décembre 2012, Conseil général d'Ille-et-Vilaine - Population de 60 ans et plus et 80 ans et plus : Insee Bretagne, estimations au 1er janvier 2013.

Au 31 décembre 2012, l'Ille-et-Vilaine comptait 7 544 bénéficiaires de l'APA à domicile dont 73% âgés de 80 ans ou plus. A la même date, l'Insee Bretagne estime à 220 330 le nombre de personnes de 60 ans et plus et à 53 555 le nombre de personnes de 80 ans et plus. En proportion, le nombre d'allocataires à domicile représentait ainsi 3,4% de la population de 60 ans et plus et 10,5% de la population de 80 ans et plus.

Si de par la taille de sa population, la ville de Rennes rassemble de manière logique le plus grand nombre de bénéficiaires (845), elle forme avec les CODEM qui l'entourent, le territoire qui compte le moins de bénéficiaires en proportion de la population de 60 ans et plus : seulement 2,2% à Rennes, 1,9% dans le CODEM Alli'âges, 2,4% en Couronne rennaise nord-ouest et 3,1% pour le CODEM de l'Ille et Illet.

A l'opposé de l'agglomération rennaise, les CODEM de Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères et de la Bretagne Romantique ont une proportion de bénéficiaires estimée à 6,2% des 60 ans et plus.

Les écarts entre CODEM sont naturellement plus importants sur les classes d'âge concentrant la majorité des bénéficiaires de l'APA à domicile. Ainsi à partir de 80 ans, la proportion de bénéficiaires est presque trois fois plus élevée dans les CODEM de Dol-de-Bretagne, Pleine Fougères et Bretagne Romantique que dans celui de Rennes (17,2% contre 5,9%) et les écarts vont croissant avec l'âge. Au-delà de 90 ans, la proportion de bénéficiaires sur ces mêmes CODEM est respectivement de 28,4% et 10,9%.

Les bénéficiaires de services ménagers

La prestation « aide ménagère » est la première prestation mise en place pour l'accompagnement à domicile des personnes âgées par la CRAM Bretagne dans les années 70. Cette aide peut être financée par les caisses de retraite, les personnes elles-mêmes ou l'aide sociale « services ménagers » du Département auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Pour les personnes âgées, les bénéficiaires justifient d'un taux d'incapacité de 80% et vivent seuls ou avec une personne qui ne peut assurer une aide ménagère. L'aide est allouée sous condition de ressources.

En 2013, l'aide ménagère pour les personnes âgées a été allouée à 289 personnes en Ille-et-Vilaine.

En comparaison, le Morbihan et le Finistère totalisent deux fois plus de bénéficiaires sur ce dispositif. Au 31 décembre 2012, on comptait 244 bénéficiaires en Ille-et-Vilaine contre 472 dans le Morbihan et 492 dans le Finistère.

Nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'aide ménagère au 31 décembre 2012

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	France métropolitaine
Aide ménagères ou auxiliaires de vie	**244**	221	492	472	18 132

Source : CREAI de Bretagne, DREES Séries statistiques n°187 - Avril 2014.

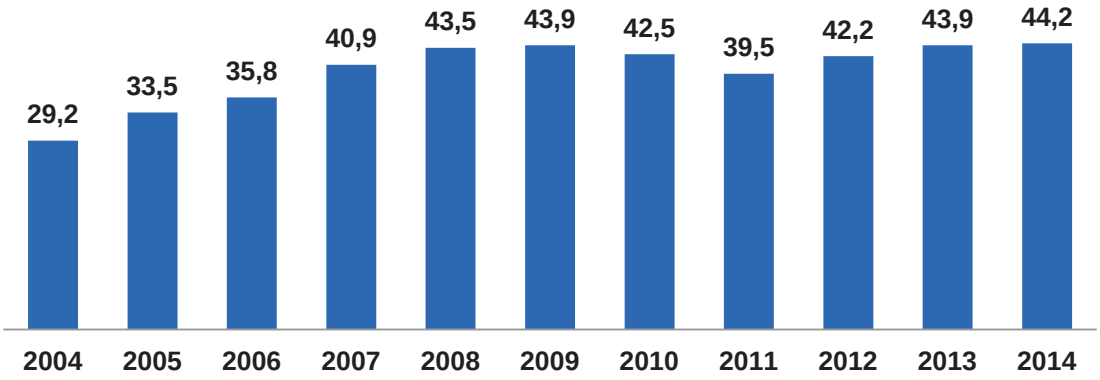
Rapporté à la population de 60 ans et plus, le CODEM des Marches-de-Bretagne est le territoire présentant la plus forte proportion de bénéficiaires de l'aide ménagère aux personnes âgées (2,2 ‰) devant le CODEM de Redon et le CODEM du Pays des Vallons-de-Vilaine (1,9‰). La ville de Rennes est le territoire comptabilisant le plus grand nombre de bénéficiaires (58) mais dans une proportion proche de la moyenne (1,6‰ contre 1,3‰). A l'inverse, les CODEM situés en périphérie de la métropole sont avec la Bretagne Romantique, les territoires où la proportion est la plus faible (entre 0,5‰ et 0,8‰).

Le financement de la politique de maintien à domicile des personnes âgées

Le Département s'efforce de répondre au souhait de la très grande majorité des personnes âgées qui est de rester vivre le plus longtemps possible chez elles, dans leur cadre de vie habituel. **Le budget qu'il y consacre a augmenté de 52% en dix ans et représente 44,2 millions d'euros en 2014**.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet aux personnes âgées de financer les dépenses liées à leur perte d'autonomie. **7 961 personnes percevaient l'APA à domicile en 2013** [18]. Une prestation représentant 40,8 millions d'euros dans le budget 2014. D'autres prestations sont financées par le Département pour 3,4 millions d'euros comme la prestation services ménagers, l'allocation compensatrice tierce personne et l'allocation de placement familial.

Dépenses du Département
Politique 321 - Maintien à domicile des personnes âgées
En millions d'euros



Evolution des principaux financements
Politique 321 - Maintien à domicile des personnes âgées

	Comptes administratifs		BP	TCAM *	
Dispositifs	**2006**	**2010**	**2014**	**2006-2010**	**2010-2014**
APA à domicile	32 939 048 €	38 999 701 €	40 801 500 €	4,3%	1,1%
ACTP + 60 ans	967 939 €	1 108 783 €	950 000 €	3,5%	-3,8%
Allocation placement familial	108 128 €	97 748 €	80 000 €	-2,5%	-4,9%
Services ménagers	330 598 €	490 922 €	540 000 €	10,4%	2,4%
Autres	1 495 756 €	1 826 633 €	1 863 045 €	5,1%	0,5%
Total	**35 841 469 €**	**42 531 067 €**	**44 234 545 €**	**4,4%**	**1,0%**

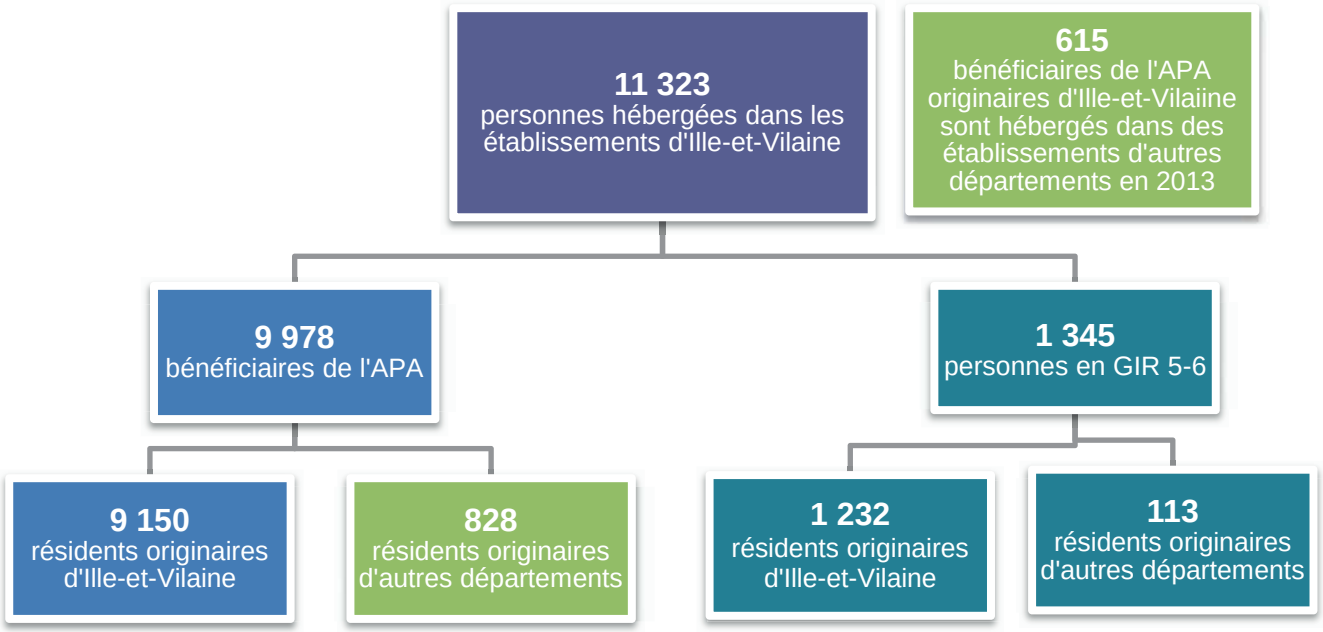
** TCAM : Taux de croissance annuel moyen.*
Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Pôle Solidarité.

[18] Le chiffre inclue potentiellement des dossiers non reconduits. Suite au changement de logiciel, les services du Département ne sont pas en mesure de communiquer un chiffre définitif au moment de la rédaction.

B) Les personnes âgées accueillies en structure

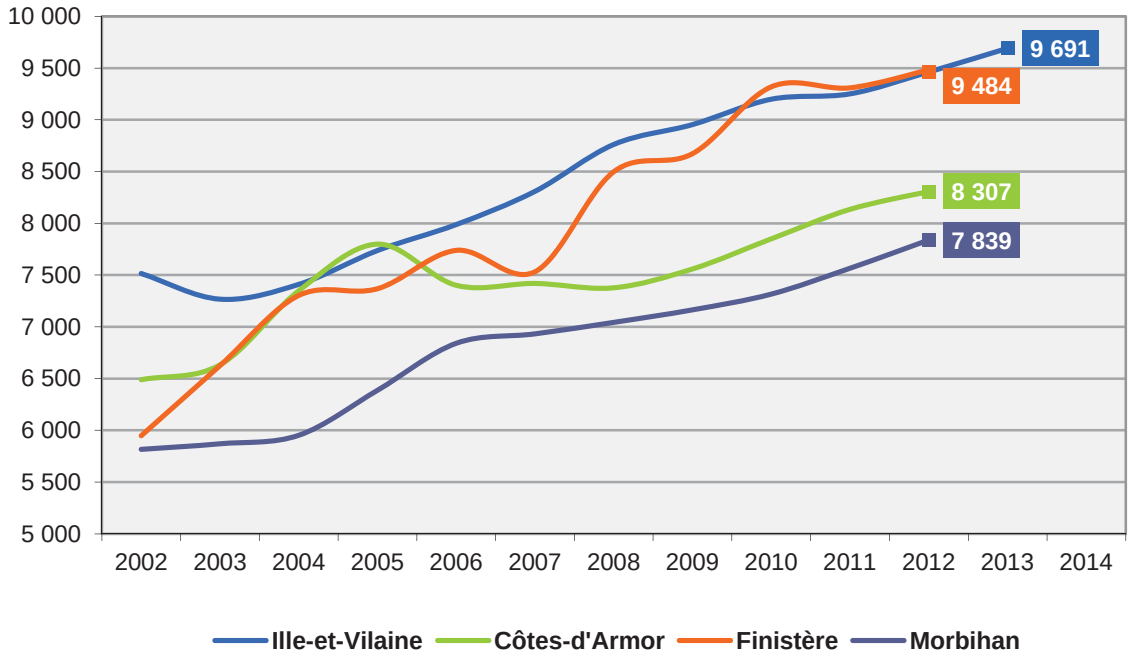
Nombre de personnes accueillies dans les établissements pour personnes âgées d'Ille-et-Vilaine

Nombre de personnes dans les établissements pour personnes âgées d'Ille-et-Vilaine en 2014 (EHPAD, EHPA et USLD)

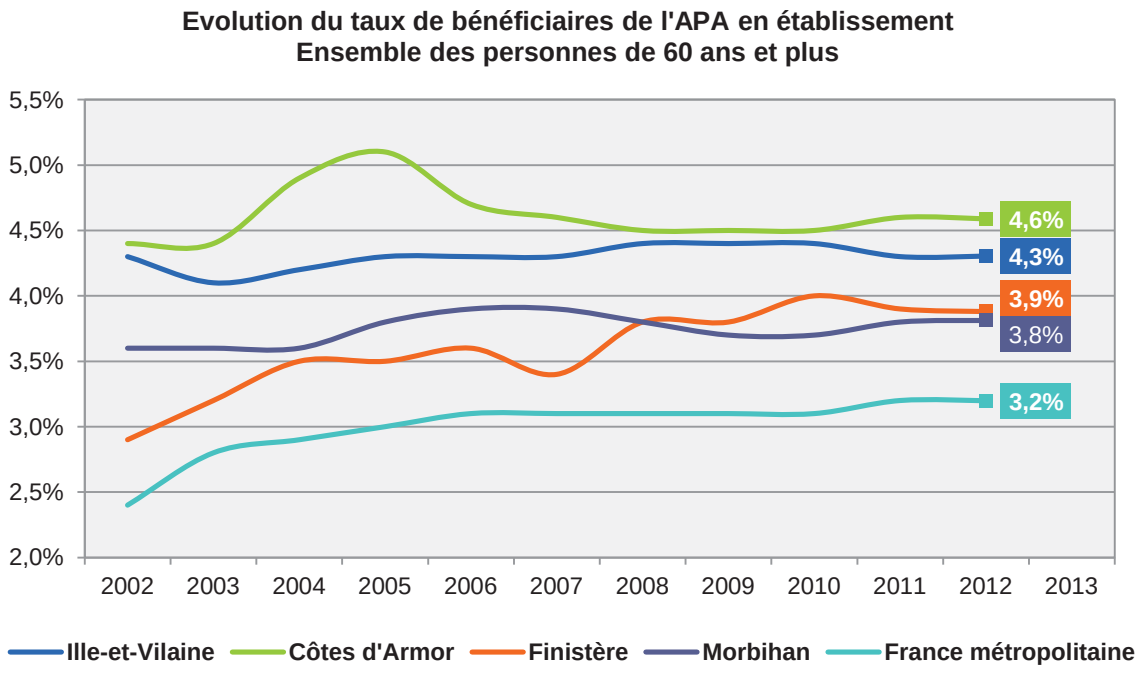


Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement dans les quatre départements bretons entre 2002 et 2012



Sources : STATISS, nombre de bénéficiaires APA en établissement au 31 décembre de chaque année. Conseil général d'Ille-et-Vilaine pour les données 2013, direction PAPH.



Sources : Nombre de bénéficiaires APA en établissement au 31 décembre de chaque année : STATISS / Population de 60 ans et plus : Insee, ELP.

Le Département d'Ille-et-Vilaine au moment de la mise en place de l'APA, a fait le choix, comme le prévoyaient les textes, de financer l'APA dans les établissements accueillant des personnes âgées, sous forme de dotation globale. Une convention signée entre les gestionnaires des établissements et le Département en fixe les modalités d'attribution et de versement. Son montant est arrêté annuellement par le Président du Conseil Général.

Par ailleurs, s'agissant des structures accueillant des personnes âgées, le Président du Conseil général fixe chaque année :

- pour les structures habilitées à l'aide sociale, le tarif hébergement qui sera facturé à la personne et qui peut être modulé pour tenir compte du confort des espaces ou de la durée de l'hébergement (permanent, temporaire, accueil de jour ou de nuit),
- le tarif applicable aux résidents de moins de 60 ans,
- les tarifs APA par groupe iso-ressources (GIR).

L'Agence régionale de santé, autorité conjointe pour l'autorisation et le financement de ces structures, octroie aux EHPAD et USLD une dotation soins dans le cadre des conventions tripartites signées.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement a progressé régulièrement en Ille-et-Vilaine au cours des 10 dernières années avec toutefois un ralentissement depuis 2008. Le taux de croissance annuel moyen est ainsi passé de 3,8% entre 2003 et 2008 à 2% entre 2008 et 2013. Compte-tenu de la croissance de la population (cf. l'évolution de la pyramide des âges, chapitre 1.1), le taux de bénéficiaires est resté stable sur la période avec 4,3% de bénéficiaires parmi l'ensemble des 60 ans et plus en 2013.

Les autres départements bretons ont connu des évolutions plus contrastées. En 2006, les Côtes d'Armor ont enregistré 400 bénéficiaires de moins qu'en 2005, puis deux années de stabilité avant de repartir à la hausse en 2009. Dans le Finistère, le département alterne depuis 2004 des années de hausse sensible avec des années de croissance faible ou de baisse. Enfin, dans le Morbihan, l'augmentation a nettement ralentie après deux années de hausse importante en 2005 et 2006, mais le taux de croissance progresse à nouveau fortement depuis 2011.

Les Côtes d'Armor enregistre la part de bénéficiaires la plus importante avec 4,6% de la population de 60 ans et plus tandis que le Finistère et le Morbihan ont respectivement 3,9% et 3,8% de bénéficiaires. De manière générale, la Bretagne s'inscrit dans une tendance caractéristique de l'ouest de la France où la part de bénéficiaires de l'APA en établissement est nettement plus importante.

Une dépendance accrue

GMP moyen par type d'établissements en 2014

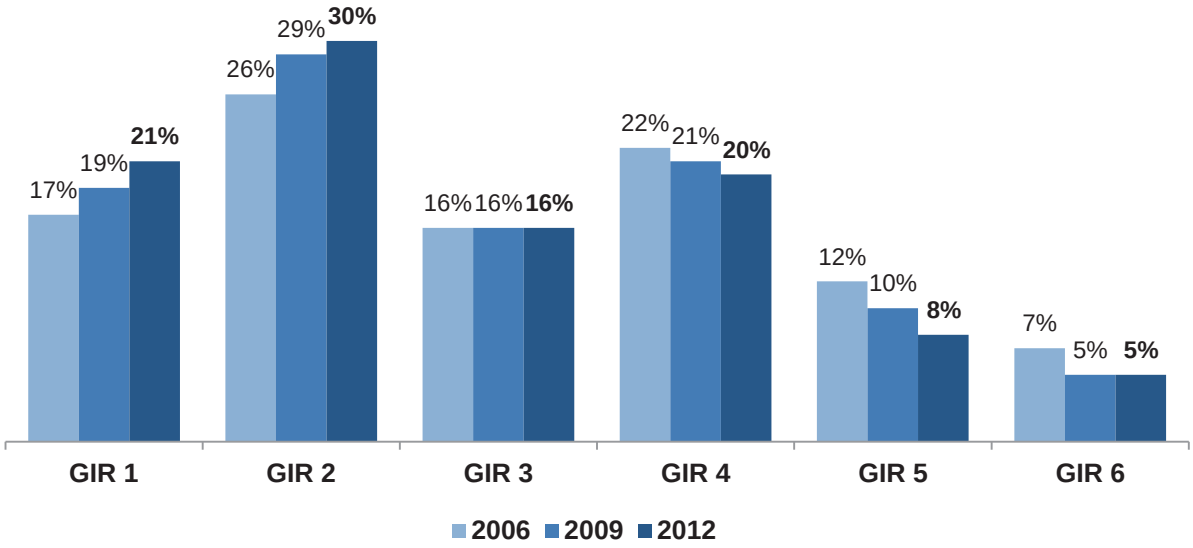
Etablissements	GMP Moyen	Nombre d'établissements
EHPAD		
Habilités à l'aide sociale (y compris sanitaires)	695	123
Non habilités à l'aide sociale	623	12
Total	690	135
EHPA		
Habilités à l'aide sociale	286	27
Ensemble des établissements d'Ille-et-Vilaine [(1)]		
Habilités à l'aide sociale (EHPAD + EHPA)	655	150
Non habilités à l'aide sociale (EHPAD)	623	12
Total	**653**	**162**

[(1)] Nombre d'établissements : Lorsqu'il existe un seul budget pour plusieurs établissements, le nombre retenu est celui du nombre d'établissements et non le nombre de budgets. Ne sont pas comptabilisés ici les accueils de jour autonomes (7) et hébergement temporaire autonome (1), soit 8 structures.

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, Synthèse des budgets autorisés 2014.

Le GMP moyen de l'ensemble des établissements d'Ille-et-Vilaine est de 653 points en 2014.

Evolution de la répartition des résidents par GIR dans les EHPAD d'Ille-et-Vilaine (EHPAD habilités à l'aide sociale)

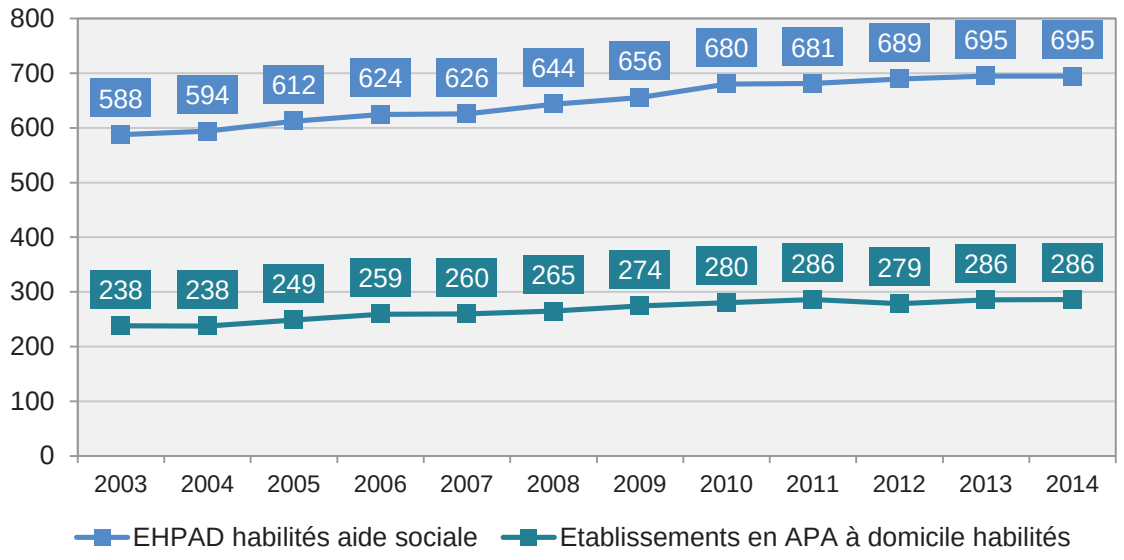


Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, synthèse des comptes administratifs.

En 2012, plus d'une personne sur deux hébergées dans les EHPAD d'Ille-et-Vilaine a un GIR de type 1 ou 2 (51,7%). Cette proportion a augmenté de 20% depuis 2006 avec une progression plus forte encore des personnes en GIR 1 (+27% entre 2006 et 2012) et qui tend à s'accélérer sur la période récente. Ainsi le nombre de personnes en GIR 1 a augmenté de 10,4% entre 2006 et 2009 et de 15,1% entre 2009 et 2012.

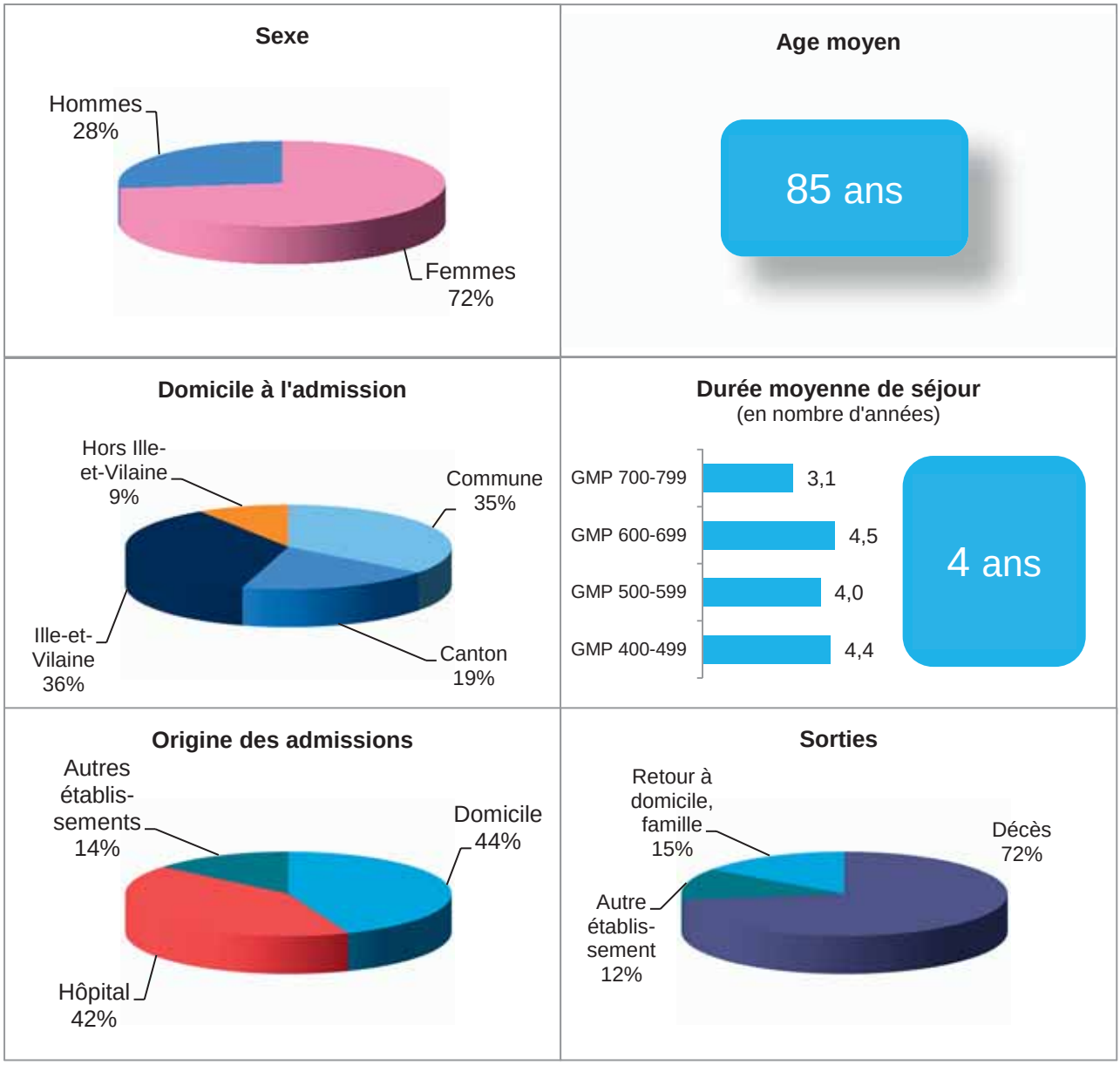
A contrario, la part des personnes plus faiblement dépendantes (GIR 3 et 4) et des personnes autonomes (GIR 5 et 6) a diminué respectivement de 7,4% et de 31,7% depuis 2006. Ces deux catégories représentent désormais 35,8% et 12,5% du total des personnes hébergées en EHPAD.

Evolution du GMP moyen des établissements habilités à l'aide sociale en Ille-et-Vilaine entre 2003 et 2014



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, synthèse des budgets autorisés.

Profil des personnes hébergées en EHPAD et USLD



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, synthèse des comptes administratifs 2011.

Les statistiques issues des comptes administratifs 2011 indiquent par ailleurs que cette année-là, les établissements accueillaient 73 personnes de moins de 60 ans dont 47 personnes en situations de handicap et 216 personnes en situation de handicap de plus de 60 ans.

Nombre d'admissions

En 2011, 94 établissements représentant 7476 places, soit 83% de la capacité totale d'accueil en EHPAD dans le département, ont déclaré 1 876 admissions dans l'année, soit ¼ de leur capacité d'accueil. A ce rythme, **la totalité des places d'hébergement est renouvelée tous les 4 ans**, une valeur conforme à la durée moyenne de séjour calculée par ailleurs.

Taux de rotation annuelle des places d'hébergement permanent

25%

L'aide sociale à l'hébergement

En 2013, 1 533 personnes ont été aidées par le Département au titre de l'aide sociale à l'hébergement, soit 4,3% de plus qu'en 2012 (1470). On compte cependant 220 bénéficiaires de l'ASH de moins qu'en 2006 (1753 bénéficiaires cette année-là).

En proportion, les bénéficiaires de l'aide sociale représentent 13,5% des personnes accueillies dans les établissements habilités à l'aide sociale.

Pour mémoire, en Ille-et-Vilaine, la quasi-totalité (94%) des places d'hébergement pour personnes âgées est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement

1 533 personnes

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement en établissement au 31 décembre 2012

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	France métropolitaine
ASH en établissement	**1 301**	1 349	1 511	852	115 105

Remarque : ces chiffres correspondent au nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2012, le chiffre de 1470 bénéficiaires en Ille-et-Vilaine (cf. supra) correspond au total de bénéficiaires en 2012.

Source : CREAI de Bretagne, DREES Séries statistiques n°187 - Avril 2014.

Au 31 décembre 2012, les données communiquées à la DREES par les quatre départements bretons faisaient été de 1301 bénéficiaires de l'ASH en Ille-et-Vilaine, soit un peu plus d'un quart du total de personnes aidées dans les établissements en Bretagne.

Les données AQUALIE

Depuis l'année 2007, les établissements accueillant des personnes âgées dans le département d'Ille-et-Vilaine remplissent annuellement l'outil Aqualie 35.

Outil d'évaluation de la qualité élaboré avec les établissements, portant sur quelques indicateurs considérés comme les plus pertinents, Aqualie35 est aussi un recueil d'informations à visée statistiques sur les caractéristiques de la population accueillie par les structures.

La moyenne d'âge des personnes accueillies en établissement depuis 2007 :

Année	Age moyen
2007	83,97
2008	84,21
2009	84,23
2010	84,71
2011	84,76
2012	**85,50**

L'âge moyen des personnes accueillies a évolué de plus d'un an et demi en 6 ans pour atteindre 85,50 ans. Les 3/4 des personnes accueillies sont des femmes, avec une exception dans les établissements sanitaires (67% de femmes).

De plus en plus de résidents accueillis nécessitent des aides techniques : 50,89% en 2011 contre 52% en 2012 des résidents accueillis nécessitent une aide aux repas et 80,24% en 2011 contre 82% des résidents nécessitent une aide à la toilette.

53% des personnes accueillies dans les structures ayant répondu nécessitent une aide d'un professionnel pour leurs transferts.

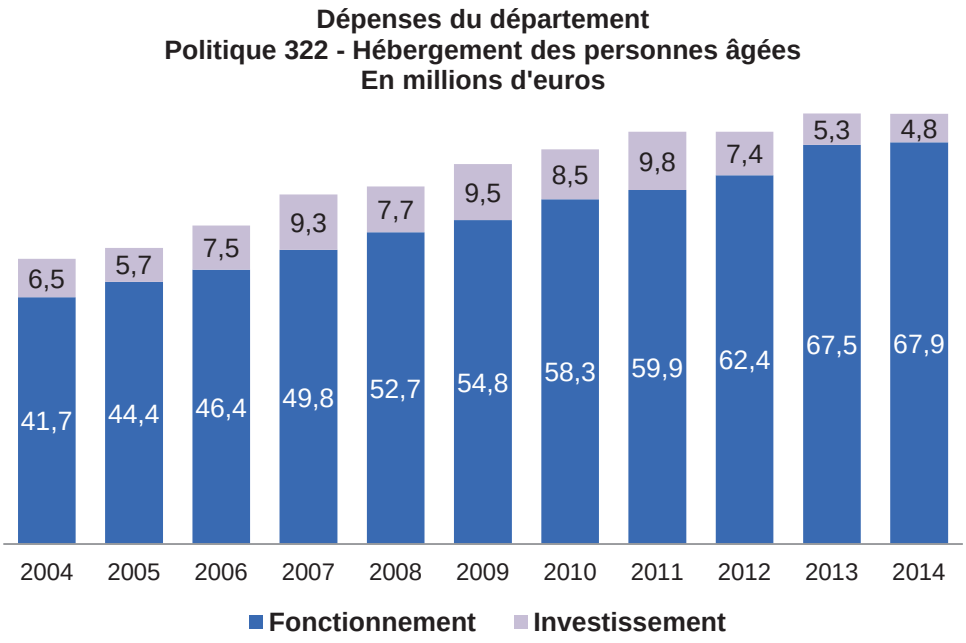
En moyenne le quart des résidents des structures ont une dépendance telle qu'elles sont confinées au lit ou au fauteuil.

Données concernant la désorientation :

Près de 60% des personnes présentent des troubles de l'orientation (cotation B ou C dans la grille AGGIR) avec une prépondérance pour le trouble de l'orientation dans le temps et 65% présentent des troubles de la cohérence.
Selon la version d'Aqualie 35 de 2012, qui mesure pour la première fois cette donnée, seuls 8% des résidents ont bénéficié d'une consultation mémoire ou gérontologique standardisée.

Le financement de la politique d'hébergement des personnes âgées

Le Département développe dans toute l'Ille-et-Vilaine un accueil de qualité et de proximité en établissement tout en veillant à ce qu'il reste financièrement accessible.



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Pôle Solidarité.

Le budget consacré par le Département à la politique d'hébergement des personnes âgées en 2014 est de **67,9 millions d'euros en fonctionnement** et de **4,8 millions d'euros en investissement**. En moyenne, le budget de fonctionnement a progressé de 5% par an entre 2004 et 2014.

Dépenses de fonctionnement du Département
Politique 322 - Hébergement des personnes âgées

	Comptes administratifs		BP	TCAM [1]	
Dispositifs	**2006**	**2010**	**2014**	**2006-2010**	**2010-2014**
APA dotation aux établissements	27 611 525 €	37 476 311 €	45 022 100 €	7,9%	4,7%
APA ets versée aux bénéficiaires	786 520 €	1 069 864 €	1 300 000 €	8,0%	5,0%
Aide sociale à l'hébergement	16 713 768 €	18 317 649 €	19 500 000 €	2,3%	1,6%
Frais d'accueil de jour	521 597 €	1 069 566 €	1 837 300 €	19,7%	14,5%
Frais de repas	763 769 €	376 215 €	280 000 €	-16,2%	-7,1%
Autres	1 794 €	1 199 €	9 000 €	ns	ns
Total	**46 398 973 €**	**58 310 804 €**	**67 948 400 €**	**5,9%**	**3,9%**

[1] Taux de croissance annuel moyen.

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Pôle Solidarité.

Le Département aide les personnes âgées à financer leur hébergement en versant l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, ce qui correspond à près de 46,3 millions d'euros de dépenses dans le budget 2014. Au financement de l'APA s'ajoute 19,5 millions d'euros de prestations d'aide sociale pour permettre aux personnes âgées ayant les ressources les plus modestes d'être accueillies dans un établissement de leur choix. Les dépenses d'investissement contribuent à financer des opérations de création, de rénovation et de mise aux normes des établissements.

APA à domicile et en établissement : données de comparaison

Proportion de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans et plus dans les départements de l'ouest

	Taux de bénéficiaires de l'APA en % de la population de 75 ans et plus					
	Domicile		Etablissement		Ensemble	
	%	Rang[1]	%	Rang[1]	%	Rang[1]
Ille-et-Vilaine	**8,8**	**83e**	**11,0**	**8e**	**19,8**	**56e**
Côtes-d'Armor	8,9	81e	11,5	4e	20,5	46e
Finistère	9,8	71e	9,9	21e	19,7	59e
Morbihan	9,6	74e	10,0	18e	19,6	60e
Loire-Atlantique	7,5	92e	10,8	12e	18,3	72e
Manche	8,3	88e	9,4	31e	17,7	80e
Mayenne	7,8	90e	10,8	11e	18,6	69e
France métropolitaine	**12,1**		**8,4**		**20,5**	

[1] Classement par ordre décroissant parmi les 96 départements de France métropolitaine.

Source : Insee. DREES, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2012; Insee, estimations de population au 01/01/2013. Date de mise à jour : 26/03/2014

Au 31 décembre 2012, 19,8% de la population de 75 ans et plus en Ille-et-Vilaine bénéficie de l'APA dont 8,8% à domicile et 11% en établissement. Le département s'inscrit dans une culture caractéristique des départements de l'ouest de la France qui consiste à recourir davantage à l'établissement plutôt qu'à l'accompagnement à domicile face à la perte d'autonomie.

Au niveau global, l'Ille-et-Vilaine présente une proportion de bénéficiaires de l'APA qui classe le département au 56e rang, en dessous de la moyenne nationale. Les proportions les plus importantes se trouvent en Haute-Corse avec près d'un tiers de bénéficiaires, en Aveyron (30,2%), dans le Pas-de-Calais (28,9%), dans les Ardennes (28,6%) et dans l'Hérault (28%). Les proportions les plus faibles sont relevées en région parisienne : Hauts-de-Seine (13,8%), Essonne (13,3%) et Yvelines (12,4%).

L'Ille-et-Vilaine présente une des plus faible proportions de bénéficiaires de l'APA à domicile avec seulement 8,8%, ce qui classe le Département au 83e rang, la proportion la plus faible étant enregistrée par un autre département du grand ouest : en Maine-et-Loire avec 6,2%.

A contrario, la proportion de personnes hébergées en établissement est très élevée dans notre département. Seuls dix département présentent une proportion supérieure, le premier étant la Lozère avec 16%, puis l'Aveyron avec 13,9% et l'Ardèche avec 12,2%. On notera la forte proportion dans les Côtes d'Armor également avec 11,5% des 75 ans et plus. Les proportions de bénéficiaires de l'APA en établissement les plus faibles se trouvent en Essonne (5,4%) et en Corse (3,5% et 4,5%).

Dépenses totales brutes d'APA hors frais de personnel 2011

	Dépenses totale brutes d'APA hors frais de personnel			
	€ / habitant	Rang[1]	€ par bénéficiaire	Rang[1]
Ille-et-Vilaine	**76,5 €**	**70e**	**4 763 €**	**19e**
Côtes-d'Armor	98,5 €	34e	4 139 €	74e
Finistère	102,2 €	31e	4 828 €	17e
Morbihan	91,6 €	52e	4 555 €	42e
Loire-Atlantique	64,4 €	83e	4 220 €	67e
Manche	97,3 €	37e	4 972 €	9e
Mayenne	86,1 €	59e	3 948 €	90e
France métropolitaine	**81,8 €**		**4 521 €**	

[1] Classement par ordre décroissant parmi les 96 départements de France métropolitaine.

Sources : Insee. Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale; Insee, estimations de population au 01/01/2011. Date de mise à jour : 26/03/2014.

L'Insee établit à partir des données de la DREES, des ratios qui permettent d'évaluer la contribution par habitant que représente le financement de l'APA et le niveau de dépenses brutes par bénéficiaires.

Sur la base de ces deux indicateurs, l'Ille-et-Vilaine consacrait en 2011, 76,5 euros par habitant pour un montant moyen de 4 763 euros par bénéficiaire. Ce niveau de dépenses plaçait le département respectivement à la 70e et 19e place parmi les 96 départements de France métropolitaine, soit une contribution par habitant relativement faible au regard de la moyenne nationale mais pour un montant moyen par bénéficiaire supérieur de 6,5% au montant moyen observée à l'échelle nationale.

La contribution moyenne par habitant calculée par l'Insee s'échelonne de 38,8 euros en Seine-et-Marne à 201,6 euros dans la Creuse. La dépense brute moyenne par bénéficiaire s'échelonne quant à elle, de 3 658 euros en Haute Corse à 5 400 euros dans les Hautes-Pyrénées.

2.2 Les adultes en situation de handicap

A) Les adultes en situation de handicap à domicile

Le droit à compensation[19]

Déjà inscrit dans la loi de rénovation sociale de 2002, le droit à compensation a été défini par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il distingue la compensation des conséquences du handicap de ce qui relève du revenu d'existence. C'est ainsi que la personne en situation de handicap « a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ». Le droit à compensation vise à permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne en prenant en compte ses besoins, ses attentes et son projet de vie. Il englobe des aides de toute nature pour vivre en milieu ordinaire ou adapté.

Ce droit comprend l'ensemble des moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap :

- accueil de la petite enfance ;
- insertion professionnelle ;
- aménagements à domicile et/ou au travail ;
- accueil et accompagnement en établissements et services spécialisés ;
- accès à des groupes d'entraide mutuelle pour favoriser l'insertion sociale ;
- moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique.

Il prend également en compte l'environnement de la personne. L'ensemble de ces réponses est inscrit dans le plan personnalisé de compensation établi pour chaque personne handicapée qui en fait la demande.

La PCH est une prestation légale qui a pour objet de participer au financement des solutions de compensation du handicap. Elle est attribuée dans le respect des conditions fixées par voie règlementaire et est destinée à financer les aides individuelles en fonction des besoins et du projet de vie de la personne.

La PCH remplace l'allocation compensatrice créée par la loi du 30 juin 1975. Tout comme cette dernière prestation, elle est attribuée après décision de la MDPH et est versée par le Conseil général après examen des ressources. Selon les ressources du bénéficiaire, le Département verse 100% ou 80% du montant attribué par la MDPH.

Les critères d'obtention de la PCH

Il faut être âgé de moins de 60 ans. Toutefois, les personnes dont l'âge est compris entre 60 et 75 ans peuvent obtenir une prestation, si elles remplissaient les conditions d'attribution avant 60 ans.

Un référentiel national a été construit afin de déterminer les critères d'éligibilité liés au handicap. Contrairement à d'autres prestations, ce n'est pas le taux d'incapacité de la personne qui est déterminant mais une difficulté absolue dans la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour l'accomplissement d'au moins deux activités. Ces difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an.

Les personnes accueillies dans un établissement médico-social ou un établissement de soins peuvent également solliciter l'attribution de la PCH pour des frais ne relevant pas de la mission de l'établissement, principalement pour les temps passés en dehors de l'établissement.

Que peut financer la PCH ?

Volet 1 : les aides humaines (hors aide ménagère).
Volet 2 : les aides techniques.
Volet 3 : l'aménagement du logement et du véhicule, ou des surcoûts de transport.
Volet 4 : les charges spécifiques ou exceptionnelles (exemple : réparation ce fauteuil roulant).

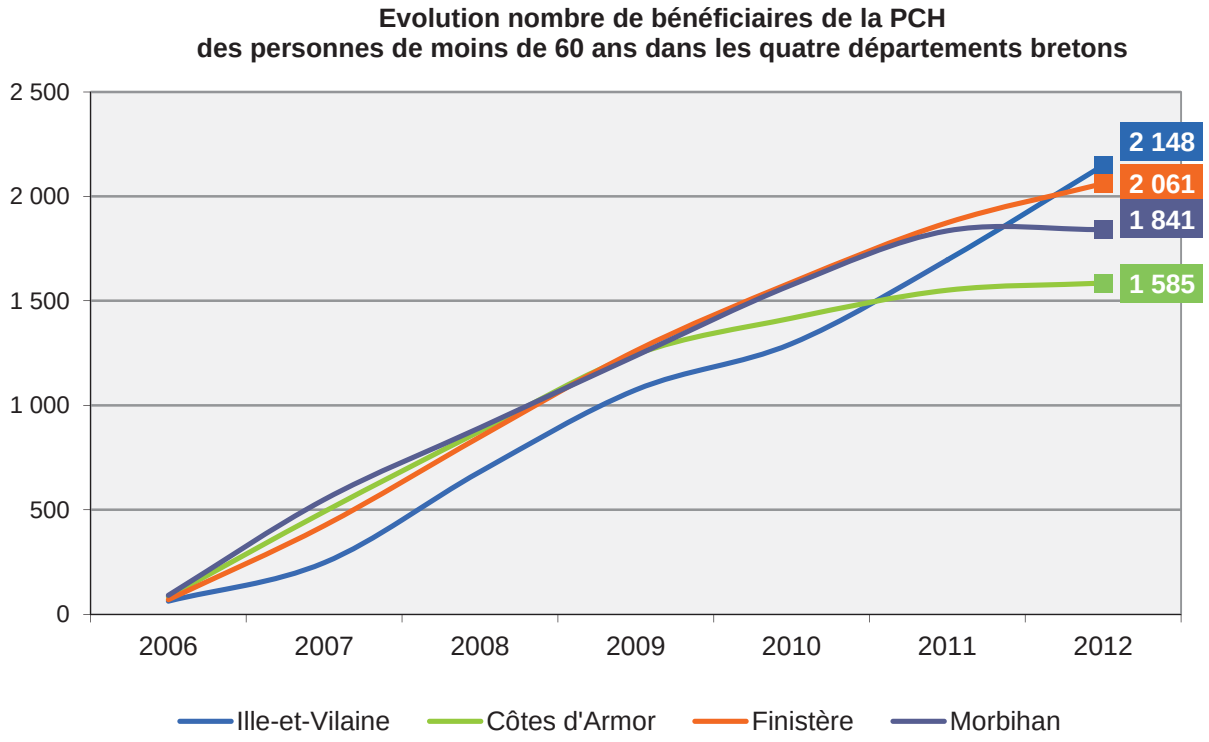
[19] Le fonctionnement et les conditions d'attribution de la PCH sont détaillés dans le *Guide pratique pour les personnes en situation de handicap* édité par le Département.

Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP

Nombre de bénéficiaires PCH et ACTP en Ille-et-Vilaine en 2013

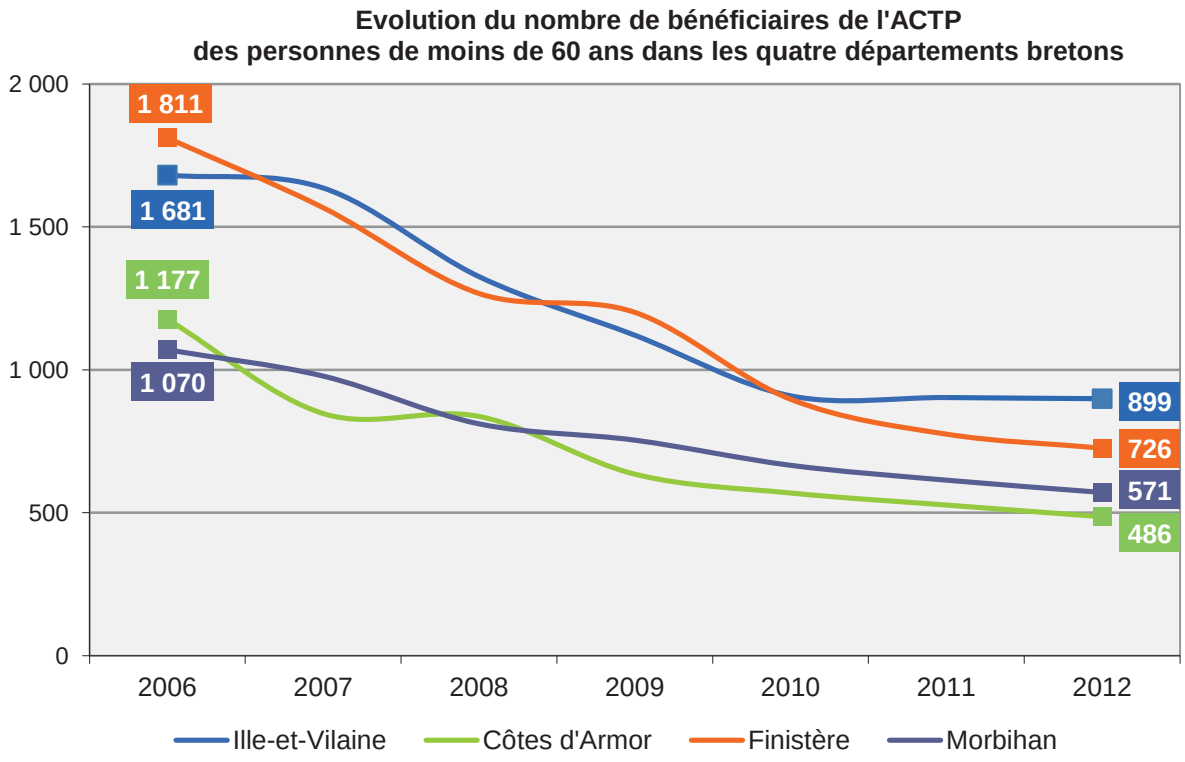
Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction PAPH, service GCRP.

Evolution du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP



Source : CREAI de Bretagne / DREES, Séries statistiques n°187 – Avril 2014, "Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012", nombre de bénéficiaires au 31 décembre de chaque année.

Au 31 décembre 2012, l'Ille-et-Vilaine comptait 2 148 bénéficiaires de la PCH âgés de moins de 60 ans. Après une augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH moins rapide que dans les autres départements bretons, le département a connu une évolution analogue à celle observée ailleurs en Bretagne et en France métropolitaine. Le nombre de bénéficiaires augmente moins rapidement depuis 2010 dans les Côtes d'Armor et depuis 2011 dans le Morbihan. La progression a également marqué le pas en 2012 dans le Finistère et globalement en France métropolitaine (respectivement +10% et +10,3%). Seule l'Ille-et-Vilaine a conservé un rythme de croissance soutenu en 2012 avec +26,7% (16e taux de croissance de France métropolitaine en 2012 pour la PCH, tous âges confondus).



Source : CREAI de Bretagne / DREES, Séries statistiques n°187 – Avril 2014, "Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012", nombre de bénéficiaires au 31 décembre de chaque année.

Conformément au dispositif mis en place par la loi, pour une partie des bénéficiaires, la PCH est venue remplacer l'ACTP. Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP a donc évolué logiquement à la baisse. En Ille-et-Vilaine, cette baisse s'est réalisée dans des proportions équivalentes à l'évolution nationale (-46%) pour atteindre 899 bénéficiaires au 31 décembre 2012. La baisse dans le Finistère et les Côtes d'Armor a été un peu plus soutenue (-59% et -60%) mais elle s'est ralentie partout en 2011. En Ille-et-Vilaine, le nombre d'allocataires de l'ACTP est même resté stable en 2012.

Taux de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP des personnes de moins de 60 ans au 31 décembre 2012

	Taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP de moins de 60 ans			
	PCH	ACTP	PCH + ACTP	
	‰	‰	‰	Rang
Ille-et-Vilaine	**2,7**	**1,1**	**3,8**	**14e**
Côtes-d'Armor	3,8	1,2	4,9	51e
Finistère	3,1	1,1	4,2	26e
Morbihan	3,5	1,1	4,5	40e
Loire-Atlantique	3,8	0,6	4,4	29e
Manche	3,4	1,6	5,0	57e
Mayenne	3,6	1,2	4,8	50e
France métropolitaine	**3,3**	**1,2**	**4,5**	

Source : DREES, enquête bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2012; Insee, estimations de population au 01/01/2013.

Au regard de la proportion de bénéficiaires, on peut penser que l'Ille-et-Vilaine devrait conserver au cours des années à venir, une augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH supérieure à la moyenne. **Au 31 décembre 2012, l'Ille-et-Vilaine est le 9e département de métropole à avoir la proportion de bénéficiaires la plus faible : 2,7 pour 1000 personnes de moins de 60 ans.** En incluant les bénéficiaires

de l'ACTP, l'Ille-et-Vilaine occupe la 14e place avec 3,8 bénéficiaires pour 1000. A titre de comparaison, les départements bretons et limitrophes présentent tous des taux de bénéficiaires supérieurs. Les départements présentant les proportions les plus fortes sont la Corse du sud et la Lozère (respectivement 10,4‰ et 10,5‰) et les proportions les plus faibles se trouvent dans les Hauts-de-Seine, la Seine-et-Marne et à Paris (respectivement 2,6‰, 2,8‰ et 2,9‰).

Evolution des dépenses moyennes au titre de la PCH et de l'ACTP

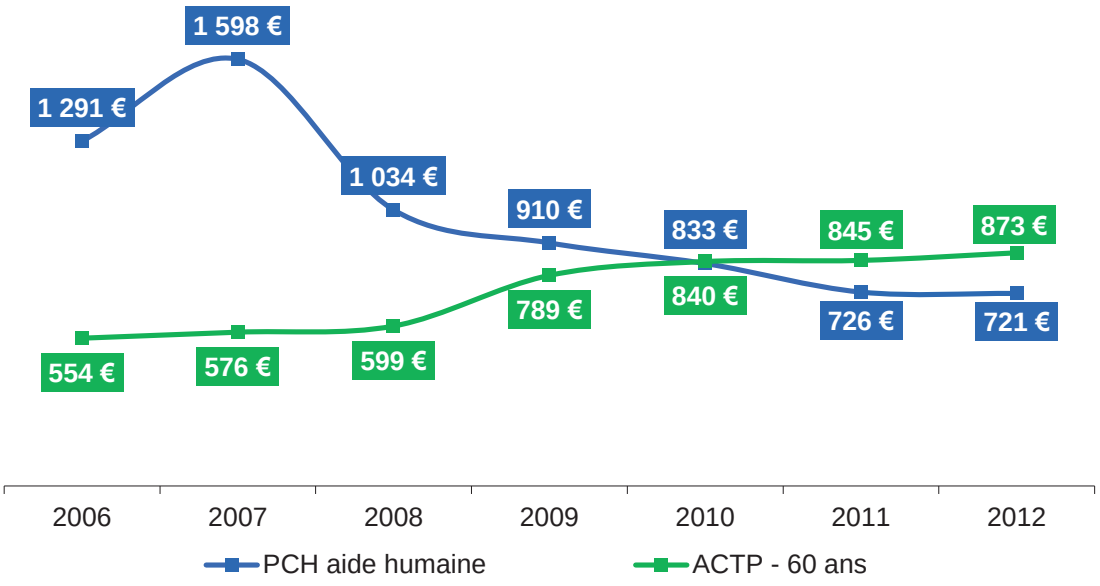
Dépenses totales brutes de PCH et d'ACTP hors frais de personnel en 2011

	Dépenses brutes PCH et ACTP			
	€ / habitant	Rang	€ par bénéficiaire	Rang
Ille-et-Vilaine	**24,2 €**	**65**	**8 651 €**	**9**
Côtes-d'Armor	29,5 €	35	6 940 €	40
Finistère	29,3 €	36	8 067 €	16
Morbihan	24,1 €	67	5 974 €	60
Loire-Atlantique	22,0 €	79	5 780 €	68
Manche	30,5 €	29	7 457 €	25
Mayenne	20,5 €	86	5 785 €	67
France métropolitaine	**27,5 €**		**6 955 €**	

Sources : Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale; Insee, estimations de population au 01/01/2011.

L'Ille-et-Vilaine est un des départements qui alloue des PCH permettant de couvrir le plus de charges par bénéficiaire. Avec 8 651 € par bénéficiaires, le département occupe la 9e place des départements de France métropolitaine dans un classement allant de 11 211 € en Gironde à 2 818 € dans le Jura. Ramené à la population, le financement représente 24,2 € par habitant, une moyenne qui place l'Ille-et-Vilaine en dessous de la moyenne nationale de 27,5 € par habitant. La Corse arrive en tête du classement avec 76,8 € et 73,3 € par habitant. Le premier département de France continentale est la Lozère avec 45,6 € par habitant. Avec 15,1 € par habitant, la Haute Saône constitue la plus faible contribution par habitant.

Evolution de la dépense moyenne mensuelle par bénéficiaire de la PCH au titre de l'aide humaine et de la l'ACTP moins de 60 ans en Ille-et-Vilaine



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Pôle Solidarité.

Le montant des dépenses couvertes par la PCH au titre de l'aide humaine a progressé moins vite que le nombre de bénéficiaires, conduisant à une baisse régulière de la dépense moyenne. En 2012, elle s'établit à 721 € par mois. A contrario, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'ACTP a évolué à la hausse au fur et à mesure que la PCH s'est mise en place. Depuis 2011, elle est devenue supérieure à la dépense moyenne couverte par la PCH.

Répartition de la PCH par type d'aide

Parmi les 2 323 bénéficiaires qui ont perçu une prestation en décembre 2012 :

- 94% ont reçu un versement au titre de l'aide humaine,
- 17% au titre d'une dépense spécifique (hygiène, piles pour appareils auditifs) ou exceptionnelle (surcoût vacances par exemple),
- 14% au titre d'un aménagement du logement ou d'un véhicule,
- 2% au titre d'une aide technique (fauteuil roulant, lève personnes…),
- moins de 1% au titre d'une aide animalière.

Répartition de la PCH par type de prestations en 2012

Types de prestations	Nombre de bénéficiaires[1]	Montants
Aides régulières		
Aide humaine	2 188	**18 931 061 €**
Surcoûts liés au transport	303	563 364 €
Charges spécifiques	368	277 503 €
Aide animalière	8	7 700 €
Aides ponctuelles		
Aide technique	361	466 626 €
Aménagement du logement	115	298 370 €
Aménagement du véhicule	69	199 600 €
Charges exceptionnelles	255	89 937 €
Total	**2 323**	**20 834 431 €**

[1] Nombre de bénéficiaires en décembre 2012 pour les aides régulières et total de bénéficiaires 2012 pour les aides ponctuelles. Certaines personnes reçoivent un versement à différents titres.

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service GCRP.

Evolution du nombre de bénéficiaires de services ménagers au titre de l'aide sociale

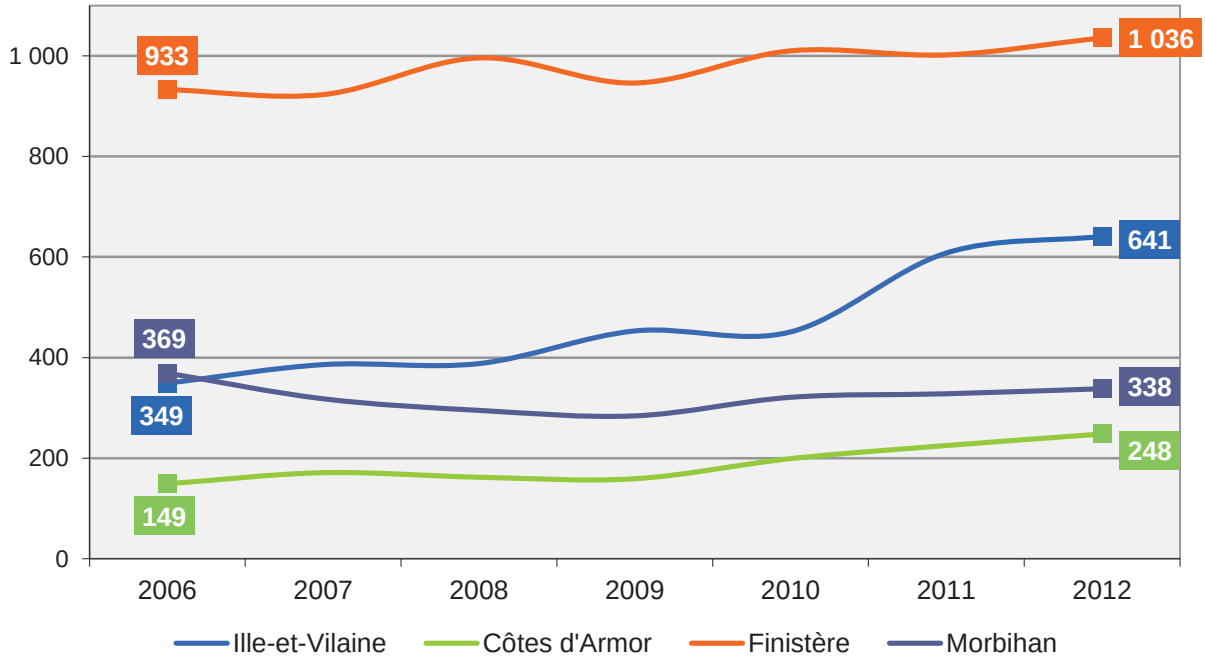
L'aide ménagère est une prestation en nature, financée par le Conseil général au titre de l'aide sociale aux personnes handicapées. Elle permet la prise en charge de services ménagers dans la limite de 30 heures par mois (48h pour un couple).

Conditions d'attribution

Toute personne âgée de 20 à 60 ans :

- ayant une reconnaissance par la MDPH (80% de taux d'incapacité ou taux compris entre 50 et 79% avec une restriction substantielle et durable à l'emploi) ;
- vivant seule ou avec une personne qui ne peut assurer les tâches quotidiennes ;
- disposant de ressources inférieures à un certain plafond (fixé à 9319,08 € au 1er janvier 2013 pour une personne seule).

Evolution du nombre de bénéficiaires de services ménagers pour les personnes de moins de 60 ans dans les quatre départements bretons



Source : CREAI de Bretagne / DREES, Séries statistiques n°187 – Avril 2014, "Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012", nombre de bénéficiaires au 31 décembre de chaque année.

Le nombre de personnes handicapées bénéficiaires de l'aide ménagère a sensiblement augmenté en Ille-et-Vilaine depuis 2006. Après une hausse notable en 2011, le nombre de bénéficiaires s'élève à 641 au 31 décembre 2012. Les autres départements bretons ont connu des évolutions différenciées. Le nombre de bénéficiaires a faiblement augmenté dans le Finistère (103 personnes de plus qu'en 2006) mais il est de loin l'effectif le plus important. Ils représentent 46% du total de bénéficiaires en Bretagne. Les Côtes d'Armor ont connu une hausse significative mais reste le département breton qui compte le moins de bénéficiaires. Enfin, le département du Morbihan a enregistré une baisse du nombre de personnes aidées.

Evolution des dépenses moyenne par bénéficiaire de l'aide ménagère en Ille-et-Vilaine

	2006	2012	TCAM*
Nombre de bénéficiaires	349	641	10,7%
Dépenses de fonctionnement	604 772 €	1 379 372 €	14,7%
Dépense moyenne par bénéficiaire	1 733 €	2 152 €	3,7%

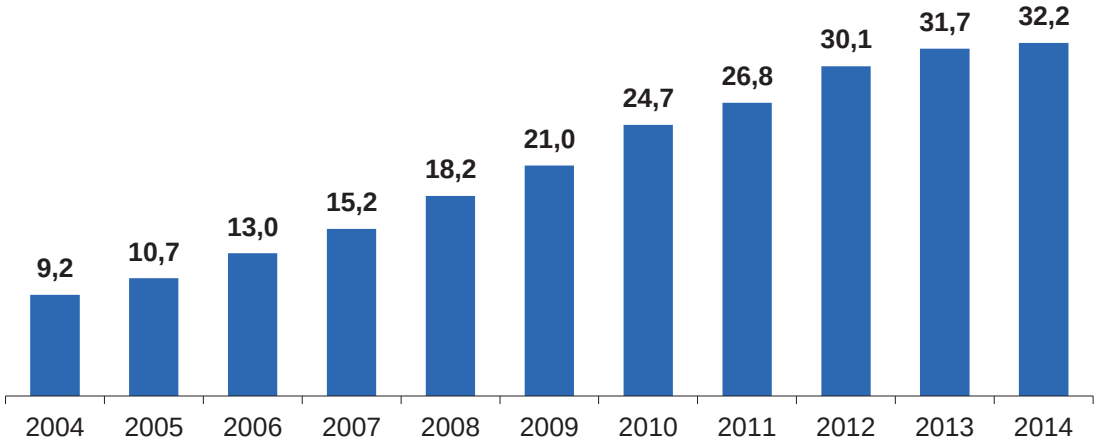
**TCAM : taux de croissance annuel moyen.*

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Pôle Solidarité.

Les dépenses brutes allouées au financement de l'aide ménagère ont augmenté plus vite que le nombre de bénéficiaires. Par conséquent, la dépense moyenne par bénéficiaire a progressé de 3,7% par an entre 2006 et 2012.

Le financement de la politique de maintien à domicile

Evolution des dépenses de fonctionnement du Département au titre de la politique de maintien à domicile des personnes en situation de handicap
En millions d'euros



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Pôle Solidarité.

Le budget consacré par le Département à la politique de maintien à domicile des personnes en situation de handicap a fortement augmenté avec la mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH) à partir de 2006. Le budget a été porté à près **de 32,2 millions d'euros en 2014, dont 22,4 millions pour la PCH**.

Bien que la PCH soit amenée à remplacer progressivement l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), le versement de cette allocation aux personnes de moins de 60 ans représentait encore 5,2 millions d'euros en 2013. Le Département consacre également 1,5 million d'euros au financement de services ménagers au bénéfice de personnes en situation de handicap et près de 1,2 million d'euros au titre des frais chez des accueillants familiaux.

Evolution des principaux financements du Département au titre de la politique de maintien à domicile des personnes en situation de handicap

	Comptes administratifs		BP	TCAM [1]	
Dispositifs	**2006**	**2010**	**2014**	**2006-2010**	**2010-2014**
PCH plus de 20 ans	1 084 232 €	14 281 192 €	19 000 000 €	90,5%	7,4%
PCH moins de 20 ans	-	1 829 640 €	3 400 000 €	-	16,8%
ACTP moins de 60 ans	7 804 628 €	5 728 308 €	5 000 000 €	- 7,4%	- 3,3%
Allocation d'accueil familial	991 493 €	1 165 626 €	1 180 000 €	4,1%	0,3%
Services ménagers	604 772 €	1 014 650 €	1 500 000 €	13,8%	10,3%
Autres[2]	2 531 550 €	710 628 €	2 105 285 €	- 2,3%	
Total	**13 016 675 €**	**24 730 044 €**	**32 185 285 €**	**17,4%**	**6,8%**

[1] Taux de croissance annuel moyen.
[2] dont ACTP pour frais professionnels, autres participations et subventions de fonctionnement.

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Pôle Solidarité.

Entre 2006 et 2010, les dépenses de fonctionnement de la politique de maintien à domicile des personnes en situation de handicap ont augmenté de 17,4% en moyenne chaque année. Depuis 2010, ces dépenses ont progressé à un rythme moins élevé, 6,8% par an en moyenne, mais le taux de croissance demeure trois fois plus élevé que la croissance du budget global du département (+2,1% par an en moyenne sur la période 2010-2014).

Au budget 2014, la PCH représente 70% du montant total alloué à la politique de maintien à domicile des personnes en situation de handicap. Si la montée en charge de la PCH s'inscrit surtout sur la période 2006-2010, le budget consacré à son financement continue d'augmenter significativement chaque année (+7,4% par an en moyenne depuis 2010). Le budget progresse notamment plus vite que ne décroit le budget alloué à l'ACTP, en baisse de 3,3% par an en moyenne depuis 2010.

B) Les adultes en situation de handicap accueillis dans les établissements et services

Nombre de places dans les établissements et services relevant de la compétence du Département

Au 1er janvier 2015, la capacité d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap dans les structures relevant de la compétence du Département était de **4 400 places**.

Types de structures	Nombre de places
SAVS et services de proximité	1 257
SAMSAH	200
Accueils de jour (autonomes et rattachés)	321
Hébergement temporaire (autonomes et rattachés)	86
Sections annexes d'ESAT	259
Accueil familial	239
Habitat accompagné	16
Sous-total places alternatives à l'établissement	**2 378**
Foyers d'hébergement	580
Foyers de vie	940
Foyers d'accueil médicalisés	338
Maisons de retraite spécialisées	164
Sous-total places en établissement	**2 022**
TOTAL	**4 400**

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES.

Caractéristiques des personnes accueillies et accompagnées par les établissements et services

L'enquête Etablissements Sociaux (ES) est une enquête nationale menée par la DREES. Elle permet de connaitre le profil des personnes accueillies et accompagnées dans les établissements et services pour adultes en situation de handicap.

L'enquête ES handicap est devenue quadriennale en 2006. La dernière enquête porte sur l'année 2010. Les questionnaires ont été envoyés par la DREES en début d'année 2011 à toutes les structures identifiées dans le répertoire national FINESS.

En Bretagne, 644 structures ont été interrogées et le taux de réponse a été de 97,3 %. Les données restituées sont pondérées[20] de manière à être représentatives de la réalité bretonne, en respectant pour chaque type de structure : le nombre de structures, leur capacité d'accueil, le nombre de personnes accueillies au 31 décembre 2010 et le nombre de personnes sorties dans l'année.

[20] La DREES applique une pondération par l'inverse du taux de réponse à l'enquête par catégorie de structure, et par une méthode de calage sur marges.

Enquête ES 2010 - Caractéristiques générales des personnes par type de structure en Ille-et-Vilaine

Caractéristiques	NOMBRE D'ADULTES				
	ESAT	FOYERS D'HÉBER-GEMENT	FOYERS DE VIE	FAM MAS	suivis par un SAVS SAMSAH
Nombre de personnes prises en charge au 31/12/2010	**2 347**	**622**	**875**	**605**	**1 043**
Hommes	58 %	62 %	56 %	61 %	59 %
Age médian au 31/12/2010 (en années)	40	39	50	42	41
Age au 31/12/2010					
Moins de 25 ans	10 %	11 %	4 %	7 %	9 %
25-34 ans	26 %	26 %	13 %	23 %	22 %
35-44 ans	29 %	26 %	19 %	28 %	31 %
45-54 ans	30 %	30 %	31 %	28 %	27 %
55-64 ans	6 %	6 %	30 %	11 %	10 %
65 ans et plus	<1 %	-	3 %	3 %	1 %
Département d'origine de la personne					
Ille-et-Vilaine	87 %	80 %	75 %	88 %	93 %
Autres départements bretons	4 %	8 %	7 %	3 %	2 %
Autres régions	3 %	3 %	11 %	9 %	4 %
Non renseigné	7 %	9 %	8 %	<1 %	<1 %
Activité					
ESAT à temps plein	64%	56%	-	-	25%
ESAT à temps partiel + act. occup.	13%	17%	<1%	-	3%
ESAT à temps partiel seulement	22%	7%	-	-	7%
Autre activité ou mode d'accueil en journée	1%	20%	100%	100%	65%
Départs					
Nombre de sortants en 2010	225	69	50	14	108
Ancienneté médiane à la sortie (en année)	1	3	5	9	2

Source : Enquête ES 2010 – Drees ; données déclaratives pondérées ; exploitation : ARS Bretagne. Les études de l'ARS Bretagne n°6, novembre 2013.

Nombre de départs par types de structures en 2010
en pourcentage du nombre de personnes accompagnées

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne
ESAT	9,6%	4,7%	9,4%	4,5%	7,5%
FH	11,1%	2,8%	7,9%	7,2%	8,1%
FV	5,7%	6,4%	8,3%	3,3%	6,1%
FAM / MAS	2,3%	3,7%	5,9%	4,3%	4,2%
SAVS / SAMSAH	10,4%	11,3%	13,3%	3,7%	10,3%

Source : Enquête ES 2010 – Drees ; données déclaratives pondérées ; exploitation : ARS Bretagne. Les études de l'ARS Bretagne n°6, novembre 2013.

Le pourcentage de départs par rapport au nombre de personnes accompagnées témoigne de la rotation relativement lente des personnes accueillies ou accompagnées par les structures. Ce renouvellement des places est à comparer avec les besoins constitués chaque année par les jeunes adultes au sortir des établissements spécialisés pour enfants notamment (cf. section suivante). En Ille-et-Vilaine, l'année 2010 a marqué un renouvellement des places en ESAT et en foyers d'hébergement un peu plus élevé que la moyenne observée en Bretagne. En revanche, le nombre de sorties de foyers de vie et de FAM-MAS est resté limité. Ceci corrobore les délais d'admission fréquemment estimés à 3 ou 4 ans, voire plus dans les foyers (cf. chapitre 5).

Déficience principale et incapacités des personnes accueillies et accompagnées par les établissements et services

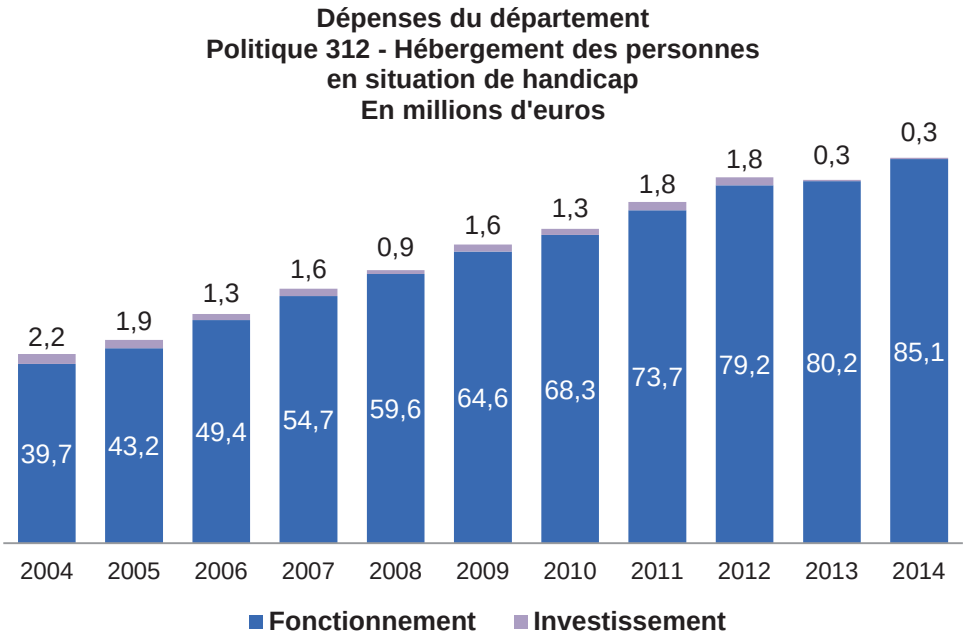
Enquête ES 2010 – Déficience principale et incapacités des personnes par type de structure en Ille-et-Vilaine

	NOMBRE D'ADULTES				
	ESAT	FOYERS D'HÉBER-GEMENT	FOYERS DE VIE	FAM MAS	suivis par un SAVS SAMSAH
Nombre de personnes prises en charge au 31/12/2010	**2 347**	**622**	**875**	**605**	**1 043**
Déficience principale					
Déficience intellectuelle	69%	77%	51%	50%	39%
Troubles du psychisme	25%	20%	34%	12%	27%
Déficiences motrices	2%	< 1%	9%	15%	22%
Plurihandicap	1%	< 1%	1%	6%	-
Polyhandicap	< 1%	< 1%	1%	13%	< 1%
Autre déficience	3%	1%	4%	4%	12%
Incapacités					
Se met en danger par son comportement	29 %	41 %	50 %	48 %	33 %
A un comportement anormalement agressif	19 %	29 %	44 %	31 %	16 %
A besoin de l'aide de quelqu'un pour communiquer	4 %	5 %	13 %	40 %	10 %
Ne sait pas lire (en braille si aveugle)	27 %	44 %	50 %	61 %	14 %
A besoin de l'aide de quelqu'un pour sortir	11 %	19 %	45 %	63 %	10 %
A besoin de l'aide de quelqu'un pour se déplacer sur son lieu d'hébergement	<1 %	-	5 %	21 %	2 %
A besoin de l'aide de quelqu'un pour faire sa toilette	3 %	13 %	48 %	67 %	17 %
Est en risque vital en l'abs. d'aide technique et/ou humaine	11 %	27 %	45 %	57 %	16 %
A besoin de l'aide de quelqu'un pour gérer ses ressources	54 %	85 %	82 %	71 %	50 %

Source : Enquête ES 2010 – Drees ; données déclaratives pondérées ; exploitation : ARS Bretagne. Les études de l'ARS Bretagne n°6, novembre 2013.

Le financement des établissements et services

Le Département prend en charge la majeure partie des frais d'accueil dans les établissements et services pour adultes handicapés, pour un montant de **85,1 millions d'euros en 2014.** Le Département participe également aux opérations de travaux des structures (travaux de mise aux normes de sécurité, création, extension, restructuration). Depuis 2004, 15 millions d'euros ont été consacrés aux subventions d'investissement.



Dépenses de fonctionnement
Politique 312 - Hébergement des personnes en situation de handicap

	Comptes administratifs		BP	TCAM[1]	
Dispositifs	**2006**	**2010**	**2014**	**2006-2010**	**2010-2014**
Services divers	2 979 245 €	4 575 131 €	4 950 000 €	11,3%	2,0%
Foyers à prix de journée	39 096 752 €	50 890 221 €	64 035 000 €	6,8%	5,9%
Structures à financement globalisé	705 190 €	571 648 €	647 800 €	-5,1%	3,2%
Maisons de retraite	1 278 732 €	3 516 206 €	5 360 000 €	28,8%	11,1%
SAVS	3 878 757 €	7 034 529 €	8 332 000 €	16%	4,3%
Sections annexes d'ESAT	1 495 604 €	1 695 029 €	1 750 500 €	3,2%	0,8%
TOTAL	**49 434 280 €**	**68 282 764 €**	**85 075 300 €**	**8,4%**	**5,7%**

[1] Taux de croissance annuel moyen

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Pôle Solidarité.

Le budget consacré par le Département aux dépenses de fonctionnement des établissements et services pour adultes en situation de handicap a progressé de 8,4% par an en moyenne entre 2006 et 2010 et de 5,7% par an depuis 2010.

Les jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON

L'amendement Creton est une disposition législative permettant le maintien de jeunes adultes âgés de plus de vingt ans en établissements pour enfants, dans l'attente d'une solution adaptée.

Le CREAI de Bretagne et l'ARS Bretagne ont mené en 2011 une étude sur les freins à la sortie des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans d'institution pour enfants. Parallèlement, l'ARS effectue chaque année une enquête sur la situation des jeunes de plus de 20 ans maintenus en institutions pour enfants. Les chiffres ci-dessous sont extraits de l'enquête 2013.

Au 31 décembre 2013, 400 jeunes de plus de 20 ans étaient recensés sur toute la Bretagne, dont **71 en Ille-et-Vilaine**.

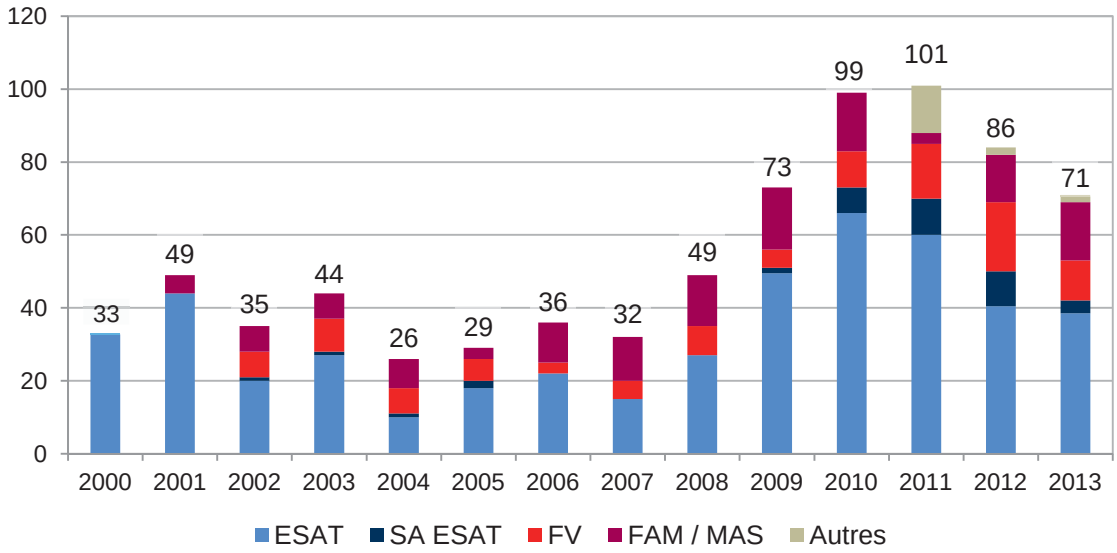
Orientations des jeunes de plus de 20 ans maintenus en institutions pour enfants en Bretagne au 31 décembre 2013

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne
Nombre de jeunes	**71**	89	138	102	400
ESAT	**36**	43	35	39	153
Foyers de vie	**11**	19	72	18	120
FAM / MAS	**16**	21	30	44	111
ESAT / SA ESAT	**5**	0	0	0	5
SA ESAT	**1**	0	0	0	1
Accueil de jour	**1**	0	1	0	2
Autres [1]	**1**	6	0	1	8

[1] Autres orientations : SSEFIS, bac professionnel et orientation en cours.

Source : ARS Bretagne.

Evolution du nombre de jeunes accueillis au titre de l'amendement Creton en Ille-et-Vilaine par type d'orientations [1]



[1] La série statistique tient compte des besoins d'accueil en temps partiel en ESAT et section annexe d'ESAT.

Source : Direction territoriale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS.

Les résultats sont assez comparables sur les trois dernières années (2011, 2012, 2013) avec une prédominance des orientations en ESAT, puis en FAM-MAS, puis en foyer de vie. La moyenne d'âge des jeunes est de 21 ans avec toutefois une tranche d'âge allant jusqu'à 30 ans.
La diminution du nombre de jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement Creton dans les structures de l'enfance, amorcée en Ille-et-Vilaine en 2012, s'est confirmée en 2013. Certains d'entre eux ont en effet trouvé des solutions grâce à des créations ou extensions de places dans les structures pour adultes, notamment en ESAT, mais également en service d'accueil de jour, en foyer d'hébergement, en foyer de vie et en FAM et MAS. Le développement de modes d'accompagnement alternatifs à la prise en charge institutionnelle, notamment en SAVS, permet d'offrir des solutions à des jeunes adultes. Le développement à l'avenir, des habitats regroupés et de l'accueil familial sur le département pourrait également créer de nouvelles possibilités.

C) Les personnes handicapées vieillissantes

Les progrès de la médecine, l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et la meilleure prise en compte des personnes handicapées sont autant de facteurs favorisant l'allongement de l'espérance de vie.
Pour beaucoup de personnes en situation de handicap cependant, le vieillissement intervient de manière plus précoce que pour le reste de la population. Une des difficultés vient du fait que cette précocité est insuffisamment prise en compte.

Le vieillissement se traduit souvent par des déficiences liées à l'âge qui viennent s'ajouter à celles qui sont à l'origine de leur handicap, voire qui aggravent ces dernières. Ce phénomène génère fréquemment une fatigabilité accentuée, le besoin d'une adaptation des lieux de vie et d'activité, parfois l'orientation vers une solution institutionnelle différente plus lourde. Il peut également affecter le rôle des aidants familiaux et professionnels. Il rend souvent nécessaire le recours à une prise en charge transversale sanitaire et médico-sociale.

L'émergence de la problématique du vieillissement

Le premier rapport « *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge* » date de juillet 2006. Il a été remis par M. Blanc à M. Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux familles.

Le rapport mettait en évidence la nécessité de rapprocher les politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap « *dans un pays qui a structuré ses droits sociaux et ses formes d'aide aux personnes en perte d'autonomie en deux dispositifs bien distincts, pour les personnes handicapées d'une part, et pour les personnes dépendantes (âgées) d'autre part,* ***l'apparition d'une catégorie intermédiaire composée de personnes handicapées vieillissantes contraint à repenser la structure globale du dispositif****. Il faut à minima préciser comment ces situations intermédiaires s'articulent avec les systèmes existants. De façon plus ambitieuse, l'évolution démographique conduit à s'interroger sur l'aménagement de ce système dual fondé sur un critère d'âge extrêmement simplificateur »*.

En 2011, le rapport du CREAI PACA intitulé : « *L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et jeunes atteints de troubles autistiques* » tire un bilan des différentes expérimentations et propositions d'accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées.
« Il existe aujourd'hui un consensus sur l'inadaptation des structures actuelles, il faut insister sur la nécessaire diversification des types de prises en charge ».

En octobre 2012, l'Inspection Générale des Finances (IGF) conjointement avec l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a réalisé un rapport concernant l'offre d'accueil en établissements et services et les moyens financiers alloués. « ***Le vieillissement des personnes en situation de handicap constitue une question de plus en plus prégnante, numériquement et qualitativement.*** *La mission recommande qu'une expertise des solutions adaptées soit réalisée afin de diffuser les bonnes pratiques identifiées* ». (*Etablissements et services pour personnes handicapées. Offre et besoins, modalités de financement*. L. Vachey, A. Jeannet, F. Varnier.)

En octobre 2013, M. Gohet a remis au ministre un rapport intitulé « *L'avancée en âge des personnes handicapées, contribution à la réflexion »* qui nourrit la réflexion sur cette thématique. Il dresse un bilan de l'existant et en souligne les principaux axes nécessitant des réponses rapides et adaptées.
*« **Les thèmes du handicap et de l'avancée en âge doivent être au cœur des préoccupations de notre société**. Puisse ce rapport contribuer à ce qu'ils soient clairement compris et à ce qu'ils connaissent les justes réponses qu'attendent nos concitoyens handicapés et concernés. »*

Source : ANESM, lettre de cadrage : L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes, 2014.

Par personne handicapée vieillissante, il convient d'entendre : « une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent en l'apparition simultanée : d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles, d'une augmentation des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie. Le tout pouvant se conjuguer jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités, notamment sociales, que cette réduction soit d'origine personnelle ou environnementale » (extrait du dossier technique de la CNSA, *L'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes,* octobre 2010).

Le diagnostic du Schéma régional d'organisation médico-sociale de l'ARS (extrait)

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement. Dans le cadre de l'accompagnement en établissements, le vieillissement des personnes handicapées demande une évolution des pratiques professionnelles (besoin de formation notamment) et impacte les organisations professionnelles (adaptation nécessaire du bâti, adaptabilité des projets de service aux projets de vie…).

Le vieillissement des personnes en situation de handicap peut se manifester par divers signes tels que :

- des modifications de comportement et notamment une aggravation des troubles cognitifs : difficultés de mémorisation, perte de repères dans l'espace et le temps ;
- une aggravation des troubles de l'humeur et de l'irritabilité souvent liés à la vie en grand groupe (ces troubles s'atténuant lors des moments de cohabitation en petits groupes) ;
- des pathologies et symptômes psychiatriques peuvent se développer telles que l'anxiété ou la dépression augmentant le recours aux hospitalisations et aux consultations en psychiatrie ;
- une fatigabilité et une inadaptation aux rythmes de vie antérieure en rapport avec le travail et/ou l'hébergement : lenteur, souffrance face aux bruits effectués par les plus jeunes…
- une dépendance croissante dans les actes de la vie quotidienne qui nécessite la présence voire l'aide d'un tiers ;
- un accroissement des problèmes médicaux et l'apparition de nouvelles pathologies : problèmes sensoriels, métaboliques, neurologiques, problèmes cardio-vasculaires, digestifs…

Les établissements doivent développer de nouveaux réseaux avec les professionnels des secteurs gérontologique et psychiatrique, mettre en place des équipes pluridisciplinaires et permettre aux professionnels de disposer d'une formation continue sur la problématique du vieillissement.

L'impact sur les organisations professionnelles est aussi important, les établissements et services à travers leur projet institutionnel devant intégrer les éléments liés au vieillissement. Cela peut se concrétiser par de l'acquisition de matériel adapté à la dépendance, un renforcement des compétences mobilisables (notamment médicales), le développement des coopérations structurées entre le médico-social et le sanitaire.

Il a été noté que dans le processus du vieillissement, le bruit est un élément important de souffrance des personnes handicapées vieillissantes au sein des établissements qui accueillent un public de toute tranche d'âge. Afin de prévenir ce problème et permettre à la personne de continuer à vivre le plus longtemps possible dans son lieu de vie, il serait souhaitable, voire recommandé, de prévoir les adaptations architecturales nécessaires (création d'unité spécifique, signalétique, insonorisation…) dans le cadre de constructions nouvelles et/ou de restructurations.

Les personnes concernées par l'avancée en âge

Le rapport de Patrick Gohet[21] s'est attaché à identifier les personnes en situation de handicap concernées par l'avancée en âge et met en évidence le fait que les premiers signes sont susceptibles d'apparaître à partir de 45 ans. Dans le cadre des contributions au rapport de M. Gohet, le Collectif Drôme Handicap rapporte que « les premiers signes de vieillissement interviennent, en particulier chez les personnes handicapées mentales, généralement entre 45 et 55 ans » notamment.

[21] *L'avancée en âge des personnes handicapées, contribution à la réflexion*, IGAS, Octobre 2013.

Le rapport attire également l'attention sur le facteur de risque que constitueraient certaines déficiences génétiques ou chromosomiques dans l'apparition de certaines maladies, « certaines observations conduisent à penser que c'est possiblement le cas de la trisomie 21 en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer ». Une étude et une expérimentation en Aquitaine ont mis en évidence une « prévalence supérieure à la moyenne chez les personnes souffrant de trisomie 21 ; après 45 ans, de l'ordre de 30% des personnes concernées développeraient la maladie »

Bénéficiaires de l'AAH par tranche d'âge au 31 décembre 2011

	Effectifs	%
Moins de 20 ans	15	0%
20-39 ans	2 016	15%
30-39 ans	2 897	21%
40-49 ans	3 938	28%
50-59 ans	**4 006**	**29%**
60 ans et plus	**972**	**7%**
Age non connu	5	0%
Total	13 849	100%

Source : CAF d'Ille-et-Vilaine.

Selon les données transmises par la CAF d'Ille-et-Vilaine, 4 978 bénéficiaires de l'AAH étaient âgés de 50 ans et plus au 31 décembre 2011, soit 36% du total de bénéficiaires.

Age médian et population de 45 ans et plus par type de structures en Ille-et-Vilaine

	Nombre de personnes accueillies	Age médian	45-55 ans	55-64 ans	65 ans et plus	Nombre de personnes de 45 ans et plus
SAVS / SAMSAH	1 043	41 ans	27%	10%	> 1%	397
ESAT	2 347	40 ans	30%	6%	< 1%	845
FH	622	39 ans	30%	6%	0%	224
FV	875	50 ans	31%	30%	> 3%	560
FAM-MAS	605	42 ans	28%	11%	3%	255

Source : ARS Bretagne, enquête ES 2010.

Selon l'étude ES Handicap réalisée par la DREES en 2010, l'âge moyen des personnes accueillies en établissement pour personnes handicapées a progressé depuis l'enquête de 2006. En Ille-et-Vilaine, les personnes de 45 ans et plus représentaient au moment de l'enquête, 36% des travailleurs en ESAT, 64% des personnes en foyers de vie et 42% des personnes en foyers d'accueil médicalisés ou maisons d'accueil spécialisées.

Les sorties et réorientations prévisibles

Dans le cadre du diagnostic du schéma, les services du Département ont mené en 2013 une enquête auprès de l'ensemble des établissements et services pour adultes handicapés pour évaluer le nombre de sorties annuelles envisagées au cours des cinq ans à venir et les réorientations potentielles.

Cette démarche de recensement n'est pas sans difficultés. Elle demande aux associations gestionnaires d'effectuer une analyse prospective à partir de situations individuelles qui dépendent d'une multiplicité de facteurs : des souhaits de la personne, de son entourage, l'évolution de son handicap, de son état de santé, des éventuelles opportunités professionnelles, de logement ou d'accueil, etc. Au-delà de l'anticipation du nombre de sorties, il est naturellement complexe de se prononcer sur des prévisions de réorientations possibles et souhaitables pour les personnes actuellement accompagnées.

En conséquence, les résultats qui suivent ne sauraient présenter un caractère de recensement exhaustif, d'une part, du fait qu'une structure sur deux en moyenne a été en capacité de répondre, d'autre part, parce que même pour les structures qui se sont prononcées, il s'agit le plus souvent d'une estimation à minima du nombre de départs, ceux qui paraissent acquis à priori.

Néanmoins, cette analyse prospective permet de mettre en évidence les principales évolutions dans les structures pour adultes. A travers les réorientations envisagées, ce sont des parcours types qui peuvent être identifiés et qui viennent conforter l'anticipation des besoins à venir.

Nombre de sorties envisagées par type de structures 2013-2017

	Nombre de structures			Capacité en nombre de places		
Structures	**Interrogées**	**Répondants prévisions de sortie**	**%**	**Interrogées**	**Répondants prévisions de sortie**	**%**
SAVS	23	17	74%	1 168	851	73%
SP	6	1	17%	89	10	11%
SAMSAH	2	2	100%	200	200	100%
AJA	10	5	50%	176	90	51%
ESAT	22	19	82%	1 983	1610	81%
SA ESAT	14	12	86%	259	243	94%
FH	18	12	67%	593	441	74%
FV	38	33	87%	1 040	906	87%
FAM	16	13	81%	371	342	92%
MAS	3	1	33%	279	45	16%
Total	**158**	**73**	**46%**	**6 205**	**3 087**	**50%**

	Sorties envisagées 2013-2017	
Structures	**Nombre**	**en % de la capacité représentée**
SAVS	240	28%
SP	7	70%
SAMSAH	125	63%
AJA	17	19%
ESAT	337	21%
SA ESAT	103	42%
FH	169	38%
FV	147	16%
FAM	17	5%
MAS	-	-
Total	**1 154[1]**	**37%**

[1] Le total correspond à un nombre de sorties et non un nombre de personnes, une personne peut être comptabilisée plusieurs fois.

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction PAPH, service OARES, enquête 2013 auprès des ESMS pour adultes en situation de handicap.

Méthodologie

Les estimations du nombre de sorties et des réorientations prévisibles correspondent à la consolidation de deux sources d'informations :

- L'enquête menée par le Département au printemps 2013 auprès de l'ensemble des établissements et services pour adultes en situation de handicap ;
- L'analyse prospective des besoins à 5 ans menée par l'ADAPEI à partir du logiciel *Observer*. L'ADAPEI gère 71 établissements et services en Ille-et-Vilaine, représentant une capacité totale de 2 332 places au moment de l'enquête dont 1 878 pour adultes (30% de la capacité totale).

73 structures se sont prononcées sur les sorties envisagées entre 2013 et 2017 (soit 5 ans à compter de l'enquête réalisée au printemps 2013). Ces 73 structures répondantes représentent un peu plus de 3000 places au global, soit la moitié de la capacité d'accueil tous dispositifs confondus (hors hébergement temporaire).

67 structures se sont prononcées sur des réorientations possibles des personnes actuellement accueillies ou accompagnées au cours des cinq ans à venir. Au total, 813 orientations potentielles vers des EMS pour adultes ont ainsi été repérées.

Nombre de réorientations potentielles par type de structures 2013-2017

	Nombre de départs recensés 2013-2017	Structures de réorientation													
		Milieu ordinaire	Famille d'accueil	Habitat regroupé	SAVS	Service de proximité	SAMSAH	Accueil de jour	HT	ESAT	Section annexe d'ESAT	FH	FV	FAM MAS	Autre
SAVS	**240**	45	6	18	25	1	52	30	26	18		11	27	6	37
SP	**7**			3	3							1			1
SAMSAH	**125**		5	5	10			25	50	40				15	
AJ	**17**									2			12	3	2
ESAT	**337**			5	44		1	11	5	26	5	38[1]	29[2]	1	26
SA ESAT	**103**		3		10			14		6			58	11	22
FH	**169**	13		4	32	8	1			1	1	4	99	13	1
FV	**147**	2	3	3	7					1	1	1	3	46	90
FAM	**17**			9		1			1					31	6
Total	**1 154**	**60**	**13**	**47**	**127**	**18**	**54**	**60**	**62**	**94**	**7**	**55**	**222**	**114**	**197**

[1] Correspond aux nombre de personnes actuellement en ESAT sans hébergement qui auront un besoin d'hébergement dans les cinq ans.
[2] Correspond aux personnes en ESAT sans hébergement susceptibles d'intégrer un foyer de vie dans les cinq ans.

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction PAPH, service OARES.

Les SAVS

240 sorties sont anticipées pour 127 entrées dont 25 en provenance d'un autre SAVS. Le flux le plus important vient de personnes en sortie d'ESAT et de foyer d'hébergement.

De la difficulté d'estimer les besoins futurs, quelques remarques formulées par les SAVS :

Selon l'ADAPEI « *Anticiper les besoins de places de SAVS s'assimile à anticiper les besoins futurs d'accompagnement sur des situations spécifiques, ce qui est donc par définition difficilement quantifiables. Les chiffres annoncés n'ont pas vocation à résumer l'ensemble des besoins futurs de places de SAVS car ces services œuvrent tous les jours pour répondre à des besoins spécifiques (handicap psychique, autisme asperger, parentalité…)*. »

Le SAVS de Fougères souligne pour sa part « *qu'il est difficile de faire des projections pour les orientations futures car ils accompagnent un public en mouvement et que les entrées et sorties en SAVS peuvent se répéter* ».

Le SAVS APPARTH géré par l'APASE à Rennes, déclare ne pas pouvoir fournir d'informations sur les sorties, « *notamment avec la part croissante de personnes ayant des troubles psychiques et avec des prévisibilités très variables*. »

Le SAVS Espoir 35 à Rennes explique que « *les données sont celles estimées par l'Association et représentent le souhait des professionnels, ce qui parait le plus adapté aux situations* » mais attire l'attention sur les refus éventuels de la part des personnes. « *Avec des pathologies comme les psychoses, il est impossible de demander aux personnes malades de se projeter tant que les places en institution ne sont pas créées et que les propositions ne sont pas concrètes. Les solutions envisagées reflètent l'évaluation à ce jour des situations mais le reporting sur les 5 années à venir reste très approximatif et dépend entièrement de l'évolution de la maladie (stabilisations, décompensations...). Comment évaluer dans combien de temps une personne partira en SAMSAH, en foyer ou en résidence d'accueil ? Il arrive aussi que certaines personnes quitte le SAVS parce qu'elles refusent l'aide proposée alors qu'elles en ont pourtant besoin.* »

Au-delà de la difficulté de formuler des prévisions, des SAVS se sont exprimés sur certaines priorités, à l'image du SAVS d'Hédé qui « *accorde une certaine priorité aux personnes entrantes à l'ESAT et pour qui le suivi social est indispensable. La non prise en charge de ces personnes pourrait mettre en péril leur travail.* »

D'autres SAVS souligne également des sorties qui se font vers le milieu hospitalier faute de place en foyer.

Les SAMSAH

Les deux SAMSAH installés dans le département évaluent un nombre de sorties de l'ordre de 10% à 15% de leur capacité chaque année.
Un des deux services s'est exprimé sur les réorientations éventuelles, faisant ressortir les besoins en hébergement temporaire et en accueil de jour en particulier. A noter un besoin de places de FAM-MAS estimé à une quinzaine de places.

Les ESAT

Le recensement des sorties prévisibles fait ressortir un total de **337 sorties d'ESAT** dans les cinq ans à venir, soit 1/5e de la capacité représentée par les 19 établissements qui se sont exprimés. L'ADAPEI qui gère 7 ESAT a recensé 153 départs dans les cinq ans, dont 81 personnes accueillies en foyer d'hébergement et 72 sans hébergement. L'association attire l'attention sur la situation des personnes en ESAT qui ne bénéficient ni des services d'un SAVS, ni d'hébergement dans un foyer de travailleurs et qui demeurent accueillies en famille. Du fait de l'avancée en âge de leurs parents, le départ en retraite pour ces personnes risque de se traduire par une prise en charge en hébergement alors qu'ils n'auront jamais vécu en établissement, rendant la transition délicate.

Les sections annexes d'ESAT

A quelques exceptions près, l'enquête ne fait remonter aucun besoin en section annexe. Cela s'explique probablement par le fait que la vocation première des sections annexes est de permettre l'accès à des jeunes vers le travail protégé. Dans ce sens, les besoins d'entrée en section annexe interviennent majoritairement en sortie d'IME *(cf. section suivante sur les besoins des jeunes adultes).*

Cependant, les sections annexes sont également sollicitées pour intervenir en relais auprès de personnes handicapées vieillissantes qui progressivement cessent leur activité en ESAT. Certaines structures répondent favorablement aux demandes de ce type de public. Même si ces besoins ne ressortent pas dans l'enquête, ils sont régulièrement remontés par les associations gestionnaires.

Ainsi, l'ADAPEI souligne le développement du temps partiel depuis plusieurs années en ESAT. Le phénomène est amené à se prolonger du fait du vieillissement et de la fatigabilité accrue des personnes en ESAT. Mais cette évolution pose la question de l'accompagnement en journée. Les emplois à temps partiel sont limités par le nombre de places disponibles en SA ESAT.

Si certaines sections annexes font état de délais d'attente inférieurs à 1 an, d'autres structures déplorent des situations bloquées faute de solutions d'accueil en foyer de vie ou en accueil de jour.

Les foyers d'hébergement

169 départs sont recensés pour 55 entrées, soit un nombre net de 114 sorties. Les sorties de foyer d'hébergement conduisent majoritairement à des orientations en foyer de vie. 99 places seraient ainsi nécessaires (au périmètre des établissements recensés, soit les trois quarts de la capacité d'accueil). 13 places en FAM-MAS apparaissent également nécessaires pour des personnes quittant un foyer d'hébergement. L'enquête met en évidence également des besoins en SAVS et service de proximité.

Les foyers de vie

Un besoin de 222 places en foyer de vie ressort de l'enquête dont une part importante pour des personnes en sortie d'ESAT (avec ou sans hébergement). Sur la base du nombre de sorties annuelles, chiffré à 50 en Ille-et-Vilaine par l'enquête ES (données 2010), on peut estimer que le nombre de départs ne suffira pas à couvrir les demandes d'admission, compte-tenu des besoins non comptabilisés par les structures non répondantes. Rappelons en outre, que l'estimation ne prend pas en compte les besoins des jeunes sortant des établissements spécialisés pour enfants ni des demandes aujourd'hui non satisfaites.

S'agissant des sorties, 147 départs potentiels ont été recensés représentant 16% de la capacité représentée. On notera le nombre significatif de réorientations en FAM-MAS représentant 46 places.

Les foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisées

Il est naturellement compliqué et délicat pour ces établissements de se prononcer sur une estimation des sorties à venir dans la mesure où ceux-ci accueillent les personnes pendant très longtemps. Le nombre de sorties chaque année est donc limité. L'enquête ES Handicap avait recensé 14 sorties seulement en 2010 sur 605 personnes accompagnées en FAM-MAS avec une durée de séjour moyenne à la sortie de 9 ans.

Dans ce contexte, il est certain que le nombre de sorties ne permettra pas d'équilibrer des besoins en admission importants. 114 réorientations probables vers ces structures ont ainsi été recensées dans l'enquête par plus de 25 structures qui, rappelons-le, ne représentent qu'un échantillon de la population en situation de handicap actuellement accompagnée.

2.3 Les adolescents en situation de handicap

Un des enjeux du schéma départemental est de prévoir les réponses qui pourront être apportées aux jeunes qui, du fait de l'âge, quitteront les établissements et services médico-sociaux de l'enfance en situation de handicap au cours des cinq prochaines années. Parmi ces jeunes adultes, certains seront amenés à solliciter un accompagnement ou un accueil par les établissements et services relevant de la compétence du Département. Il appartient donc au Conseil général d'anticiper ces besoins pour être en capacité de répondre favorablement aux projets de vie de chacun.

Dans cette optique, le Département a mené en 2013, en collaboration avec la Délégation Territoriale de l'ARS Bretagne, une enquête pour recenser les besoins actuels et futurs des jeunes actuellement accompagnés par les établissements et services pour enfants.

A) Enquête auprès des établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap

- ✓ Dates de l'enquête : **du 18 avril au 7 juin 2013**.
- ✓ Le questionnaire principal a été adressé à **22 structures**, incluant :
  - 14 IME
  - 1 structure regroupant IME et ITEP
  - 3 IEM
  - 3 IES
  - 1 service d'accueil de jour.
- ✓ Un questionnaire spécifique a été adressé à **5 SESSAD** autonomes du Département.
- ✓ Mode de recueil : questionnaire en ligne.
- ✓ Nombre de répondants :
  - questionnaire principal : 13 structures sur 22,
  - questionnaire SESSAD : les 5 SESSAD ont répondu.

Parallèlement, l'ADAPEI a mené une évaluation des besoins des personnes accueillies au sein de ses établissements par type de structure et par territoire. Cette analyse inclut les orientations prévisibles des jeunes actuellement accueillis dans l'un des six Instituts médico-éducatifs gérés par l'ADAPEI en Ille-et-Vilaine. Sur les 414 jeunes accompagnés en 2013 dans ces établissements, l'association a ainsi identifié 143 jeunes (35%) qui vont avoir 20 ans au cours des cinq années à venir (2013-2017).

Indépendamment du nombre de répondants, les réponses partielles à certaines questions ne permettent pas de dresser un recensement exhaustif des orientations futures. Dans certains cas, il est difficile pour les établissements de se prononcer sur le devenir des jeunes, notamment entre ce qui leur parait souhaitable et ce qui leur parait probable. Néanmoins, les résultats obtenus par l'enquête et consolidés avec ceux communiqués par l'ADAPEI, permettent de confirmer des parcours probables selon le type d'établissements.

Ces résultats sont présentés ci-après.

Le questionnaire principal portait sur les 3 points suivants :

- les jeunes accueillies actuellement,
- les orientations prévisibles,
- la situation des jeunes ayant quitté la structure.

1. Les jeunes actuellement accompagnés

1. Combien de jeunes sont-ils actuellement accompagnés au sein de votre structure ? Combien sont-ils âgés de 16 ans ou plus ?

Type de structures	Nombre de structures	Nombre de jeunes accueillis	Nombre de jeunes de 16 ans ou plus	% des jeunes de 16 ans ou plus
IME	10	545	250	46%
IME / SESSAD [1]	2	185	93	50%
IME / ITEP / SESSAD[1]	1	141	51	36%
IES / SESSAD[1]	3	222	112	50%
IEM	1	40	14	35%
IEM / SESSAD[1]	1	57	34	60%
Total général	**18**	**1 190**	**554**	**47%**

[1] La répartition des effectifs entre établissement et SESSAD n'est pas précisé.

Les 18 structures répondantes accueillaient ou accompagnaient **1190 jeunes en 2013**, dont près de la moitié était âgée de 16 ou plus ou allait avoir l'âge de 16 ans dans l'année.

2. Certains jeunes ont-ils déjà une ou plusieurs orientations de la MDPH vers un établissement ou service pour adultes en situation de handicap ?

Combien de jeunes ont-ils déjà une orientation de la MDPH vers un établissement ou service pour adultes en situation de handicap ?

Type de structures	Nombre de structures	Nombre de jeunes ayant une orientation "adulte"
IME	4	20
IME / SESSAD	2	20
IME / ITEP / SESSAD	1	1
IES / SESSAD	1	8
IEM	1	4
IEM / SESSAD	1	8
Total	**10**	**61**

3. De quelle(s) orientation(s) s'agit-il ?

Orientations	IME / ITEP SESSAD	IEM SESSAD	IES SESSAD	Total
Nb de structures	7	2	1	**10**
ESAT	1	1		**2**
ESAT + FH	20		3	**23**
ESAT + SAVS	2			**2**
ESAT + FH + SAVS	1			**1**
ESAT + SA ESAT + FH	1			**1**
SA ESAT + FH	2			**2**
SA ESAT + SAMSAH	1			**1**
FV	5		3	**8**
FAM / MAS	8	5	2	**15**
Total	**41**	**6**	**8**	**55**

55 orientations ont été renseignées sur les 61 jeunes ayant déjà une orientation vers les établissements et services pour adultes. L'orientation en ESAT concerne plus d'un jeune sur deux (53%), le plus souvent associée à un hébergement en foyer (49%). Trois jeunes sont orientés préalablement en section annexe d'ESAT. Trois jeunes sont orientés vers un SAVS et un seul vers un SAMSAH. 8 jeunes sont orientés en foyer de vie et 15 en FAM-MAS, soit respectivement 9% et 15%.

2. Les orientations prévisibles

Cette partie du questionnaire visait à recenser les orientations futures les mieux adaptées pour tous les jeunes âgés de 16 ans et plus, pour lesquels il n'y avait pas encore, au moment de l'enquête, d'orientation vers une structure pour adultes.

9 établissements ont ainsi renseigné les orientations pressenties de **111 jeunes,** dont 81 âgés de 18 ans ou plus et 29 âgés de 16 ou 17 ans (l'âge n'a pas été renseigné pour une situation).

Parallèlement, l'ADAPEI a identifié les orientations probables de 128 jeunes parmi les 143 qui auront 20 ans au cours des cinq prochaines années.

Orientation(s) prévisible(s)	IME	IME SESSAD	IME ITEP SESSAD	IEM	IES SESSAD	Total	% du nombre de jeunes (239)	
Nombre de structures	10	2	1	1	2	16		
Domicile		2	7			9		
Domicile / Accueil de jour			1			1		
Habitat regroupé			2			2		
Famille d'accueil			1			1		
SAVS					20	20		**SAVS 11%**
ESAT / SAVS	2	4				6	**ESAT 54%**	
ESAT / SAVS ou FH		10				10		**SAVS/FH 4%**
ESAT	70					70		
ESAT / Domicile	1	1	7		1	10		
ESAT / FH ou famille d'accueil	1					1		**FH 15%**
ESAT / FH	22	5			5	32		
SA ESAT / FH		1	1			2	**SA ESAT 2%**	
SA ESAT	1					1		
SA ESAT / Domicile		1				1		
FV	38	2	1		2	43	**FV 18%**	
FV ou domicile		1				1		
FV ou famille d'accueil / SAMSAH	1					1		
FAM / MAS	11			15	2	28	**FAM-MAS 12%**	
Total	**147**	**27**	**20**	**15**	**30**	**239**	**100%**	

Le nombre d'orientations en ESAT est important : plus d'un jeune sur deux serait susceptible d'y être orienté dans les cinq ans à venir parmi les 239 situations recensées. Les besoins en foyer d'hébergement sont limités (15%) même si comme le souligne l'ADAPEI, « le besoin en hébergement peut ne pas correspondre au projet à un moment T de la sortie de l'IME, mais y correspondre dans le futur ». A contrario, l'accès à l'hébergement est parfois un préalable nécessaire pour que certains jeunes puissent accéder à l'emploi.

Les besoins en service d'accompagnement à la vie sociale ressortent peu des prévisions car ils sont difficiles à quantifier. L'ADAPEI prévoit cependant qu'un certain nombre de jeunes auront la nécessité de faire appel à un SAVS (gestion administrative, parentalité…).

3. Situation des jeunes ayant quitté la structure

La suite de l'enquête visait à identifier les parcours des jeunes ayant déjà quitté les structures de l'enfance.

Pour chaque jeune sorti au cours des trois dernières années (limité aux 20 dernières sorties), les structures ont été invitées à renseigner :

- l'année de sortie,
- l'orientation de la CDAPH,
- le type d'hébergement occupé (ou à défaut le dernier connu),
- l'environnement professionnel (ordinaire, protégé, non concerné).

	Hébergement actuel							
Orientation MDPH	Accueil familial	Domicile avec acc.	Domicile sans acc.	Habitat regroupé	Médico social	Ne sait pas	Non concerné	**Total**
Accueil de jour			1					**1**
ESAT	3	3	13	9				**28**
ESAT + FH		2	13	1	11	3		**30**
ESAT + SA ESAT + FH			1		1			**2**
SA ESAT				1				**1**
SA ESAT + FH	1				2			**3**
FV	2	1			4	2		**9**
FAM / MAS					13	1		**14**
Non renseigné	6		4		1		25	**36**
Total	**12**	**6**	**32**	**11**	**32**	**6**	**25**	**124**

	Environnement professionnel actuel					
Orientation MDPH	ESAT	Milieu ordinaire	Ne sait pas	Non concerné	Non renseigné	**Total**
Accueil de jour			1			**1**
ESAT	24		3	1		**28**
ESAT + FH	21	3	6			**30**
ESAT + SA ESAT + FH	2					**2**
SA ESAT	1					**1**
SA ESAT + FH	1			2		**3**
FV			4	5		**9**
FAM / MAS				11	3	**14**
Non renseigné				5	4	**36**
Total	**49**	**29**	**15**	**24**	**7**	**124**

Le bilan de situation des jeunes ayant quitté les structures de l'enfance fait ressortir une bonne correspondance entre l'orientation et leur situation actuelle, tant du point de vue de l'hébergement que de l'accompagnement pour les jeunes travailleurs. 42% travaillent en ESAT, correspondant à la quasi-totalité des jeunes ayant reçu cette orientation (certains évoluant en milieu ordinaire et certaines situations n'étant pas connues).

S'agissant des modes d'hébergement, plus d'un jeune sur deux (parmi les situations connues) vit à domicile, avec ou sans accompagnement ou dans un habitat regroupé. 47% sont accueillis dans une structure médico-sociale ou une famille d'accueil.

B) Nombre d'enfants accueillis par les structures spécialisées

Nombre de jeunes accompagnés par les ESMS en Ille-et-Vilaine au 31 décembre 2010

Types de structures	Nombre de structures	Nombre de jeunes pris en charge
IME	14	1 022
ITEP	5	204
Etablissements pour déficients sensoriels	3	174
IEM	2	103
EPEAP	3	75
Etablissements d'accueil temporaire	2	7
Etablissements expérimentaux	1	11
SESSAD	23	718
CAMSP	8	1 347 *
CMPP	8	3 023 *
Total	**69**	**6 684**

Note : possibilité de doubles comptes, un même enfant peut être pris en charge par deux structures simultanément.
* Correspond à la file active.

Source : Enquête ES Handicap 2010 – DREES, Exploitation : ARS-Bretagne.
Chiffres publiés dans Les Etudes de l'Ars Bretagne n°3 - « La prise en charge médico-sociale des jeunes handicapés », février 2013.

Selon l'enquête ES 2010, 6 684 enfants étaient accueillis ou accompagnés par les établissements et service du département au 31 décembre 2010.

Elèves scolarisés en milieu ordinaire – année scolaire 2013-2014

	Inclusion scolaire					
	Collective		Individuelle		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1er degré	512	0,5%	1 630	1,5%	**2 142**	**1,9%**
2nd degré	375	0,4%	1 094	1,2%	**1 469**	**1,7%**
Total	**887**	**0,9%**	**2 724**	**2,7%**	**3 611**	**3,6%**

Source : Rectorat d'Académie de Rennes au 13/02/2014 - CREAI de Bretagne

3 611 élèves en situation de handicap étaient solarisés en milieu ordinaire en Ille-et-Vilaine au cours de l'année scolaire 2013-2014, soit 1,9% des effectifs du 1er degré et 1,7% des effectifs du second degré. Trois élèves sur quatre étaient scolarisés au titre d'une inclusion individuelle.

La situation des jeunes scolarisés en milieu ordinaire doit aussi être considérée au regard des besoins dans les établissements et services pour adultes handicapés. Il n'est pas rare que certains jeunes poursuivent une scolarité en milieu ordinaire tout en relevant du milieu protégé à la sortie.

C) Nombre de jeunes orientés vers les structures de l'enfance

Entre 2009 et 2014, **4 292 jeunes ont reçu une orientation de la CDAPH** vers un établissement ou service d'accompagnement pour enfants et adolescents en situation de handicap.

Orientations délivrées par la CDAPH vers les dispositifs de l'enfance entre le 1er janvier 2009 et le 1er janvier 2014

Types d'établissements et services pour enfants	Personnes
Institut d'éducation motrice (IEM)	170
Institut médico-éducatif (IME)	1 619
Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)	503
Institut d'éducation sensorielle (IES) pour déficients visuels	40
Institut d'éducation sensorielle (IES) pour déficients auditifs ou TSL	185
Institut d'éducation sensorielle (IES) pour déficients auditifs et visuels	1
Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS)	125
Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)	1 938
Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS)	355
Service d'accueil familial thérapeutique (SAFT)	87
Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP)	3
Total de personnes [1]	**4 292**

[1] Note : 692 jeunes ont reçu des orientations vers des dispositifs différents sur la période. Pour cette raison, le total des orientations (5 027) est supérieur au total de personnes orientées (4 292).

Source : MDPH d'Ille-et-Vilaine, traitement : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction PAPH, service OARES.

Nombre de personnes orientées par la CDAPH 2009-2014 par tranche d'âge (au 1er janvier 2014).

Structures	TOTAL	Moins de 14 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans	Plus de 20 ans
Total de personnes	**4 292**	**2 120**	**377**	**306**	**330**	**277**	**238**	**217**	**181**	**246**
IEM	170	84	8	11	13	7	14	10	12	11
IES DA ou TSL	185	83	15	15	14	12	16	10	9	11
IES DV	40	21	4	1	2	2	2	2	2	4
IME	1 619	536	135	116	155	127	128	131	135	156
ITEP	503	244	62	63	40	39	23	19	3	10
SAAAIS	125	63	6	5	8	9	7	5	5	17
SAFT	87	28	7	11	16	8	8	3	4	2
SESSAD	1 938	1 262	185	138	128	106	49	42	11	17
SSEFIS	355	182	28	21	27	18	27	16	11	25
Total des orientations	**5 022**	**2 503**	**450**	**381**	**403**	**328**	**274**	**238**	**192**	**253**

Source : MDPH d'Ille-et-Vilaine, traitement : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction PAPH, service OARES.

En considérant tous les jeunes âgés de 15 à 19 ans en 2014, on compte **1 368 jeunes qui atteindront l'âge de 20 ans d'ici la fin du schéma départemental** et qui, potentiellement, solliciteront un accompagnement au sein des structures pour adultes.

Chapitre 3

L'organisation et la politique départementale

3. L'organisation et la politique départementale

3.1 L'organisation institutionnelle

L'action sociale en faveur des personnes âgées et personnes en situation de handicap, compétence phare des collectivités départementales, est gérée par différents services du département.

Si les services généraux du Département sont situés à Rennes, certaines missions sont exercées localement sur les territoires, pour répondre de façon optimale aux citoyens.

Le siège des services départementaux

La construction d'une **société plus juste et plus harmonieuse** est une priorité du Département d'Ille-et-Vilaine. Elle nécessite une attention particulière portée aux personnes les plus vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées et personnes victimes d'exclusion.

Au niveau des services du siège, il revient au Pôle Solidarité de participer à la définition des politiques départementales menées en faveur de ces personnes et de veiller à leur application.

A ce titre, le Pôle Solidarité pilote et coordonne, en liaison avec les agences départementales :

- **Les services qui conduisent des actions en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap,**
- **Les services chargés de la lutte contre les exclusions** qui assurent la gestion du RSA, le développement de l'offre d'insertion et l'accès aux droits par l'intermédiaire du service Info sociale en ligne.

Le pôle Solidarité est situé au 13 avenue de Cucillé à Rennes.

Concernant les actions en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, le pôle solidarité comporte la Direction Personnes Âgées - Personnes en situation de handicap, dont les missions, réparties en trois services administratifs, consistent en :

- L'autorisation et le financement d**es établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, ainsi que les services d'aide et d'accompagnement à domicile,**
- La gestion, le contentieux et la récupération des prestations : prestation de compensation du handicap, frais d'hébergement des établissements,
- **L'accompagnement et le suivi médico-social des personnes âgées : évaluation de la situation des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.**

Les agences départementales

Afin de proposer des services à proximité des usagers, le Département a ouvert, en janvier 2010, **7 agences départementales** dans chacun des sept pays.

L'implantation locale des services du Département permet d'agir au plus près des habitants et des partenaires locaux.

Concernant le domaine de l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ce sont les professionnels en agences qui procèdent à l'instruction administrative des demandes d'aide sociale : services ménagers, allocation personnalisée d'autonomie (à domicile et en établissement), allocation d'accueil familial, prise en charge des frais d'hébergement en structure adaptée…

Les centres départementaux d'action sociale (CDAS)

Les centres départementaux d'action sociale, au nombre de 22, sont rattachés aux agences départementales et constituent l'échelon de proximité en matière d'action sociale : la protection maternelle et infantile, le soutien à la parentalité, la protection de l'enfance, la lutte contre les exclusions et l'aide aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Dans les CDAS, des agents accueillent, orientent, informent et conseillent les personnes dans leur démarches.

Les équipes médico-sociales (EMS)

Les équipes médico-sociales sont les interlocuteurs des personnes âgées et personnes en situation de handicap au sein des CDAS. Elles sont constituées des médecins conseils territoriaux, infirmiers et conseillers sociaux en gérontologie.

Les équipes médico-sociales participent à la mise en œuvre de la politique d'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Leurs missions sont de deux ordres :

⇨ **Des missions générales**

- évaluation de la situation de la personne âgée à domicile ;
- élaboration des plans d'aide.

⇨ **Des missions complémentaires :**

- accompagnement de la personne âgée dépendante et/ou de sa famille ;
- évaluation et suivi des situations de maltraitance ;
- participation à la coordination locale avec les CLIC et les CODEM et les partenaires locaux ;
- information et prévention ;
- participation aux actions collectives impulsées sur leur territoire d'intervention.

L'organisation des équipes médico-sociales

Les médecins conseils territoriaux et les infirmiers en gérontologie procèdent à l'évaluation de la dépendance des personnes et participent avec les conseillers sociaux en gérontologie, à l'évaluation des besoins de la personne à son domicile, en préalable à l'élaboration du plan d'aide.

Les médecins conseils territoriaux exercent également des missions de santé publique (conseil technique pour l'élaboration d'actions collectives, participation à la coordination locale et au dispositif de lutte contre la maltraitance, garant du respect des procédures et de la qualité au sein des établissements médico-sociaux, soutien technique lors des commissions d'agrément de l'accueil familial), des missions d'encadrement des infirmières en gérontologie, des missions spécifiques dans le domaine du Handicap (évaluation médicale des personnes handicapées, participation à l'élaboration des plans de compensation, collaboration au fonctionnement de la MDPH). Les médecins assurent aussi la liaison avec le secteur sanitaire (libéraux, hospitaliers, ARS....).

En appui aux médecins territoriaux, les infirmiers en gérontologie interviennent sur le champ des personnes âgées (évaluation, élaboration et suivi du plan d'aide, commission APA, coordination gérontologique locale, dispositif de lutte contre la maltraitance).

Les conseillers sociaux en gérontologie sont les référents personnes âgées tant auprès des usagers que des travailleurs sociaux du CDAS et des partenaires. Leur intervention peut porter sur l'information (les services et leur accès, l'aide sociale, l'orientation vers les services compétents pour l'amélioration et l'adaptation du logement), l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille dans la recherche de solutions adaptées (accueil de jour, hébergement temporaire, famille d'accueil, entrée en structure...), l'évaluation et le suivi des personnes âgées en situation de maltraitance et de vulnérabilité.

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Il en existe une dans chaque département. Les MDPH ont été créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005.

Elles ont pour missions d'accueillir, d'informer, de conseiller, d'orienter et d'accompagner les personnes en situation de handicap et leurs familles, d'évaluer les besoins de compensation de chaque usager, d'attribuer des droits et prestations et d'assurer les procédures de conciliation et de médiation.

C'est un lieu d'accueil ouvert à toutes les personnes en situation de handicap, quels que soient l'origine et la nature du handicap, l'âge et le lieu de résidence.

Les gestionnaires de la MDPH sont chargés de l'instruction administrative des demandes. Les professionnels de l'évaluation, quant à eux, examinent chaque situation et évaluent les besoins de compensation dans leur globalité avec pour fil conducteur, l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation (PPC). Cette approche permet d'assurer la continuité et la transition de l'enfant à l'adulte jusqu'aux démarches d'accès à l'emploi et à la formation. Après l'instruction et l'évaluation des demandes, les orientations vers des structures adaptées et l'attribution de l'ensemble des aides sont décidées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La MDPH d'Ille-et-Vilaine est située 13 avenue de Cucillé à Rennes. Elle est secondée dans sa mission par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui assurent un relai local. Les CLIC (à l'exception du CLIC de Rennes), accueillent et informent les personnes handicapées, les renseignent sur leurs droits et leurs démarches, les aident à constituer leur dossier de demande d'aide.

Chaque année, la MDPH d'Ille-et-Vilaine reçoit et instruit plus de 20 000 dossiers pour adultes et plus de 5000 pour les enfants.

Le service Info sociale en ligne (ISL)

Le service Info sociale en ligne a été créé en 1999 par le Département d'Ille et Vilaine.

Service d'information sociale et d'orientation, généraliste, et ouvert à tous, Info sociale en ligne s'inscrit dans les dispositifs d'action sociale du Conseil général d'Ille-et-Vilaine. Ses missions se sont progressivement enrichies afin de mieux répondre à la demande.

Des travailleurs sociaux se relaient pour renseigner le public sur les questions de vie quotidienne : famille, éducation, santé, logement, justice, emploi, formation, chômage, consommation, citoyenneté.

L'équipe d'Info sociale en ligne est composée d'assistants de service social, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés et d'un assistant juridique.

Info sociale en ligne, c'est aussi un annuaire d'orientation consultable sur internet. Il référence plus de 2 000 organismes régulièrement mis à jour, dans les domaines suivants : famille, parentalité, santé, logement, consommation, justice, emploi, éducation, formation professionnelle.

Ce service assure également :

- la possibilité pour les professionnels de l'action sociale d'obtenir une réponse par un avocat du Conseil Départemental de l'Accès aux Droits (CDAD) ;
- la ligne départementale écoute maltraitance, pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (au 02 99 02 21 22) ;
- la gestion du dispositif des personnes qualifiées : ISL met en relation les usagers d'établissements et services sociaux ou médico-sociaux avec une personne qui intervient en tant qu'informateur, médiateur et référent.

Informations pratiques :

Tél : 0 810 20 35 35 du lundi au vendredi, de 9h à 18h et le samedi de 9 à 13 heures
E-mail : isl@cg35.fr
Site internet : www.info-sociale35.fr

3.2 La place des usagers

Le Comité départemental des personnes âgées et de l'action gérontologique d'Ille-et-Vilaine (CODERPAG)

Créés en 1982 d'abord sous l'autorité des préfets des départements, les CODERPA sont placés auprès des présidents de Conseil général depuis le 1er janvier 2005, à la suite de la loi de décentralisation du 13 août 2004. Ils réunissent, en plusieurs collèges, des représentants des organisations locales de retraités et de personnes âgées, ainsi que des acteurs du secteur gérontologique : associations, syndicats, financeurs, professionnels…

Instance consultative, le CODERPA peut, sur l'initiative du président du Conseil général, être consulté sur l'élaboration et l'application des mesures de toute nature concernant les personnes âgées et les retraités et peut se voir confier des missions d'expertise au bénéfice des personnes âgées.

Le Coderpag 35, est le Comité départemental des retraités, des personnes âgées et de l'action gérontologique d'Ille-et-Vilaine. Il s'agit d'un conseil consultatif dont la mission est de donner son avis sur toute question concernant la vie quotidienne des personnes âgées dans le département.

A l'instar des autres départements, l'Ille-et-Vilaine s'est doté en 2006 de cet espace de démocratie participative, de dialogue et d'information. Le Coderpag 35 a été mis en place par le Conseil général, mais il est indépendant dans son fonctionnement et sa réflexion.

Il est composé d'une cinquantaine de membres désignés pour un mandat de 3 ans : des représentants des personnes âgées bien sûr, mais aussi des agents des services départementaux, ou encore des délégués des professionnels et des organismes chargés de mettre en œuvre l'action gérontologique dans le département (organismes de protection sociale, association de retraités, Codem : centres d'observation de la dépendance et de la médiation, CLIC, Agence régionale de santé, établissements, etc.).

Le mandat de l'actuel Coderpag a été prolongé dans l'attente d'évolutions législatives et règlementaires en cours.

Des commissions de travail réfléchissent toute l'année autour de quatre grands thèmes : communication, prévention du vieillissement, maintien à domicile et établissements-hébergement. Elles partagent leurs réflexions et leur expertise avec l'ensemble du Coderpag lors des assemblées plénières qui ont lieu deux fois par an.

Le Coderpag a milité notamment en faveur d'une meilleure lisibilité des dispositifs de maintien à domicile, d'une amélioration de la fluidité des parcours de prise en charge ou encore de la maitrise du reste à charge pour les usagers en établissement.

Le Coderpag 35 est saisi par le Département ou s'autosaisit, pour donner son avis sur l'élaboration de la politique publique d'accompagnement des personnes âgées et des retraités. Il représente également les usagers au cours d'instances se réunissant ponctuellement comme les commissions d'appels à projets visant à la création d'établissements médico-sociaux.

Le Coderpag 35 participe enfin aux différents travaux menés par le département. Il a aussi apporté sa pierre au volet personnes âgées du Projet régional de santé de l'ARS.

Le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH)

Le CDCPH est prévu à l'article L. 146-2 du Code de l'action sociale et des familles. Sa composition et ses modalités de fonctionnement ont été précisées dans le décret n° 2002-1388 du 27 novembre 2002.

Le CDCPH s'inscrit dans le prolongement du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées. Il s'agit d'une instance locale de réflexion et de propositions pour le niveau national.

Le conseil départemental se fait communiquer chaque année le bilan d'activité de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et le bilan de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Il reçoit également communication du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et est informé de son état d'avancement.

Il adresse chaque année un rapport sur l'application de la politique du handicap dans le département et sur son activité au ministre chargé des personnes handicapées, qui le transmet au président du Conseil national consultatif des personnes handicapées.

Le CDCPH doit comprendre trente membres titulaires au maximum, nommés par le Préfet. Il est présidé conjointement par le préfet et le président du Conseil général. La vice-présidence est assurée par un des membres du Conseil.

En Ille-et-Vilaine, le CDCPH a été installé le 2 février 2004. Il est composé de trois collèges comprenant des membres titulaires et des membres suppléants :

- un collège représentant les services déconcentrés de l'Etat, de l'Agence régionale de santé, les représentants des collectivités territoriales et les organismes financeurs ;
- un collège représentant dans le département les associations de personnes handicapées et de leurs familles ;
- un collège représentant des personnes en activité au sein des principales professions de l'action sanitaire et sociale et des personnes qualifiées.

La présidence est assurée par le préfet et le président du Conseil général.

Une commission permanente, composée de17 membres, titulaires et suppléants, est chargée de préparer les travaux du CDCPH qui se réunit deux fois par an avec l'ensemble de ses membres. Lors de chaque réunion du Conseil, un état des lieux sur l'accessibilité des personnes handicapées dans la cité est présenté : scolarisation, emploi, culture, bâti… Le CDCPH est également informé des travaux en cours, ainsi que de l'activité de la MDPH et de la CDAPH.

Le Collectif Handicap 35

Le Collectif Handicap 35 est actuellement composé d'une cinquantaine d'associations parmi les plus importantes du département et représentant l'ensemble des familles de handicap.

C'est un lieu d'analyse des besoins, une force de proposition, d'incitation et d'évaluation des mesures en faveur de l'intégration des personnes en situation de handicap et ce, quelle que soit la nature du handicap. Il a pour but de définir une politique associative départementale commune en faveur des personnes handicapées et de leurs familles.

Le Collectif a mis en place plusieurs groupes de travail qui se réunissent au moins une fois par trimestre sur les thèmes suivants :

- accessibilité,
- Commission des droits et de l'autonomie,
- communication,
- l'emploi et l'insertion socio-professionnelle,
- la scolarité,

- le transport,
- les services à domicile.

Le Département s'appuie sur le Collectif handicap 35 pour prendre en compte l'expression des besoins des personnes en situation de handicap et la coordination des actions adaptées et cohérentes sur le territoire.

Le CODERPAG, le CDCPH et le Collectif handicap 35 ont participé activement à l'élaboration du nouveau schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

3.3 La politique territoriale

Les contrats de territoires

Elaborés et suivis au sein des agences départementales, les contrats départementaux de territoire sont des outils au service de l'équilibre et de la solidarité territoriale. Ils participent au financement des projets de développement et d'équipement des intercommunalités.

Pour offrir à chaque territoire les mêmes chances de développement, le Département apporte son aide financière aux communautés de communes ou d'agglomération dont les membres ont des projets et des besoins : construire un équipement sportif, rénover des logements insalubres, aménager une zone d'activité, une aire de covoiturage, une zone d'activités ou créer une maison médicale… Ils privilégient les projets générateurs d'emplois et de lien social, encouragent les initiatives qui maintiennent une couverture d'équipements et de services minimum, soutiennent l'accès au logement social ou développent les transports collectifs.

Les contrats départementaux de territoire s'adressent aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). En Ille-et-Vilaine, ils sont depuis le 1er janvier 2014 au nombre de 24. Ces contrats permettent d'orienter des aides ciblées vers des projets jugés prioritaires, définis selon les besoins de chaque EPCI. Le dispositif a pour objectif principal d'aider les territoires les plus fragiles en leur donnant plus de moyens.

En Ille-et-Vilaine, la 2e génération des contrats départementaux de territoire est en cours. Au titre de la période 2011-2015, l'engagement du Département porte sur une enveloppe globale de 65 millions d'euros. Dictés par une logique de solidarité, les financements sont répartis entre les EPCI selon la population, le niveau d'emploi et le potentiel fiscal des territoires concernés. La subvention départementale par habitant varie ainsi de 29 € à 173 €.

Précédée d'un portrait détaillé du territoire, la signature de chaque contrat départemental de territoire de 2e génération (2011-2015) s'est appuyée sur une concertation étroite avec les élus locaux et une consultation de la société civile (acteurs économiques, sociaux et associatifs des territoires).

Le bouclier rural

La démarche « Bouclier rural » a été lancée par le Département d'Ille et Vilaine en avril 2013. L'objectif recherché est de maintenir et développer les services en milieu rural, indispensables pour fixer les populations (éducation, santé, commerces, équipements publics de proximité) et ainsi permettre d'atténuer les disparités territoriales qui ont été constatées.

L'Assemblée départementale a proposé à ses partenaires une charte d'engagements visant à maintenir les services existants sur la durée de la charte (3 ans), d'intégrer la dimension d'aménagement équilibré des territoires et de renforcer certains pôles d'équilibre communautaires. Il sera en outre expérimenté des schémas locaux de services de proximité sur 4 territoires qui auront pour objectif de trouver des solutions innovantes, de coordination, de complémentarité et de mutualisation.

Les partenaires s'engageant dans cette démarche sont :

- Le Préfet de Région, Préfet de Département
- Le Président du Conseil régional
- L'association des Maires d'Ille et Vilaine
- L'association des Maires ruraux d'Ille et Vilaine
- L'Agence Régionale de Santé
- La Caisse d'Allocations Familiales
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- La Mutualité Sociale Agricole
- Le recteur d'académie
- Le groupe « la Poste »

- Les banques : Crédit Mutuel de Bretagne, Crédit Agricole
- Le comité régional des banques
- Les Chambres du Commerce et de l'Industrie de Rennes et de Saint Malo
- La Chambre de Métiers et de l'Artisanat d'Ille et Vilaine

3.4 La politique départementale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

A) Bilan des précédents schémas départementaux

I - La genèse des schémas départementaux en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

Les premières lois de décentralisation ont confié aux départements la mission de définir la politique en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Dès juin 1985, le **premier plan gérontologique d'Ille-et-Vilaine** a ainsi été adopté par l'Assemblée Départementale. Il définissait alors les orientations et objectifs à atteindre à l'horizon 1990.

Ce plan a fait l'objet de deux bilans en 1988 et en 1993, à l'issue desquels de nouveaux axes ont été retenus :

- favoriser le maintien à domicile ;
- développer la coordination tant départementale que locale ;
- renforcer l'offre de places d'hébergement pour faire face aux évolutions démographiques ;
- adapter les structures pour leur permettre de faire face à la dépendance croissante des personnes âgées tant d'un point de vue qualitatif que celui du respect des normes de sécurité.

Depuis 1988, une politique volontariste départementale a été engagée avec la création de 2 500 places nouvelles d'hébergement pour personnes âgées.

L'analyse du dispositif de suivi des listes d'attente et d'admission en établissement pour personnes âgées mis en place depuis 1997 ainsi que les données issues du recensement de 1999, ont alors permis de mieux identifier les besoins en places d'accueil et les caractéristiques des personnes admises en structures.

A) Le début des années 2000 marque l'élaboration de nouvelles orientations départementales en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

En début 2000, l'Assemblée départementale s'est prononcée sur une nouvelle actualisation du schéma gérontologique pour prendre en considération les éléments démographiques issus du recensement de 1999, la demande évolutive des personnes âgées, les évolutions réglementaires liées à la réforme de la tarification des établissements et la mise en œuvre de l'APA ainsi que l'achèvement des programmations retenues lors du précédent schéma.

Au **31 décembre 2000**, le département d'Ille-et-Vilaine comptait, 11 491 places d'hébergement pour personnes âgées : 11 304 places en hébergement permanent et 187 places en hébergement temporaire. Sur ces 11 491 places en service près de 4 000 (30% de l'offre) étaient médicalisées (unités de soins de longue durée et places en section de cure médicale).

Par ailleurs, dès 2000, l'Assemblée Départementale s'est emparée de la problématique de la prise en charge des pathologies Alzheimer et syndromes apparentés et a souhaité mobiliser les acteurs autour de cette problématique croissante et définir un plan départemental spécifique. 334 places étaient alors réservées à l'accueil des personnes âgées présentant une pathologie Alzheimer ou syndromes apparentés.

Au regard de ces éléments d'informations, **un nouveau schéma départemental gérontologique a été adopté pour la période 2001-2006 comportant 4 objectifs :**

- **Poursuivre et renforcer la coordination gérontologique départementale et locale.**
- **Développer et adapter l'offre de services :**
  - en soutenant les aidants familiaux avec la création de services d'accueil de jour et de nuit, la mise en place de groupes de paroles ;
  - en développant l'offre de places des SSIAD ;
  - en développant la professionnalisation des aides à domicile ;
  - en mettant en œuvre l'APA.
- **Adapter l'offre d'hébergement** en poursuivant la démarche qualité engagée avec les établissements du département et en adaptant l'offre aux besoins (d'un point de vue des moyens humains et architecturaux).
- **Renforcer l'offre d'hébergement en structure** en adoptant le principe de la création, dans une première étape, de **1 200 places supplémentaires aux 11 491 places autorisées au 31 décembre 2000.**

  Cette programmation de places nouvelles visait en priorité à accueillir des personnes âgées dépendantes ou très dépendantes dont celles souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés pour satisfaire en premier lieu les besoins des zones les plus prioritaires (concernant alors les secteurs suivants : ville de Rennes, couronnes Rennaise sud et nord-ouest).

Dans le même temps, l'Assemblée Départementale a souhaité définir ses priorités en faveur des personnes en situation de handicap en adoptant un **premier schéma « handicap 35 »** en octobre 2000 pour la **période 2001-2005**. Les propositions contenues dans ce schéma étaient alors déclinées en 3 axes :

- La mise en place d'une politique coordonnée et concertée
- Le soutien à domicile et la vie sociale des personnes en situation de handicap
- L'adaptation, l'amélioration et le développement de la prise en charge des adultes en situation de handicap en établissements et services

Globalement sur cette période, de nouvelles instances de coordination ont été mises en place, de nouvelles places ont été créées (511 supplémentaires) et de nouvelles prestations ont vu le jour (prestations loisirs, aides techniques…).

B) De nouvelles orientations de la politique départementale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap depuis 2005 :

En 2004, l'Assemblée Départementale, nouvellement élue, a réaffirmé sa politique de solidarité en direction des personnes âgées, qui s'articule autour de 2 objectifs :

- **Favoriser le maintien à domicile par notamment un soutien accru aux services d'aide à domicile et le développement d'actions de prévention**
- **Développer un hébergement de proximité et de qualité adapté aux différentes situations.**

Dans le cadre de cette politique, elle a décidé de **réactualiser en 2005 le schéma gérontologique départemental** en complétant la programmation de places nouvelles initialement prévue, de 800 places complémentaires afin de répondre aux enjeux démographiques et à l'évolution des demandes pour les années à venir.

Le Département d'Ille-et-Vilaine s'est ainsi doté d'un outil de programmation où ses priorités en termes de créations de places nouvelles étaient clairement identifiées.

Globalement, après quelques ajustements, ce sont **2 175 places supplémentaires d'hébergement pour personnes âgées, qui ont été prévues au schéma gérontologique 2005-2010.**

De plus, l'Assemblée, partant du constat que la population en établissement est de plus en plus âgée et dépendante, a également souhaité poursuivre sa politique en direction des personnes âgées présentant la maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté.

La programmation départementale a ainsi privilégié la **création de places médicalisées de type EHPAD** et a favorisé l'émergence de projets contenant un **hébergement spécifique pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.**

Cette dernière orientation s'est traduite par le développement de places d'hébergement permanent au sein d'unités spécialisées et par la mise en place de solutions alternatives à l'hébergement permanent telles que **l'accueil de jour** et **l'hébergement temporaire** qui permettent de proposer une solution de répit aux aidants habituels.

Par ailleurs, les objectifs définis en 2001, tant ce qui concerne l'adaptation des structures que le développement de l'offre de services, ont été réaffirmés et poursuivis dans leur mise en œuvre.

Concernant la politique en faveur des personnes en situation de handicap, au 30 septembre 2005, on comptait **3 126 places** d'accueil, soit une capacité 3 fois plus importantes qu'en 1984.

L'Assemblée départementale lors de sa session de **juin 2004 a décidé d'engager la phase d'actualisation du schéma pour la période 2006-2010**. Pour ce faire, elle a souhaité mobiliser l'ensemble des acteurs de la politique départementale en faveur des personnes en situation de handicap.

Le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap, dit « schéma handicap 35 » a ainsi été adopté par l'Assemblée départementale en décembre 2005, pour la période 2006-2010. Il comprenait 4 axes principaux d'orientation :

- Favoriser le projet personnel et l'égalité des chances par l'accès au transport et au logement ;
- Répondre aux besoins spécifiques de populations elles-mêmes spécifiques : les personnes en situation de handicap psychique, les personnes handicapées vieillissantes ;
- Mettre en œuvre les dispositifs particuliers de la loi du 11 février 2005 : Maison Départementale des Personnes Handicapées, Prestation de Compensation du Handicap ;
- Accompagner l'évolution des accompagnements en établissements et services.

Ces orientations se déclinaient en différentes actions et en une programmation qui, initialement, portait sur la mise en service de 675 places en établissements et services pour les adultes handicapés représentant une enveloppe de 1,9 M€ à laquelle se sont ajoutées deux enveloppes spécifiques annuelles :

- l'une pour la mise en place de projets en lien avec le handicap psychique d'un montant de 90 000 € en 2006, puis de 160 000 € par an de 2007 à 2009
- l'autre pour des expérimentations d'un montant de 100 000 €.

C) Des bilans intermédiaires adoptés en 2008 et 2010 et des schémas prolongés jusqu'à 2014 :

Deux bilans ont été adoptés par l'Assemblée Départementale pendant la période de réalisation des schémas gérontologiques et handicap 35, l'un au 31 décembre 2008 et le second au 31 décembre 2010.

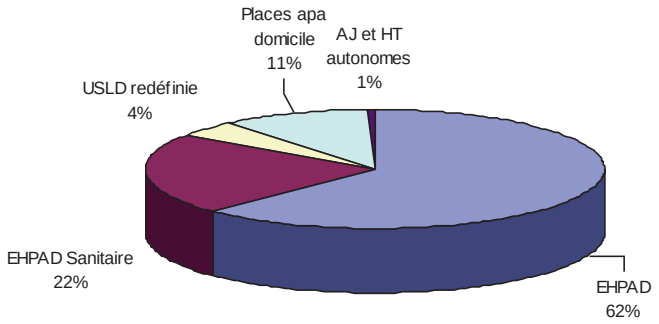
➢ Concernant l'offre d'hébergement pour personnes âgées :

Pour mémoire, au bilan adopté par l'Assemblée Départementale lors de la deuxième session de 2009, l'offre d'accueil s'établissait au **31 décembre 2008** à **12 185 places** soit 694 places de plus que par rapport à 2001 et donc un taux de réalisation du nombre de places supplémentaires attendues à 32%.

Un **second bilan au 31 décembre 2010** a été adopté par l'Assemblée lors de la dernière session de 2010.

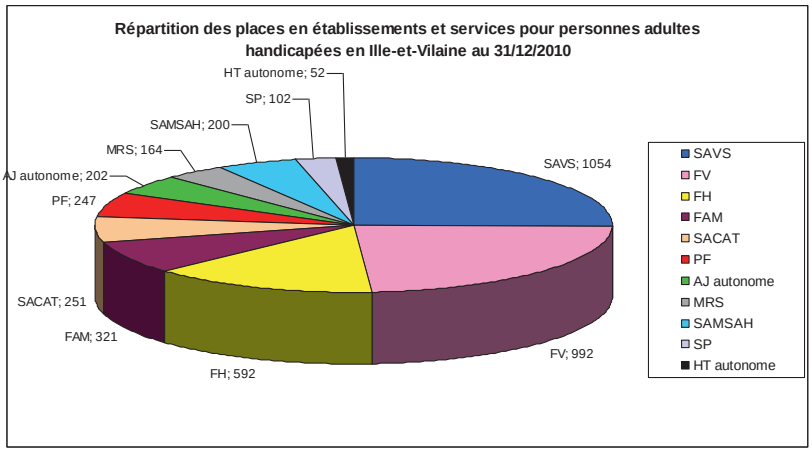
Ce second bilan faisait état de **12 310 places installées soit une progression de 125 places** depuis le 31 décembre 2008 et de **+ 819 places par rapport à 2001**. Cette progression intégrait les ouvertures mais aussi quelques fermetures d'établissements dont les capacités ont été redéployées sur d'autres projets.

Répartition de l'offre en établissements pour personnes âgées au 31 décembre 2010



➢ Concernant l'offre d'accueil pour les personnes en situation de handicap :

La capacité totale au 31 décembre 2010 était de **4 177 places** réparties de la manière suivante :



Des places d'hébergement programmées au schéma et autorisées, ainsi que des places de SAVS pour l'accompagnement des personnes avec un handicap psychique, restaient alors encore à installer.

La programmation retenue en 2005 pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap n'ayant pas été achevée fin 2010, l'Assemblée départementale a décidé de reporter la réalisation d'un nouveau schéma à 2014.

D) Une volonté réaffirmée en faveur du maintien à domicile : l'adoption d'un nouveau schéma spécifique au maintien à domicile 2011-2015 :

Comme évoqué précédemment, l'Assemblée Départementale a, au travers de ses schémas gérontologiques et handicap 35, fait du maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap une de ses préoccupations constantes qui s'est exprimée par des mesures spécifiques contenues dans les différents schémas.

Pour ancrer davantage cet objectif et prendre en compte les évolutions législatives et réglementaires relatives en particulier aux services d'aide à domicile, l'Assemblée Départementale a souhaité définir en 2010 un **schéma spécifique sur le maintien à domicile** tant des personnes âgées que des personnes en situation de handicap.

Après un travail en partenariat avec les acteurs de terrain et les services de l'Etat, ce nouveau schéma a été adopté par l'Assemblée Départementale lors de la session du 16 décembre 2010 pour **la période 2011-2015**.

Il contient trois grands principes :

- favoriser une meilleure connaissance des services offerts par territoire ;
- faciliter le développement harmonieux des services qui participent au maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sur le département ;
- offrir à la population du département des services de qualité.

II- L'offre d'hébergement a été développée pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques des personnes

A- L'offre d'hébergement a été augmentée avec la création de nouvelles structures ou l'extension de structures existantes :

Préalable **:**

Pour mémoire, sur la période des schémas, de nouvelles modalités pour la création de places nouvelles ont ralenti la progression du nombre de places d'accueil telle qu'elle avait eu lieu jusqu'aux années 2000 dans le département.

D'une part, la **loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** a restreint la possibilité d'autoriser des projets de créations ou d'extension aux seules opérations pour lesquelles l'Etat avait l'assurance au jour de l'ouverture, de disposer des crédits d'assurance maladie suffisants, alors que cette règle ne s'imposait pas auparavant. De nombreux projets recensés dans la programmation départementale n'ont donc pu être autorisés faute de crédits de médicalisation en particulier pour les établissements accueillant des personnes âgées.

Pour permettre de financer les dossiers de création d'EHPAD recensés par le département et considérés comme prioritaires, le département avait alors proposé, en 2005, la création **d'un fonds relais départemental** qui se serait substitué aux financements de l'Etat. Cette proposition a été rejetée par les ministres successifs en charge du dossier.

D'autre part, les services de l'Etat se sont dotés en 2005 d'un **nouvel outil de programmation, le PRIAC** (PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) qui s'est montré pénalisant pour notre département considéré comme mieux doté en établissements que d'autres.

Enfin, la **loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi « Hôpital, patients, santé, territoires »** a rénové la procédure d'autorisation de création, extension et transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux en introduisant une procédure d'appel à projets pour la création de places nouvelles *(hors extension non importante).*

L'initiative de la création ou d'extension d'ESMS appartient, depuis, aux autorités en réponse à des besoins définis dans les schémas : la procédure d'appels à projets permet d'autoriser un projet pour lequel la ou les autorités ont d'ores et déjà l'assurance d'avoir les financements.

Compte tenu de ces différentes modalités, certains projets, malgré une instruction favorable devant le CROSMS (instance qui a étudié les projets jusqu'à mi 2010), ont fait l'objet d'un arrêté de rejet et sont tombés en caducité au terme d'un délai de 3 ans. D'autres projets envisagés en 2005, n'ont finalement pas donné suite.

➢ **Concernant l'offre pour les personnes âgées :**

Différents critères avaient été retenus en 2001 pour la création de places nouvelles :

- L'adéquation du projet présenté avec les besoins locaux en lien avec les **perspectives démographiques**
- La **qualité du projet** présenté eu regard du référentiel qualité départemental élaboré en 1999
- La limitation du projet proposé à une « **capacité située entre 40 places** pour tenir compte des effets de seuil nécessaires à l'obtention d'un équilibre budgétaire et de **85 places maximum** pour préserver une qualité de vie optimum dans un établissement de taille humaine ».

Des **zones prioritaires** pour la création de places nouvelles avaient été identifiées dans la programmation des places en 2001 et 2005.

De nouvelles structures ont donc été créées sur ces zones et des structures existantes ont vu leur capacité augmenter. Cet axe a d'ailleurs parfois été privilégié afin de consolider le fonctionnement de structures déjà existantes, implantées en zone prioritaire, mais dont la capacité initiale était insuffisante pour assurer un fonctionnement optimal.

Le département d'Ille-et-Vilaine ayant été considéré comme un département plus doté que la moyenne nationale en termes de places d'hébergement pour personnes âgées et les modalités de création des places nouvelles ayant été revues, l'offre d'accueil a réussi à croître mais à une moindre hauteur que ce qui était escompté.

➢ **Au 31 décembre 2014, l'offre d'accueil en établissement pour personnes âgées est la suivante :**

Globalement on compte **12 824 places installées d'hébergement et d'accueil** en Ille-et-Vilaine **(+514 places depuis le dernier bilan),** toutes structures médico-sociales confondues :

- 11 140 places en EHPAD (86,9% de l'offre)
- 505 places en USLD (4% de l'offre)
- 1 098 places en EHPA (8,6% de l'offre)
- 70 places en accueil de jour autonome
- 11 places en hébergement temporaire autonome

} 91% de l'offre départementale est médicalisée

La capacité actuelle porte donc à + 1 333 le nombre de places installées par rapport à 2001 sur les 2 175 escomptées (soit 61,3% du nombre de places supplémentaires escomptées).

Au nombre de places installées au 31 décembre 2014, s'ajoutent des places autorisées non installées. Il s'agit d'extensions de structures déjà existantes autorisées ces dernières années et qui sont en **cours d'installation au 31 décembre 2014**.

Sont donc attendues, d'ici septembre 2016, les créations de places et modifications des capacités suivantes :

	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	TOTAL	Date de mise en service	Nature des places
Acigné *Les quatre saisons*	31	5		**36**		EHPAD
Vern-sur-Seiche *Le Clos d'Orrière*	-6	2	6	**2**		EHPAD
Pleugueneuc *Le Bignon*	15			**15**		EHPAD
Sainte-Marie	36	6		**38**		EHPAD
Bécherel *La Vallée*	18	2		**20**	*Sept. 2016*	EHPAD
Suite mise en conformité des accueils de jour			-3	**-3**	*Janv. 2015*	
TOTAL	**94**	**15**	**3**	**108**		

De plus, la Résidence du Bignon à Pleugueneuc actuellement dans la catégorie des EHPA (structure de moins de 25 places) va d'ici 2016 se transformer en EHPAD compte tenu de l'extension de sa capacité (passage de 19 à 34 places).

Au terme de ces différentes opérations, l'offre globale d'accueil des personnes âgées dans le département d'Ille-et-Vilaine sera d'ici septembre 2016 (fin des travaux de l'EHPAD de Bécherel) **de 12 932 places qui seront réparties comme suit :**

- 11 267 places en EHPAD (87,1% de l'offre)
- 505 places en USLD (4% de l'offre)
- 1 079 places EHPA (8.3%)
- 70 places en accueil de jour autonome
- 11 places en hébergement temporaire autonome

Par rapport à 2001, l'offre globale aura donc augmenté de + 1 441 places *(66,25% du nombre de places escomptées lors de la programmation 2005).*

Notons, pour mémoire, qu'au cours de la période 2005-2014, certaines créations de places ont été réalisées suite au redéploiement de places de structures qui ont pu fermer pour diverses raisons (La Massaye, Le Rosais à Saint-Malo par exemple).

L'offre globale indiquée tient compte de ces deux mouvements de fermeture d'une part et d'ouverture d'autre part. Sans les fermetures qui sont intervenues tout au long de la période du schéma, l'offre aurait été plus importante.

Par ailleurs, compte tenu du redimensionnement de certains projets, il existe, comme le mentionne le PRIAC 2014-2018, un reliquat de places médicalisées dont l'affectation n'est aujourd'hui pas déterminée.

Ce reliquat de places est aujourd'hui de **84 places** (dont 46 places non médicalisées qui font suite à la fermeture du foyer logement Les Rousses de Saint-Malo).

Lorsque ce reliquat aura été affecté, l'offre d'accueil globale sera de 13 016 places.

➢ **Concernant l'offre pour les personnes en situation de handicap :**

Au 31 décembre 2005, l'offre d'accueil pour les adultes en situation de handicap, autorisée et financée par le Conseil général, ou conjointement avec l'ARS, représentait **3 141 places** :

- 2 959 places en services et établissements d'hébergement,
- 182 places en accueil familial.

La programmation du schéma portait sur la création de 675 places. Toutefois, la Collectivité départementale qui a toujours souhaité, dans la mesure du possible, s'adapter aux nouveaux besoins et attentes des personnes, a dégagé des moyens financiers qui ont, en réalité, permis *de créer **1 259 places** :*

- *1 202 places en services et établissements* d'hébergement
- 57 places en accueil familial à ajouter aux places déjà financées.

Ont ainsi pu être pris en compte les besoins des étudiants en situation de handicap et ceux des personnes qui souhaitent vivre à domicile à l'aide d'un accompagnement adapté.

Au 31 décembre 2014, l'offre globale est donc de **4 400 places,** réparties comme suit :

- **Dispositifs concourant au maintien à domicile : 2 378 places (54 %)**
  - ➢ 1 257 places en SAVS et services de proximité
  - ➢ 200 places en SAMSAH
  - ➢ 321 places en accueil de jour (autonomes et rattachées)
  - ➢ 86 places en hébergement temporaire (autonomes et rattachées)
  - ➢ 259 places en section annexe aux ESAT
  - ➢ 16 places en habitat accompagné
  - ➢ 239 places en accueil familial

- **Hébergement permanent : 2 032 places**
  - ➢ 580 places en foyer d'hébergement
  - ➢ 940 places en foyer de vie
  - ➢ 338 places en foyer d'accueil médicalisé
  - ➢ 174 places en maison de retraite spécialisée

B- L'offre existante a été adaptée :

➢ **Une plus grande médicalisation des places pour les personnes âgées :**

Conformément à la réglementation et aux besoins recensés, de nombreuses structures ont été **transformées en EHPAD** dès lors qu'elles accueillaient des personnes dépendantes.

Par conséquent, seuls quelques établissements de type « petites unités de vie » (moins de 25 places avec un GMP > 300) et les logements-foyers (niveau de dépendance inférieur à un GMP de 300 et plus de 25 places) ne sont aujourd'hui pas des EHPAD.

Les petites unités de vie ont en effet pu faire le choix d'un autre mode de médicalisation (recours à un SSIAD ou à un forfait de soins infirmiers versé par l'assurance maladie) et les logements-foyers, compte

tenu des caractéristiques de la population qu'ils continuent, pour la plupart, d'accueillir, n'ont pas l'obligation de signer une convention tripartite avec l'Etat et le Département.

Comme évoqué lors des bilans de 2008 et de 2010, ces dernières années ont permis de médicaliser certains EHPA par le biais de la signature d'une convention tripartite et d'autres transformations sont en cours : l'un des logements foyers de FOUGERES devrait prochainement être transformé en EHPAD et la MARPA de PLEUGUENEUC dont la capacité va être augmentée, également (cf. supra).

Pour autant, compte tenu de l'absence, au PRIAC, pour les années à venir, de crédits de médicalisation pour de nouvelles places dans notre département, **de nouvelles transformations d'EHPA en EHPAD, en dehors des projets en cours, ne sont pas envisagées à court et moyen terme.**

En 2016, compte tenu des derniers projets en cours de réalisation, 8% de l'offre d'accueil des personnes âgées sera occupée par des structures peu ou pas médicalisées.

A noter que le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement adopté en première lecture par l'Assemblée Nationale le 17 septembre 2014 vient requalifier ces structures de résidences-autonomie dont le fonctionnement sera réglementairement défini et qui pourront accueillir une proportion de personnes plus dépendantes qu'actuellement.

➢ Des réponses aux personnes avec un handicap psychique :

Le département a souhaité apporter des réponses aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap psychique à travers trois axes :

- développer le travail en réseau entre les secteurs concernés : sanitaire, social et médico-social
- favoriser l'accès au logement et au transport
- développer des modes de réponses adaptées.

- **Un levier pour un meilleur partenariat : la charte de coopération entre les secteurs sanitaire, social et médico-social pour une meilleure prise en compte du handicap psychique**.

Signée en septembre 2009, cette charte regroupe au-delà du Conseil général, de l'Etat, de l'Agence Régionale de Santé, de la Ville de Rennes, plus de trente signataires des trois secteurs concernés. La charte de coopération vise à améliorer la connaissance des professionnels sur les différents dispositifs et à les accompagner dans la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap psychique.

La signature de cette charte a impulsé la mise en œuvre de divers chantiers : une réflexion sur le partage de l'information, le recensement de l'offre départementale pour une meilleure lisibilité, l'élaboration de conventions type, des mesures pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes.

Pour favoriser le partage des connaissances entre les professionnels et construire une culture commune autour de l'évaluation des besoins des personnes et des réponses existantes, le Conseil général a également mis en place, avec l'appui technique du CREAI, un cycle de rencontres sous la forme de demi-journées d'information-formation sur la gestion des phases aiguës, la continuité des soins, l'accès et le maintien dans le logement, la participation sociale, l'insertion professionnelle, le projet de vie et l'élaboration du plan personnalisé de compensation, l'éthique et secret professionnel.

Plusieurs instances de coordination et de concertation autour de situations individuelles de personnes ou de familles en souffrance psychique se sont mises en place sur les territoires du département (Ex : Lampadaire, Cerise, Point d'interrogation, Ressort, Rampes…). Il s'agit de lieux réguliers de travail portés par les professionnels de plusieurs institutions et services, notamment des CDAS et de la psychiatrie publique. Outre le personnel des services sociaux de la psychiatrie, participent à ces instances des professionnels en position thérapeutique qui ont un regard clinique sur les situations : infirmiers et/ou cadres de santé, psychiatres ou psychologues de CMP de l'hôpital.

Globalement, ces instances contribuent à une meilleure articulation entre les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et participent à la prévention des crises et au bien-vivre ensemble. Elles apportent donc un meilleur service aux usagers, ainsi qu'un soutien et une plus-value aux professionnels.

D'autres formes de partenariat et de collaborations existent sur le département, tels que :

- les échanges généraux qui permettent aux professionnels des services de se connaitre
- les échanges en vue de démarches collectives : journées d'études, travaux sur des projets collectifs…
- des collaborations ponctuelles autour de situations de personnes
- des collaborations régulières entre structures.

- **Les réponses adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap psychique**

L'enveloppe financière dédiée jusqu'en 2009 au handicap psychique a permis de créer des SAVS spécialisés, des alternatives à l'hébergement collectif de type habitats regroupés en réponse aux demandes d'autonomie et de vie à domicile des personnes. La capacité d'accueil d'un foyer de vie spécialisé (Camille Claudel à Redon), a également été augmentée.

Sur la période du schéma, de 2006 à 2014, les places créées sont réparties de la manière suivante :

- 270 places en SAVS
- 1 dispositif proposant 10 logements en habitats regroupés
- l'extension de 10 places du foyer de vie à Redon.

Au 31 décembre 2014, l'offre spécifique à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique est de **487 places**, soit **11 % de la capacité totale**. Cette offre concerne essentiellement le soutien à la vie à domicile des personnes (SAVS, habitat regroupé) leurs activités en journée (Section annexe d'ESAT), et les lieux d'hébergement adapté (foyer d'hébergement et foyer de vie).

A noter que d'autres structures médico-sociales peuvent, même si elles ne sont pas spécialisées dans le handicap psychique, accompagner des personnes présentant ce type de déficience. Les accueillants familiaux sont également là pour les aider au quotidien.

Au total, ces dispositifs représentent une offre supplémentaire de **1 385 places** pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

- **Le soutien du département à un dispositif spécifique : l'activité café du GEM l'Antre-2 :**

La loi du 11 février 2005 a non seulement, nommé pour la première fois le handicap psychique, elle a aussi créé un nouveau dispositif, le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), conçu à la fois comme moyen de prévention et comme élément de compensation pour améliorer les conditions de vie des personnes. Outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale, les GEM peuvent contribuer à assurer un meilleur accompagnement des personnes en souffrance psychique. Ils se caractérisent par des lieux conviviaux, où des personnes peuvent se retrouver, s'entraider, organiser ensemble des activités visant tant au développement qu'à créer des liens avec la communauté environnante.

Les modalités de mise en œuvre des GEM sont définies par l'arrêté du 13 juillet 2011. Ils doivent avant tout reposer sur l'existence d'une association d'usagers. Ils sont financés par une subvention de l'ARS et sont encouragés à rechercher des apports financiers complémentaires. En Ille-et-Vilaine, 6 GEM ont été créés : 2 à Rennes, 1 à Dinard, Saint Malo, Redon et Fougères.

Depuis octobre 2008, le Département apporte un soutien financier à l'activité café du GEM l'Antre-2 situé à Rennes, dans le cadre d'un partenariat avec la Ville et le CHGR. L'Antre-2 est un GEM qui s'adresse à des jeunes confrontés à des troubles psychiques. Il fonctionne comme un club de loisirs en proposant des animations, des temps d'échanges et de soutien, un travail autour de la communication. Il a ouvert un autre espace d'accueil, un café associatif culturel, qui lui, est ouvert à tous et particulièrement aux habitants du quartier. La possibilité de fréquenter librement le café correspond, pour certaines personnes, à une entrée moins stigmatisante, une accroche plus facile du collectif. Cette ouverture sur la cité, constitue un espace de rencontres entre des personnes touchées par des troubles psychiques et d'autres qui n'y sont à priori pas confrontées, contribuant ainsi à faire évoluer les représentations sociales sur la maladie mentale.

➢ Des réponses pour accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap :

- **Des structures spécifiques :**

Le département a souhaité créer des foyers de vie dédiés à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes qui peuvent y sont êtres accueillies à partir de 45 ans, sans limite d'âge, c'est-à-dire le plus longtemps possible.

De 2006 à 2014, **170 places** ont ainsi été mises en service sur le département, réparties sur 8 foyers de vie, dont 6 créés sur la période et spécifiquement dédiés à l'accompagnement des personnes vieillissantes : Chartres de Bretagne, Pleurtuit, St Sulpice des Landes, Iffendic, Fougères et Coësmes.

En 2014, il est possible d'identifier sur le département **391 places** spécifiques pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

Face au vieillissement et à l'évolution de l'état de santé de certaines personnes handicapées et pour leur permettre de rester dans leur lieu de vie habituel, certains foyers de vie ont été dotés de forfaits soins. Cette médicalisation a été mise en place en concertation avec les services de l'Etat. De 2009 à 2011, 9 places réparties sur 2 foyers de vie ont été transformées en places de foyers d'accueil médicalisés, ce qui a nécessité, pour certains résidents, le dépôt d'une demande de réorientation auprès de la MDPH.

En Bretagne, entre 2009 et 2013, 20 structures ont bénéficié de la transformation de places de FV en places de FAM représentant 80 places. Dans le cadre du Projet régional de santé et des travaux engagés par le groupe régional sur la thématique « accompagnement des personnes handicapées vieillissantes », un bilan a été réalisé au début de l'année 2014 auprès des structures concernées.

La médicalisation a porté sur les aspects psychiques, fonctionnels, nutritionnels. Des professionnels ont pu être recrutés, principalement des aides-soignants et des infirmiers. Certains FV avaient déjà recours à des infirmiers grâce aux crédits alloués par les départements. La médicalisation a alors permis de renforcer leur temps de présence. Des structures font appel régulièrement à des cabinets infirmiers, ou à des SSIAD pour assurer la continuité des soins, lors notamment des week-ends et congés. Quelques établissements ont pu renforcer des temps de psychiatre. Des conventions avec les médecins généralistes ont parfois été signées, ainsi qu'avec l'Hospitalisation à Domicile (HAD). La mutualisation du personnel est aussi recherchée, notamment avec les EHPAD ou des plateformes de services associatives.

Les principaux atouts de cette médicalisation portent sur :

- L'amélioration de la coordination et du suivi des soins des résidents
- Le maintien des personnes dans leur lieu de vie
- De nouvelles compétences au bénéfice de l'ensemble des résidents.

Des points négatifs sont toutefois soulevés :

- Difficultés pour assurer la continuité des soins lors des week-ends, vacances, nuit, d'où l'intervention de services extérieurs (infirmiers libéraux, SSIAD…)
- L'augmentation des besoins de soins des résidents, au regard du nombre de places transformées.

Un point de vigilance est souligné : la nécessité de préparer l'arrivée de professionnels soignants au sein d'une équipe éducative (information sur les rôles et fonctions des soignants pour rechercher une complémentarité avec les professionnels de l'établissement).

- **Des documents à l'attention des professionnels des structures et des promoteurs immobiliers**

Le département a élaboré deux documents en concertation avec ses partenaires (représentants d'usagers, de gestionnaires et de structures) :

- Un document à titre de recommandations pour proposer quelques principes et valeurs qui doivent guider la réflexion lors de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes et être intégrées dans les projets d'établissement et les projets individuels :
  - Eviter les ruptures en proposant des solutions progressives et alternatives
  - Permettre aux personnes de conserver des liens familiaux, amicaux, affectifs et sociaux
  - Adopter des rythmes de vie adaptés aux et capacités des personnes accueillies
  - Développer le travail en réseau
  - Accompagner les professionnels face à la prise en compte du vieillissement

- Un cahier des charges sur les locaux et les espaces des lieux d'hébergement des personnes handicapées vieillissantes.

➢ Le Département a retenu la nécessité d'accompagner les personnes et favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap :

- **Le logement :**

L'accès à un logement adapté est essentiel pour l'intégration des personnes en situation de handicap dans la cité, ce qui nécessite une adéquation entre l'offre et la demande.

Dorénavant, la recherche d'un logement social s'effectue à l'aide d'un dossier d'inscription unique qui comporte des informations permettant de connaitre la nature du handicap, les équipements à prévoir et/ou la localisation et l'environnement souhaités.

Les actions réalisées dans le cadre du schéma ont poursuivi un objectif, celui de l'accès au logement des personnes avec une déficience psychique pour ainsi favoriser leur insertion et réadaptation sociales. Un travail mené en partenariat avec Rennes métropole, les bailleurs sociaux et les associations a préconisé la mise en place de baux glissants et a mis en évidence le besoin d'aide et d'accompagnement des personnes dans leur vie quotidienne.

Au niveau départemental, c'est au travers de la ***charte de coopération*** entre les secteurs sanitaire, social et médico-social pour une meilleure prise en compte du handicap psychique, que la problématique du logement a trouvé écho. L'association départementale des bailleurs sociaux (AdoHLM) est signataire de cette charte.

- **Le transport :**

Un des principaux objectifs de la loi du 11 février 2015 est la mise en accessibilité des transports collectifs et le principe de la chaîne des déplacements.

Le département a voulu expérimenter des dispositifs et organisations visant à favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap.

- **L'expérimentation du transport public avec accompagnement collectif (TPAC) vers les services d'accueil de jour médicalisés**

Faciliter le transport des personnes lourdement handicapées de leur domicile vers les services d'accueil de jour a été une des priorités du schéma départemental. De son côté, Rennes métropole menait une réflexion pour sécuriser les trajets de certains usagers et envisageait de mettre en place un accompagnement dans les véhicules de son service de transport public pour les personnes à mobilité réduite « **Handistar** » qui, du fait de leur handicap, ne peuvent prendre le bus seules ou accompagnées.

Le Département et Rennes métropole se sont donc rapprochés pour expérimenter le transport public avec accompagnement collectif (TPAC).

Les modalités de mise en œuvre étaient les suivantes :

- La mise en place d'un double « équipage » : conducteur et accompagnateur
- Des transports assurés par Rennes métropole dans le cadre de sa convention de délégation du service public de transport des personnes à mobilité réduite « Handistar »
- Des circuits organisés par Handistar vers les établissements concernés en tenant compte des contraintes des usagers, tout en respectant la vocation du service public
- Une prestation d'accompagnement collectif confiée à une association d'insertion, Médiation métropole dont la souplesse de fonctionnement a permis les ajustements nécessaires
- Une prise en charge financière de la prestation d'accompagnement par le Conseil général.

L'expérimentation s'est déroulée de mai 2007 à décembre 2012. Au démarrage du dispositif, 23 personnes étaient transportées et accompagnées, soit vers des services d'accueil de jour rattachés à des FAM, soit vers des services non médicalisés. Au fur et mesure de l'expérimentation de nouvelles modalités ont été mises en place pour le transport vers les services non médicalisés. Au cours des dernières années de fonctionnement, 6 usagers ont bénéficié du TPAC vers 4 FAM situés sur la métropole.

Une évaluation du TPAC a relevé plusieurs atouts :

- L'accès à l'accueil de jour de personnes polyhandicapés et par voie de conséquence un soulagement des familles
- Des services d'accueil de jour dispensés de l'organisation des transports
- Un transport qui allie sécurité et confort du fait de la présence de l'accompagnateur qui veille au bien-être des usagers pendant les trajets
- Des circuits adaptés aux contraintes des usagers et de leur emploi du temps
- Un prix du trajet à la charge de l'usager aligné sur celui du ticket du réseau STAR (1,40 € en 2012)
- Un service de qualité : ponctualité
- Une prestation d'accompagnement assurée par une association en charge de l'insertion de personnes éloignées de l'emploi.

Des mesures législatives ont depuis amélioré la prise en charge des frais de transport entre le domicile des personnes handicapées et les accueils de jour des MAS et des FAM. En application du décret n° 2010-1084 du 15 septembre 2010, les frais de transport sont inclus dans les dépenses d'exploitation des structures et financés par l'assurance maladie, dans la limite du nombre de places installées et d'un plafond unitaire : 10 276 € en 2010. Sur le département d'Ille-et-Vilaine, 7 FAM sont concernés représentant 27 places d'accueil de jour.

Afin que les 6 usagers du TPAC et leurs familles puissent continuer à bénéficier de l'organisation mise en place en mai 2007, les partenaires institutionnels ont accepté de poursuivre leur engagement. Rennes métropole assure toujours le transport dans le cadre du service public (tarif réduit pour l'usager) et l'association Médiation métropole l'accompagnement.

- **Le transport vers les accueils de jour non médicalisés**

La Collectivité départementale cherche également à faciliter l'accès aux services d'accueil de jour autonomes, ou rattachés à des FV, par le biais d'une prise en charge des frais de transport des usagers. En effet, certains services n'ont actuellement pas les moyens d'organiser le transport des usagers de l'accueil de jour, et la PCH perçue par les personnes au titre du « surcoût transport » s'avère souvent insuffisante pour couvrir les dépenses réelles d'un service de transport. Un accompagnement financier des établissements et un mode d'organisation des transports, si possible collectif, sont à rechercher.

- **Le transport et la vie sociale**

Pour favoriser la vie sociale des personnes en situation de handicap qui sont bénéficiaires de la PCH, la MDPH d'Ille-et-Vilaine étudie la possibilité, pour des situations particulières, de valoriser les déplacements entre le domicile et les lieux d'activités adaptées au handicap (activités sportives, culturelles…) au titre du volet 3 « surcoût transport » de la prestation, et ce dans la limite de 83 € par mois .

- **L'expérimentation de la mise en accessibilité des lignes interurbaines**

Le plan d'actions du schéma directeur d'accessibilité des transports voté en 2008 a inscrit différentes mesures en faveur de l'accessibilité des transports aux personnes en situation de handicap, parmi lesquelles :

- expérimentation de véhicules à plancher bas sur des services existants

- expérimentation de véhicules accessibles de petites capacités (déclenchement virtuel).

Voir partie 3.6 : la politique départementale relative aux transports.

➢ Des réponses ont été apportées pour les personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives dont Alzheimer :

Comme évoqué précédemment, le Département d'Ille-et-Vilaine a très tôt (en 2000) pris en compte la problématique de l'accompagnement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés et a très vite pris la mesure du défi qui l'attendait pour le futur.

Un **plan triennal départemental Alzheimer a alors été déterminé en juin 2000 autour de deux axes :**

- **favoriser et faciliter le maintien à domicile** des personnes souffrant d'Alzheimer : par le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire et par la promotion d'actions d'aides aux aidants

- **renforcer** d'une manière significative les **places d'hébergement adaptées** en établissements avec un programme de création de 200 places adaptées sur 3 ans répondant à un cahier des charges départemental, soit par reconversion de places existantes (des unités de 12 places étaient privilégiées) soit par créations d'établissements nouveaux dédiés à l'accueil de ce public (structures de 30 places maximum).

L'objectif était de proposer à ce public un accompagnement adapté au travers une architecture facilitante et la présence de professionnels formés de type aides médico-psychologiques.

Dans cette perspective, le Département a mobilisé dès 2000 des moyens spécifiques avec des moyens en fonctionnement et un subventionnement de l'investissement majoré pour des places dédiées à l'accueil de personnes souffrant d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

En 2001, on comptait 214 places spécialisées dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

Une enquête a été adressée en octobre 2010 et actualisée en 2013 aux établissements qui avaient alors mis en service une unité dédiée à l'accompagnement des personnes souffrant d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

Cette enquête a été réalisée dans l'optique de dresser un état des lieux du fonctionnement de ce type d'accueil et d'en percevoir à la fois les leviers d'amélioration de l'accompagnement proposé et les limites de celui-ci en termes qualitatifs et d'organisation notamment.

Au 31 décembre 2014, on compte :

- 1 375 places spécifiques d'hébergement permanent en unité d'hébergement Alzheimer de type *cantou*
- 262 places d'accueil de jour spécifiques

Avec les programmes en cours de réalisation, **d'ici septembre 2016**, ce seront près de 300 places supplémentaires qui seront dédiées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

Ces chiffres sont en constante évolution car les projets de travaux des structures sont nombreux et intègrent quasiment systématiquement la mise en service par extension ou à capacité constante, d'une unité Alzheimer pour permettre aux résidents déjà présents de bénéficier de conditions d'accueil et d'accompagnement optimum.

En revanche, très peu de places en hébergement temporaire en Ille-et-Vilaine sont, au 31 décembre 2014, spécifiquement dédiées, de façon constante, à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

A noter que le Département d'Ille-et-Vilaine, comme évoqué précédemment, a maintenu depuis 2000, **sa politique volontariste d'aide à l'investissement en majorant sa participation pour les places spécifiques Alzheimer (cf. supra).**

A ce dispositif largement favorisé par la politique départementale du schéma, s'ajoutent des dispositifs issus du plan Alzheimer national 2008-2012 qui a permis de créer dans le département d'autres modes d'accompagnement : des **PASA** - *Pôles d'activités et de soins adaptés* – qui permettent aux personnes présentant cette pathologie, de bénéficier, à la journée, d'un accompagnement spécifique et adapté au sein de locaux répondant à un cahier des charges précis et d'autre part des **UHR** – *Unités d'hébergement renforcé,* plutôt en milieu hospitalier - qui accueillent en hébergement, les personnes qui présentent des troubles sévères de la maladie *(cf. Offre – partie IV).*

C- L'offre d'accueil a été développée pour mieux répondre aux besoins des personnes souhaitant rester à leur domicile :

➢ Des CLIC ont été créés sur tout le département :

Le maintien à domicile, a toujours été la première des priorités des différents schémas, même dès 1985 lors du premier plan gérontologique départemental.

Afin de structurer l'ensemble de ces actions, le Département s'est attaché à promouvoir les dispositifs de coordination gérontologique : l'ensemble du territoire a donc été couvert par des CODEM (Comités d'observation de la dépendance et de la médiation) et des CLIC dont le dernier, le CLIC Noroit, a été ouvert en 2010.

➢ Une meilleure lisibilité des différents services a été apportée aux personnes âgées et en situation de handicap à domicile :

Dans le cadre du schéma départemental des services de maintien à domicile, le département a développé une base de données intitulée **DOMIRE (DOMIcile REcensement) recensant l'ensemble des services qui concourent au maintien à domicile :** services prestataires, mandataires, portages de repas, accueil de jour, hébergement temporaire, SAVS…

Cet annuaire des services a une double vocation :

- Pour le Département, connaître de façon plus exhaustive les services et prestations sur son territoire (élaboration de cartes, recensement de zones blanches…).
- Pour les professionnels et les usagers, leur permettre d'avoir une liste des services et prestations existants sur leur commune (via un portail informatique intégré au site internet du Département).

Cet annuaire renseigne pour chacun des organismes son profil, l'offre de services et le territoire d'intervention.
Cet outil, élaboré par les services départementaux, se veut un moyen d'information et de communication des structures auprès des professionnels et des usagers.

Un recensement des **services de portage de repas** a en particulier été réalisé dans cette perspective afin de déterminer la couverture géographique de cette prestation et de préciser leurs modalités d'organisation (mode de livraison, fréquence, coût).

➢ L'accueil familial s'est développé, structuré et professionnalisé :

L'accueil familial constitue, pour les personnes âgées de plus de 60 ans et les adultes en situation de handicap, un mode de prise en charge original offrant un environnement sécurisant.
Il s'adresse à des personnes qui ne peuvent ou ne souhaitent plus vivre à leur domicile et préfèrent un cadre familial à un hébergement en établissement mais également à des personnes qui vivent en établissement (exemple : foyer de vie) et qui souhaitent rompre temporairement avec le collectif.

Au 1er septembre 2014, le département comptait 300 personnes agréées accueillant 260 personnes dont les deux tiers étaient des personnes handicapées.

La mission de ces accueillants s'est professionnalisée. Tous suivent désormais une **formation initiale de 4 jours puis une formation continue d'une demi-journée par an**. De plus en plus d'entre eux sont des professionnels médico-sociaux désireux de mettre à profit leur expérience acquise en structure d'hébergement ou dans un service d'aide à domicile pour proposer un accompagnement encore plus personnel.

Pour les personnes accueillies, qui doivent obligatoirement faire leur demande auprès du Département, la formule offre l'avantage d'être non seulement très individuelle mais aussi très souple : les personnes peuvent venir dans la famille de façon permanente ou temporaire, par exemple : pour des temps de répit dans le but de soulager un aidant.

Les personnes entrant dans le dispositif peuvent bénéficier sous conditions de ressources d'une aide spécifique, l'allocation d'accueil familial, en plus des aides habituelles (APA ou PCH, et allocations d'aide au logement Al et APL).

Le Département, soucieux de répondre à la nécessité d'envisager pour l'avenir des modes d'accueil alternatifs, **a souhaité dynamiser le dispositif de l'accueil familial**.
Ainsi, il a procédé à la restructuration de son dispositif en appliquant une nouvelle sectorisation, en renforçant le suivi social et médico-social des personnes accueillies et en professionnalisant les accueillants par la mise en place de formations.

Aussi, le Conseil Général a confié, **depuis le 1er juillet 2012**, le suivi social et médico-social des accueils à 5 services qui interviennent chacun sur un secteur géographique ; il s'agit de l'APASE, l'ATI, l'ADMR, le Centre hospitalier Guillaume Régnier et le Centre Hospitalier de Saint-Malo.
De nouvelles procédures ont été arrêtées concernant :

- l'instruction de l'agrément,
- l'orientation en accueil familial,
- le suivi social et médico-social.

Par ailleurs, une large de campagne de communication a été menée en 2013 afin de promouvoir ce dispositif d'accueil.

L'enjeu est notamment d'accroître le nombre de places en accueil familial afin d'atteindre une couverture géographique suffisante pour permettre une prise en charge de proximité. L'intérêt est qu'une personne puisse trouver un accueillant près de l'endroit où elle a l'habitude de vivre et ainsi garder points de repères et relations.

La restructuration du dispositif de l'accueil familial a donc permis d'insuffler une nouvelle dynamique :

- une augmentation du nombre de personnes agréées avec un nouveau profil d'accueillants apparait, plus jeune et plus professionnel ;
- un partenariat actif avec les cinq services conventionnés ;
- une demande plus forte des personnes mais également des institutions souhaitant trouver une solution d'accueil familial grâce à la mise en place d'une nouvelle procédure d'orientation en accueil familial.
- une meilleure lisibilité des places disponibles du fait de la mise en ligne, mensuellement, d'un tableau spécifique, sur le site internet https://www.gaelig35.org

➢ **L'hébergement temporaire :**

Les différents schémas ont retenu l'objectif de diversifier les modes de réponses pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap qui font le choix de rester à leur domicile.

L'hébergement temporaire fait partie de la palette des réponses qui peuvent leur être apportées en alternative à l'hébergement permanent.

Compte tenu de fonctionnements très hétérogènes, le schéma de maintien à domicile de 2011 a retenu la nécessité de proposer des axes d'amélioration du dispositif d'hébergement temporaire sur les deux champs (personnes âgées et personnes en situation de handicap).

En effet, on observe un fonctionnement très hétérogène de l'hébergement, c'est pourquoi une enquête a été réalisée en 2013 auprès de tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées du département. Les résultats synthétiques de cette enquête qui ont servi à l'élaboration du diagnostic, sont présentés dans le chapitre ***5.6.A - Analyse de l'enquête hébergement temporaire.***

➢ **L'accueil de jour a été développé tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap :**

- **L'accueil de jour pour les personnes âgées :**

L'accueil de jour est destiné à des personnes âgées vivant à domicile, notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Véritable soutien à la personne accueillie et à son entourage, **l'accueil de jour favorise le maintien à domicile**.

Ce type d'accueil est proposé soit par des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui disposent alors de locaux spécifiques dédiés à l'accueil de jour, soit au sein de structures autonomes (au nombre de sept dans le Département) qui ne proposent que ce type d'accueil.

Les personnes peuvent être accueillies à la journée ou à la demi-journée. L'accompagnement est assuré par une équipe de professionnels qui propose à la personne âgée des activités adaptées à son état de santé, permettant de stimuler et de préserver l'autonomie (exemple : revue de presse, jeux de société, ateliers de mémoire, activités manuelles et artistiques, cuisine, musique, sorties…).

Le dispositif d'accueil de jour pour personnes âgées en Ille-et-Vilaine a fortement évolué ces dernières années sous l'impulsion des schémas départementaux et notamment celui de 2011 relatif au maintien à domicile.

Cette évolution s'est traduite par :

- **L'augmentation du nombre de places d'accueil de jour :** depuis le bilan voté en 2010, le dispositif relatif à l'accueil de jour a évolué avec **la création de 89 places nouvelles.**
  Au **31 décembre 2014, le Département d'Ille-et-Vilaine compte désormais 282 places et en comptera 285 courant 2015.**

  Cf. : Offre en accueil de jour – chapitre 4.

- **Une meilleure connaissance du dispositif de l'accueil de jour** : une **large campagne d'informations et de communication** à destination du public a eu lieu courant 2013 et s'est prolongée en 2014 afin de mieux faire connaître ce dispositif des personnes âgées, de leurs proches et des professionnels médicaux et paramédicaux.

  Cette campagne s'est traduite par des articles dans la Presse, un affichage spécialisé, la distribution de *flyers* et de réunions d'informations organisées localement…

- **Un financement volontariste du Département** : **le Département d'Ille-et-Vilaine soutient financièrement les structures d'accueil de jour** en leur octroyant une subvention à la place (6 118 € à la place en 2014) et définit chaque année un tarif départemental, d'un montant modéré, pour l'accueil à la journée (repas compris) et à la demi-journée.

Depuis 2012, le département d'Ille-et-Vilaine a décidé de fixer un tarif différent entre l'accueil de jour autonome et l'accueil de jour rattaché à un établissement.
Pour 2014, les tarifs étaient les suivants :

- en accueil de jour autonome :
  - **15,85** € pour la journée
  - **9,30** € pour la demi-journée
- en accueil de jour rattaché à un EHPAD :
  - **14,35** € pour la journée
  - **8,40** € pour la demi-journée.

Ces tarifs sont appliqués de **façon uniforme par toutes les structures** organisant ce type d'accueil.

Par ailleurs, les trajets domicile/accueil de jour sont parfois assurés par la structure sous certaines conditions. Le reste à charge relatif au transport peut être intégré dans le plan d'aide APA de la personne âgée.

- **L'accueil de jour pour les personnes en situation de handicap :**

Plusieurs dispositions ont été prises pour faciliter les conditions d'admission des personnes en situation de handicap dans les services d'accueil de jour :

- L'adaptation de la procédure d'admission aux réalités des projets de vie des personnes accueillies : la CDAPH oriente les personnes vers un type d'établissement (FH, FV, FAM/MAS). Celles-ci peuvent ensuite moduler leurs demandes d'admission selon leurs besoins et convenances dans la limite des places disponibles dans les structures : accueil de jour, hébergement temporaire ou hébergement permanent.

- La redéfinition des contours des accueils de jour : cette action est réalisée au fur et à mesure de l'actualisation des contrats d'objectifs et de moyens, en fonction des priorités des services concernés.

- La recherche de solutions organisationnelles aux problématiques de transports, telles que :
  - ✓ Le péri-accueil de jour : l'aide d'un SAAD pour accompagner les personnes lors de la « mise dans le taxi » le matin et assurer une présence au retour le soir.
  - ✓ La mutualisation entre les structures accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées
  - ✓ L'expérimentation du Transport Public Accompagné Collectif (TPAC) pour les personnes les plus lourdement handicapées

➢ **De nouvelles réponses ont été apportées aux personnes à domicile la nuit :**

L'accueil de nuit en EHPAD :

Le Département d'Ille-et-Vilaine expérimente depuis 2008 l'accueil de nuit en EHPAD.

Seules 10 places fonctionnent aujourd'hui dans le Département : 1 à Médréac, 8 à Louvigné-du-Désert et 1 à Saint-Brice-en-Coglès.

L'accueil de nuit, dans le cadre de cette expérimentation, repose sur la fourniture par l'établissement du repas du soir, d'une chambre pour la nuit, de la toilette et du petit déjeuner.

Afin de favoriser le développement de ce type d'accueil, le Département a défini une tarification spécifique correspondant à la moitié du tarif à l'usager pratiqué dans l'établissement.

➢ **Le développement d'une nouvelle offre territoriale hors champ médico-social : les logements adaptés *(pour les personnes âgées)* et les habitats regroupés *(pour les personnes en situation de handicap)* :**

La problématique de l'isolement social touche de plus en plus les personnes fragiles. L'isolement et l'insécurité constituent des motifs fréquents d'entrée en établissement d'hébergement surtout pour les personnes âgées et ce, même en l'absence de perte d'autonomie.

Ainsi, malgré le développement des services à la personne et les efforts de création et de modernisation des établissements d'accueil pour personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap, les dispositifs d'accompagnement nécessitent une diversification plus large.

L'Assemblée départementale s'est alors engagée via le schéma handicap 35 adopté en 2005, vers la création de dispositifs expérimentaux pour les personnes en situation de handicap : les habitats regroupés.

Depuis 2005, **cinq dispositifs d'habitats regroupés** sont soutenus.

Dans la même perspective, **en 2007, l'Assemblée départementale a souhaité soutenir un nouveau dispositif pour les personnes âgées isolées et souhaitant rester à domicile, avec la création de logements adaptés** répondant à 4 objectifs :

- Offrir des logements adaptés et sécurisés à des personnes âgées de 60 ans ou plus,
- Favoriser la socialisation de personnes âgées isolées à domicile en facilitant leur accès aux services et dispositifs divers qui leur sont utiles,
- Diversifier les modes de réponses, en dehors du champ médico-social, en proposant des solutions innovantes et alternatives à l'hébergement en établissement,
- Inscrire la notion de « logements adaptés » dans la filière de prise en charge gérontologique départementale en y associant les partenaires actuels de ce domaine (associations de maintien à domicile, CCAS, établissements d'accueil, accueils de jour autonomes…).

5 projets ont ainsi pu être accompagnés depuis 2008.

Le développement de ce type de dispositif en alternative à l'établissement était l'un des objectifs du **schéma de maintien à domicile de 2011**.

Ainsi après une évaluation positive des habitats regroupés et des logements adaptés alors ouverts, l'Assemblée Départementale a décidé de pérenniser son soutien à ces différents dispositifs et de le développer en lançant en 2012, un appel à candidature sur la base d'un cahier des charges élaboré pour chacun des dispositifs. A l'issue d'une commission de sélection ayant procédé, en 2013, à l'examen des candidatures, **8 projets d'habitats regroupés** et **8 projets de logements adaptés ont été retenus.**

Le département finance dans la limite maximum d'un mi-temps (20 000 € maximum annuels), la présence d'un professionnel dont la fonction sera de garantir, maintenir, voire restaurer un lien social nécessaire à la préservation de l'autonomie.

La carte des habitats regroupés et des logements adaptés figure en chapitre 4 – L'offre en faveur des personnes âgées.

➢ **Des actions visant à soutenir les aidants et à développer des actions intergénérationnelles :**

Afin d'aider et de soulager les aidants, le schéma de maintien à domicile a retenu la nécessité de diversifier les modes de réponse. Dans cette perspective, un cahier des charges a été élaboré en 2011 afin de préciser le contour du dispositif qui a été élargi depuis 2013 à l'isolement social.

Cette action accompagne, sur les 7 pays du Département, la mise en place de formations des aidants, de groupes de paroles ainsi que des actions inter-générationnelles.

III- Des politiques visant à maintenir une offre d'accueil de qualité

A- Des instances de pilotage de la démarche qualité confirmées et complétées

Le département a depuis 1996 mis au cœur de ses préoccupations la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein des **structures pour personnes âgées** : en témoigne la signature d'une convention de progrès avec l'ensemble des partenaires de l'action gérontologique dont les établissements, visant à définir annuellement des axes de progrès et à mettre en place un comité de pilotage de la démarche qualité.

Plus récemment concernant **les services d'aide à domicile** (en 2012), un comité pilotage « Démarche qualité SAAD » a été mis en place.

Ce dernier a arrêté les 2 actions suivantes :

- Un travail autour de l'intervention à domicile : problème de la multiplicité des intervenantes, des plannings, du suivi des plans d'aide établi par la MDPH ;
- La gestion des interventions d'urgence : astreinte, retours d'hospitalisation…

Par ailleurs, des indicateurs ont été intégrés systématiquement dans les budgets, en lien avec le travail sur la refonte de la tarification des SAAD (« Observatoire de la réforme de la tarification des SAAD »).

B- Des outils à destination des établissements et services ont été réalisés

Dans le cadre de cette démarche, le département a souhaité développer une relation partenariale avec les acteurs de terrain qui exercent dans le champ du handicap et de la gérontologie.

Des groupes de travail se sont attachés à construire une base commune de fondamentaux, références et outils qui concrétisent et accompagnent la démarche d'amélioration continue de la qualité souhaitée par l'ensemble des partenaires et des établissements.

Ainsi ont été réalisés les outils suivants :

- **L'outil AQUALIE 35** (2005, 2013 pour la deuxième version) : cet outil contient des indicateurs d'évaluation de la qualité remplis annuellement par les structures accueillant des personnes âgées et donne lieu à la réalisation d'une synthèse annuelle des résultats. Une seconde version a été élaborée en 2012. Cet outil est une aide pour évaluer le niveau global des établissements au regard des différents indicateurs retenus et mesurer les progressions qui sont apportées au fil du temps.

- **GAELIG35** (2005, 2013 pour la deuxième version) : cet outil créé par les services du Département repose sur :
  - un support **internet** avec un accès grand public pour une meilleure connaissance des établissements et des démarches à fournir
  - un **extranet** avec les différents professionnels (établissements, CLIC, Agence régionale de santé, équipes médico-sociales des CDAS, contrôleurs d'aide sociale des agences départementales) qui permet en premier lieu aux structures de renseigner leurs demandes d'inscriptions et leurs admissions afin de réaliser des statistiques de population, et en second lieu, de communiquer avec eux sur différentes informations utiles (tenue de réunion, parution de textes réglementaires et législatifs…).

  Une nouvelle version de GAELIG 35 a été mise en service à l'été 2013 afin d'améliorer le dispositif de suivi des inscriptions et d'amissions et de mettre en service de nouvelles fonctionnalités comme la mise en ligne des places disponibles.

- **Les référentiels départementaux pour la qualité dans les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap** : ces outils, crées en 2009 pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées, sont des aides à la réalisation de l'évaluation interne et proposent des références et recommandations réalisées par les groupes de travail à l'origine de ce projet.

  Le même type d'outil a été réalisé en 2011 à destination des **services d'aide et d'accompagnement à domicile.**

- **Le référentiel départemental pour la construction et la restructuration des établissements** (2010) outil à destination des structures tant pour personnes âgées que pour personnes en situation de handicap, porteuses de projets de travaux avec pour double objectif : la maîtrise des coûts d'investissements et donc du tarif facturé aux résidents et la qualité des espaces et du bâti au service des personnes accueillies.

- **Les guides pour l'élaboration du contrat de séjour ou document individuel réalisés** en 2010 pour les établissements accueillant des personnes âgées et en 2013 pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap.

  L'objectif était d'une part d'aider les structures à disposer d'un outil pour réaliser leur contrat de séjour dans le respect des normes en la matière et d'autre part, assurer aux personnes accueillies le respect des règles de facturation notamment.

  Même s'ils ne prétendent pas être exhaustifs, ces guides comportent un nombre important de données, références, informations et recommandations qui visent à répondre aux questions et préoccupations des deux parties : la structure et la personne accompagnée.

  Les principales obligations et thématiques du guide sont :

  - Les objectifs du contrat ou Document individuel de prise en charge (Dipc), les parties signataires, sa durée
  - La procédure d'admission
  - Les prestations d'accompagnement et le projet personnalisé
  - Les conditions de séjour et d'accueil, de modification et de résiliation
  - La facturation
  - L'aide sociale…

- **L'élaboration sur le champ du domicile d'un guide du contrat de prestations et d'accompagnement à domicile :** à l'instar des réflexions qui ont été conduites sur le contrat de séjour dans les établissements pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, un travail a été mené sur le contrat de prestation qui pose l'intervention à domicile. Ce document a été élaboré sous forme de fiches techniques sur 2014 et est en cours de publication.

- **Le dossier départemental d'inscription unique en établissement pour personnes âgées** (2010). Fortement attendu par les professionnels du secteur, ce dossier a été créé avec les partenaires tels que les directeurs d'établissements, médecins coordonnateurs, médecin départementaux, CLIC et a été utilisé de 2009 au 1er juin 2013 date à laquelle il a dû être abandonné au profit du dossier national d'inscription imposé par le décret n°2012-493 du 13 avril 2012 et l'arrêté du même jour.

  Une annexe départementale a été créée et est utilisée depuis 2013 en complément du dossier national afin que les structures disposent des informations nécessaires au remplissage de l'outil GAELIG35.

- **Des outils d'aide à la contractualisation ont été élaborés :**

  - un **guide pour l'élaboration d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) par les établissements** pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap a été élaboré
  - un **guide pour l'élaboration d'un CPOM a aussi été travaillé avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile** dans le cadre de l'observatoire sur la réforme de la tarification des services
  - une **procédure pour la signature et le renouvellement des conventions tripartites** avec les EHPAD ont été réalisés, conjointement avec l'Agence Régionale de Santé

- **Un exemple de cahier de liaison** a été travaillé avec le CODERPAG. Ces travaux non finalisés seront repris dans le cadre des travaux des Programmes Territoriaux de Santé.

C- Une politique visant à la modernisation des relations avec les services en particulier dans le champ du domicile

Dans le cadre du schéma de maintien à domicile 2011-2015 et de la tarification par le Département des services d'aide et d'accompagnement à domicile, un travail a été mené visant la poursuite de la qualification des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

➢ Une nouvelle charte de qualification régionale a été menée sur la période 2007-2013 :

Cette charte « Convention spécifique additionnelle au contrat de projet Etat/Région relative à la qualification et la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile » a pour but de définir les orientations et les moyens à mettre en œuvre pour adapter les réponses aux attentes des personnes et des organisations (valorisation durable du secteur et des emplois).

Adossée au contrat de projet Etat-Région (2007-2013), elle reprend les objectifs de la première charte qui sont ceux de poursuivre et d'amplifier, en Bretagne, les efforts de qualification en direction des salariés et demandeurs d'emploi intervenant à domicile auprès des personnes les plus fragilisées.

Le Département d'Ille-et-Vilaine, ainsi que les trois autres Conseils généraux bretons, se sont engagés à participer au financement de cette charte à hauteur de 150 000 € par an, pendant la durée de la convention.

Les grands axes de cette convention additionnelle se déclinent en 5 grands thèmes :
- Augmenter le taux de personnels qualifiés dans les métiers de l'aide à domicile en adaptant les niveaux de compétence aux différents modes de prises en charge de la dépendance.
- Favoriser la qualité de l'emploi, la gestion des ressources humaines, en intensifiant la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences dans les structures, et la qualification de l'encadrement ;
- Accompagner et contribuer à la construction de parcours professionnalisant en développant une ingénierie pédagogique ;
- Qualifier et insérer les demandeurs d'emploi et les personnes en contrats aidés ;
- Mettre en valeur les métiers et le secteur de l'aide à domicile.

➢ Le paiement direct des heures réalisées par les services prestataires a été mis en œuvre le 1/01/2011 :

77 services prestataires ont choisi de signer une convention avec le département (dont 56 services prestataires agréés).

Ainsi, près de 2 millions d'euros d'acomptes sont versés chaque mois sur la base du reste à charge des usagers dans le cadre des plans d'aide pour le financement des heures d'APA, auquel s'ajoute 266 550 € pour la dotation complémentaire.

➢ La convention de modernisation avec la CNSA :

En 2007, le département d'Ille et Vilaine et la CNSA ont conclu une première convention dans le cadre de la section IV des crédits CNSA, ouverts aux actions de modernisation et de structuration des services d'aide à domicile œuvrant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le renouvellement de cette Convention CNSA en 2012 s'inscrit dans le cadre du schéma départemental de maintien à domicile adopté par l'Assemblée Départementale en décembre 2010.

Les actions inscrites à la Convention se déclinent en 3 groupes.

Axe 1 : Renforcer l'offre existante en matière de maintien à domicile avec :
- un volet formation-information des aidants et des accueillants familiaux,
- le développement des logements adaptés et habitats regroupés
- l'expérimentation de nouvelles technologies

Axe 2 : Poursuivre la démarche qualité notamment par :
- l'accompagnement de formations pour limiter les risques professionnels
- la mise en place de la télégestion par les services
- le financement de l'accompagnement des nouveaux salariés dans les services.

Axe 3 : Accompagner la mise en place et la modernisation des outils informatiques.

Alors que certaines des actions ont mises en place et suivies directement par le Département, d'autres ont été mises en place et suivies par les services d'aide à domicile. Ces dernières ont été financées aux services par le biais d'une subvention allouée sur la base de modalités spécifiques et précisées dans le cadre de conventions signées individuellement avec chaque service.

Enfin, d'autres actions sont mises en place et suivies par l'Union départementale des CCAS. Afin de structurer l'accompagnement des CCAS, notamment des petites structures, le Département a choisi de faire porter 2 actions de la Convention par l'UDCCAS : l'accompagnement de la formation pour limiter les risques professionnels (9 sessions sur la santé mentale) et le développement des outils de gestion.

Points sur la réalisation des différentes actions

Expérimenter de nouvelles technologies favorisant l'accès au logement des personnes dépendantes

Il s'agit de la mise en place de boîtiers à clés sécurisés sur les 3 ans de la convention. L'acquisition de ces boitiers est effectuée par les services et ils sont rétrocédés aux usagers. Cette expérimentation devait initialement se dérouler sur Rennes et sa périphérie, mais du fait des demandes, elle est étendue à 3 autres territoires.

Développer les outils de gestion : télégestion pour les services

L'objectif de cette action est d'équiper l'ensemble des services autorisés de la télégestion au terme de la convention. Le choix du département d'Ille et Vilaine est de laisser les services libres de choisir l'opérateur qu'ils souhaitent. L'interface avec le Département fait également l'objet d'un article à la convention avec les services ainsi que d'un financement.

Globalement pour les 23 services autorisés :

- 22 services accompagnés dans le cadre de la convention
- 1 ayant mis en place la télégestion mobile avant 2012

Au vu des fiches actions remontées :

- 10 services ont mis en place la télégestion au 31 octobre 2014
- les 11 CCAS inscrits dans le cadre de la convention CNSA sont en cours de signature d'une convention constitutive d'un groupement de commandes pour la passation d'un marché public ayant pour objet l'achat d'un système de télégestion.
- 2 services PH ne l'ont pas encore mise en place

Le volet interface avec le département sera développé en 2015 et sera un préalable au changement de modalités de tarification des SAAD.

Accompagner l'arrivée des nouveaux salariés du service

Par cette action, il s'agit de mettre en place un accompagnement des nouveaux salariés arrivant dans le service afin de faciliter leur intégration et de limiter le Turn Over du personnel dans les services. Il a ainsi été procédé au recensement des nouveaux salariés en moyenne sur les 3 dernières années, tant en CDD qu'en CDI auprès de tous les services autorisés.
Ainsi 563 accompagnements peuvent être envisagés sur le département. Les modalités du financement proposées s'établissent pour chaque nouveau salarié arrivé dans le service d'un accompagnement de 14 h par un salarié en poste.

Mettre en place l'interface Conseil Général / Service dans le cadre de la télégestion

Les modalités et les montants alloués seront déterminés dans le cadre d'un avenant à la convention. En effet, cette action est dépendante du changement de logiciel d'aide sociale du Département.

D- Des mesures mises en œuvre visant à l'amélioration et la rationalisation des moyens

Au-delà des mesures législatives et réglementaires relatives au fonctionnement des établissements et pour ce qui concerne plus particulièrement les EHPAD, le département s'est doté d'objectifs en matière de financements des structures, dans l'objectif d'un meilleur accompagnement des personnes accueillies.

➢ La définition de **ratios d'encadrement cibles au sein des EHPAD:** dans le cadre des premiers renouvellements des conventions tripartites entre EHPAD – Département et service de l'Etat, le Département a fixé depuis 2007 un ratio d'encadrement en personnel de référence pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Le coût de cette mesure est majoritairement supporté par la section dépendance afin d'éviter son impact sur le tarif hébergement, laissé, pour la plus grande part, à la charge de l'usager.

Le ratio de référence retenu en 2007, et toujours d'actualité en 2014, est un ratio global de **0,55 par place** dont un ratio aide soignant / aide-médico-psychologique de **0,21 par place**.

➢ La mise en place, depuis 2011, **d'avenants bipartites Département / EHPAD aux conventions tripartites** arrivées à échéances et non renouvelées par l'Agence régionale de santé, faute de crédits de médicalisation suffisants.

Ces avenants Département / Etablissement, permettent en particulier aux structures les moins bien dotées, un soutien financier du Département sur les sections hébergement et dépendance, dans l'attente du renouvellement de la convention tripartite.

➢ La recherche de la **rationalisation des moyens,** tout en veillant à la **qualité des accompagnements et des soins au sein des structures médico-sociales,** par la signature le 3 décembre 2014 du **premier CPOM en Ille-et-Vilaine**, regroupant une cinquantaine de structures **pour enfants et adultes en situation de handicap,** sous la compétence du département, de l'ARS ou conjointe.

IV- Des politiques visant à maintenir une offre d'accueil financièrement accessible

A- Des établissements pour personnes âgées largement habilités à l'aide sociale :

Afin de permettre aux usagers de bénéficier d'une place d'hébergement correspondant à leurs capacités financières, le schéma gérontologique a privilégié l'ouverture d'établissements habilités à l'aide sociale à l'hébergement pour la totalité de leurs places.

Il réserve ainsi la création de structures commerciales sur les seuls secteurs urbains de Rennes et sa 1ère couronne ainsi que de St Malo - Dinard.

Par ailleurs, l'ordonnance du 1er décembre 2005 avait laissé la possibilité aux départements de permettre l'habilitation partielle des structures ce qui n'a pas été le choix retenu par le Département d'Ille-et-Vilaine.

Par conséquent, sur les 12 932 places pour personnes âgées que comptera le département en 2016, 94% des places seront habilitées à l'aide sociale.

B- Le financement du différentiel entre le tarif valorisé dans le plan d'aide APA et le tarif horaire :

Le département a poursuivi son effort financier mis en œuvre dès 2006, visant à soutenir les services d'aides à domicile en finançant le différentiel entre le tarif valorisé dans le plan d'aide (tarif CNAV) et le tarif horaire des services autorisés arrêté par le Président du Conseil général.
Sur les 23 services autorisés tarifés, 21 services reçoivent une dotation du Département qui s'élevait, en 2013, à 4,1 millions d'euros.

C- Des politiques volontaristes fortes en matière d'aide à l'investissement :

Dans la continuité de cette orientation, le Département d'Ille-et-Vilaine mène depuis de nombreuses années une politique volontariste forte d'aide à l'investissement de l'ensemble des structures habilitées à l'aide sociale ce qui a pour effet de réduire considérablement les impacts des travaux sur le prix de journée notamment pour les personnes âgées et de réduire le montant d'aide sociale départementale en particulier pour les structures sur le champ du handicap.

Cette politique facultative répond à plusieurs objectifs :

- Poursuivre la politique d'accessibilité sociale
- Maintenir une offre d'hébergement conforme aux normes de sécurité et d'accessibilité
- Maintenir une offre d'accueil permettant une réponse de qualité et adaptée à la population âgée de plus en plus dépendante
- Poursuivre la réalisation du schéma départemental visant la création de places nouvelles et la diversification des modes d'accueil

Cependant, compte tenu des contraintes financières de la collectivité, les modalités d'intervention ont été revues courant 2010.

Alors que l'aide à l'investissement était auparavant attribuée aux structures quels que soient leurs travaux, l'assemblée départementale a ciblé en 2010 son intervention aux opérations répondant aux critères suivants :

- Les travaux rendus nécessaires par une **remise aux normes de sécurité** du bâtiment imposée par la réglementation en vigueur et revêtant un caractère urgent et impératif ;
- Les travaux concernant une **opération dite d'humanisation importante** rendue nécessaire eu égard aux conditions d'accueil proposées par les établissements ;
- Les travaux concernant une **extension de capacité** ayant fait l'objet d'une autorisation des autorités compétentes, permettant ainsi de répondre aux objectifs du schéma gérontologique.

Les modalités de calcul des subventions octroyées ont également été revues.

Pour les structures hébergeant des personnes âgées, les modalités sont les suivantes :

- 20 % de la dépense subventionnable fixée à un coût maximal par place de 61 000 € pour les places d'hébergement classique ;
- 30 % de la dépense subventionnable fixée à un coût maximal par place de 61 000 € pour les places dédiées à l'hébergement des personnes dépendantes psychiques ;
- 18 % de la dépense pour les travaux de mise en sécurité et autres mises aux normes.

Pour les structures hébergeant des personnes en situation de handicap, les modalités de calcul sont les suivantes :

- 27 % du montant des travaux plafonnés à 71 000 € par place de FAM ;
- 27 % du montant des travaux plafonnés à 61 000 € par place de foyer de vie ;
- 18 % de la dépense pour les travaux de sécurité.

Récapitulatif des crédits de paiement depuis l'actualisation des derniers schémas

Crédits de paiement (constatés au CA)	Etablissements pour personnes âgées	Etablissements pour personnes en situation de handicap
CP 2005	5 377 935 €	
CP 2006	7 127 081 €	1 312 744 €
CP 2007	9 101 843 €	1 620 419 €
CP 2008	7 278 322 €	895 874 €
CP 2009	9 253 488 €	1 592 219 €
CP 2010	8 366 491 €	1 302 881 €
CP 2011	9 810 765 €	1 808 972 €
CP 2012	7 360 424 €	1 811 673 €
CP 2013	5 260 155 €	336 960 €
CP 2014	5 152 803 €	268 775 €
TOTAL	**74 089 307 €**	**10 950 517 €**

Ainsi, le département a consacré **plus de 74 millions d'euros entre 2005 et 2014** à l'investissement des établissements d'hébergement pour personne âgées et **presque 11 millions d'euros entre 2006 et 2014** pour les structures accueillant des personnes en situation de handicap.

Ce dispositif a donc permis la réalisation de nombreux projets de restructuration et de reconstruction totale d'établissements qui ne répondaient ni aux normes ni au minimum requis en la matière.

D- La mise en place d'un tarif maximum dans les EHPAD :

Partant du constat d'une évolution des tarifs à l'usager sans précédent depuis 2003 (+ 40,22 %), le département d'Ille-et-Vilaine a fait le choix, depuis 2009, d'une politique volontariste en fixant un **tarif à l'usager maximum** dans les établissements habilités à l'aide sociale, lequel tarif évolue chaque année.

Deux types de tarifs ont ainsi été retenus :

- Un pour l'hébergement permanent
- Un second pour l'hébergement temporaire et l'hébergement en unité spécialisée.

En 2009, date de mise en place de cette mesure, ces tarifs étaient respectivement de 57 € et 59 €.

Cette mesure s'est d'abord appliquée aux nouveaux projets en 2009 puis s'est généralisée à tous les EHPAD en 2010. En cas de dépassement de ce tarif, l'Assemblée départementale a opté pour l'application

d'un taux de reconduction minoré sur les budgets des structures concernées afin que leurs tarifs reviennent progressivement au niveau des tarifs de référence.

Chaque année depuis la mise en place de cette nouvelle orientation, l'Assemblée Départementale a fait progresser les tarifs maximum de 1€ : par conséquent, pour 2014, le tarif maximum de l'hébergement permanent classique était de 61€ et le tarif maximum pour l'hébergement temporaire et l'hébergement en unité spécifique était de 63€.

On constate ainsi, depuis la mise en place de cette nouvelle orientation, une augmentation moindre du tarif à l'usager.

A noter que le tarif moyen des EHPAD pour 2014 est de 53.01 € pour l'hébergement auquel s'ajoute le talon dépendance de 5.89€ soit un **tarif à l'usager journalier moyen de 58.90€ soit 1 791 € par mois.**

E- La recherche d'une meilleure solvabilisation des personnes en situation de handicap :

➢ *L'aide à la parentalité :*

Plus de 2500 personnes en situation de handicap perçoivent une prestation de compensation du handicap pour le volet aides humaines et 870 ont choisi de conserver l'allocation compensatrice tierce personne.

Dès décembre 2006, l'assemblée départementale a décidé de prendre en compte les besoins d'aide à la parentalité pour les père et mère qui ne pouvaient assurer eux-mêmes les soins liés à leurs jeunes enfants.

Aussi, en 2012, la somme de 310 000 € a été consacrée à l'aide à la parentalité et a concerné 15 personnes. En 2013, 20 personnes ont bénéficié de cette aide pour un budget de 343 000 €.

➢ *Le fonds départemental de compensation* :

Le département abonde un Fonds départemental de compensation pour un montant de 200 000 €.

Le règlement intérieur du Fonds départemental de compensation a fait l'objet d'une actualisation en 2013. Les procédures ont été décrites de façon plus détaillées afin de garantir l'homogénéité des pratiques.

B) La commission départementale des informations préoccupantes (CODIP)

Le dispositif départemental de lutte contre la maltraitance, intitulé depuis le 1er janvier 2014 « Commission départementale des informations préoccupantes PAPH (CODIP) », a été mis en place en 2006 pour recueillir et répondre aux plaintes éventuelles concernant la situation de personnes âgées et en situation de handicap, se trouvant tant à domicile qu'en établissement.

Cette instance se réunit une fois par mois afin d'étudier les différentes plaintes qui ont pu être identifiées à la suite d'appels téléphoniques au service Info Sociale en Ligne du Département, au dispositif national maltraitance ou bien à la suite de signalements auprès de différents services du Département et de l'Agence Régionale de Santé.

La Commission réunit autour de ces situations, des représentants du Département et de l'Agence Régionale de Santé ainsi que des représentants des structures (établissements et services à domicile) accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ainsi qu'une personne qualifiée et une psychologue.

3.5 La politique départementale relative à l'habitat

Le Plan départemental de l'habitat (PDH)

En tant que délégataire de la compétence habitat depuis 2006, le Département est un acteur majeur en matière d'habitat. Cette délégation de compétence comprend :

- **la gestion des aides à la pierre pour le logement social**,
- **les aides à l'amélioration des logements privés,**
- **les dispositifs de location-accession.**

Pour l'habitat privé, le Département décide de l'octroi des aides destinées principalement aux propriétaires occupants, aux propriétaires bailleurs et aux syndicats de copropriétaires. Le département a renouvelé en 2012 cette délégation de compétence jusqu'en 2017.

Avec l'approbation du **Plan départemental de l'habitat** par l'Assemblée départementale en 2012, le Département confirme son investissement. Le PDH détermine la politique du Département en matière d'habitat. C'est un document support qui doit pouvoir servir de référence. Il s'appuie sur une mobilisation de chacun des acteurs de l'habitat ayant contribué à son élaboration.

Elément stratégique essentiel pour le Département, le PDH permet de répondre de manière ciblée aux besoins en logement des habitants, en définissant des orientations partagées avec l'ensemble des acteurs de l'habitat sur le territoire départemental. Le PDH met notamment en avant l'importance de mobiliser, aujourd'hui, le parc existant.

Le PDH retient 5 grandes orientations départementales :

- conforter l'attractivité et la fonction d'accueil résidentiel du département,
- s'appuyer, pour répondre aux besoins, en priorité sur le potentiel de l'habitat existant,
- mettre l'accent sur deux moments clés en Ille-et-Vilaine du parcours résidentiel des ménages,
- construire une stratégie de développement de l'habitat, des services et des équipements,
- inscrire les orientations territoriales du PDH en cohérence avec les politiques d'aménagement et les politiques sociales.

Dans le sens des préconisations du PDH, le Département a ainsi mis en œuvre en 2012 de nouveaux dispositifs financés sur ses fonds propres. Il a voté une aide financière en faveur des ménages modestes qui acquièrent un logement ancien et a développé son appui financier aux propriétaires occupants pour lutter contre la précarité énergétique et le logement indigne.

En complémentarité du soutien qu'il apporte en faveur de la construction neuve de logements sociaux, le Département a également décidé d'accompagner financièrement la réhabilitation thermique de ces logements. Au-delà de la délégation de compétence des aides à la pierre, le Département soutient le logement locatif, public et privé, sur ses fonds propres.

Conformément à l'une des orientations poursuivies, un enjeu fort du PDH est de mettre en cohérence la politique de l'habitat avec les autres politiques publiques. Le PDH est donc appelé à s'articuler avec des dispositifs relevant d'une logique d'aménagement territorial et ceux poursuivant l'objectif de répondre au mieux aux besoins sociaux de différents publics. Le PDH s'articule ainsi avec le schéma pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Il intègre à cet effet un certain nombre d'éléments de contexte régional et départemental mis en avant par le diagnostic du schéma gérontologique sur la période 2005/2010 et prend en compte les propositions qui portent sur l'adaptation de l'offre existante, et le développement de l'offre aux personnes âgées.

Sur les cinq orientations majeures du PDH, l'une d'entre elles vise à mettre l'accent sur deux moments clés dans le parcours résidentiel des ménages, à savoir l'accès au logement pour les jeunes ménages et l'adaptation du logement pour les personnes âgées.

En effet, le vieillissement de la population pose la question du maintien à domicile. Cette évolution nécessite donc de développer des offres complémentaires pour les personnes âgées. Cette offre doit répondre à des critères géographiques pour se rapprocher des centres bourgs et de leurs services.

Elle doit également satisfaire des critères qualitatifs pour développer des **offres d'habitat intermédiaires**, entre le domicile et l'accueil en établissement, avec des équipements communs, des services dédiés : c'est dans cet objectif que le Département d'Ille-et-Vilaine soutient la création de logements adaptés pour les personnes âgées et d'habitats regroupés pour les personnes en situation de handicap **–** *Cf. Chapitre 4 – L'offre existante*.

Dans ce cadre d'actions, le PDH définit comme prioritaire l'appui au développement d'offres d'habitat ciblées, pour les « seniors » principalement dans les pôles secondaires, et pour les publics spécifiques prioritairement dans les pôles principaux. En Ille-et-Vilaine, 11 pôles principaux ont été identifiés ; ils correspondent aux pôles d'équilibre et pôles relais définis dans la politique d'aménagement départemental. 41 pôles secondaires ont également été identifiés dans le PDH, à partir de la population de la commune et du niveau d'offres d'équipements et de services. Dans ces pôles secondaires, le PDH préconise une offre de logements qui favorise une mixité intergénérationnelle, notamment pour les personnes âgées souhaitant revenir près des centres bourgs.

La convention du Département avec le PACT HD 35

Dans le schéma départemental de maintien à domicile des personnes âgées et des adultes en situation de handicap, il a été retenu l'objectif de poursuivre une **politique de prévention en matière d'adaptation du logement.** Cette politique de prévention repose essentiellement sur des actions de sensibilisation et de conseil auprès du public.

Une convention annuelle a été signée avec le PACT HD 35 pour la réalisation de ces actions se traduisant par des visites à domicile, réservées aux personnes à revenus modestes : **visite conseil adaptation, diagnostic accessibilité, visite préventive.**

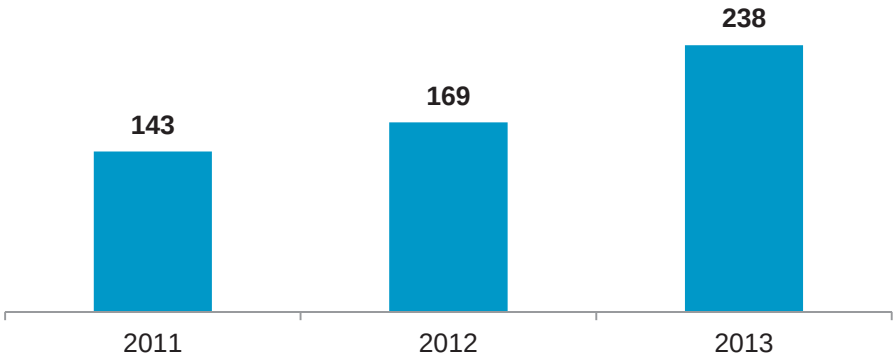
Le PACT HD 35 est une association loi 1901, présente en Ille-et-Vilaine depuis 1964, qui agit en faveur du logement des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou défavorisées.

La convention avec le Département prévoit également une **mission d'expertise** auprès des instances gérontologiques et a fixé des objectifs quantitatifs annuels en termes de réalisation. Ces objectifs représentent un coût total de 95 000 € en 2014, 89 500 € sont consacrés aux visites et diagnostics, 5 500€ étant consacrés à la mission d'expertise.

Une adaptation des logements du parc privé [22]

Avec le Département d'Ille-et-Vilaine, une des priorités d'action de l'ANAH (Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat) est l'adaptation des logements à la perte d'autonomie. En 2013, 238 logements ont été aidés, soit 41 % de plus qu'en 2012. Cette progression est la même qu'au niveau national où 9 184 logements ont été aidés dans le cadre de ces aides au maintien à domicile.

Nombre de logements aidés par l'Anah en Ille-et-Vilaine pour l'adaptation des logements au maintien à domicile des personnes âgées



Source : DDTM 35/SEHCV/POLHAB/FIN LOG

En Ille-et-Vilaine, depuis 2011, 550 logements ont été aidés dans le parc privé

[22] Extrait de *La lettre de la mobilité et des dynamiques de l'habitat en Ille-et-Vilaine*, n°2, novembre 2014.

Les travaux sont engagés presque exclusivement par des propriétaires occupants. Ils sont désireux d'adapter dans leur logement la salle de bain et les sanitaires, ou parfois l'accès à leur logement avec l'installation d'une rampe d'accès monte escalier. Dans le département, 12 Etablissements publics de coopération intercommunale sont actuellement en cours d'opération programmée d'amélioration de l'habitat (OPAH), avec des objectifs d'adaptation des logements pour le maintien à domicile.

Source : DREAL Bretagne, juillet 2014.

L'action des bailleurs sociaux

Le parc social locatif d'Ille-et-Vilaine compte 63 110 logements dont 52 338 logements collectifs et 10 772 logements individuels (*source RPLS 2013).* Près de 12 % des personnes de 75 ans et plus occupent un logement social (*source Filocom 2013*).

Dans ce parc, de plus en plus de logements sont accessibles aux personnes âgées. Soucieux de favoriser le maintien à domicile des personnes vieillissantes, les bailleurs sociaux adaptent les logements et mettent en place des services d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Au 15 juillet 2013, on comptait 4 367 logements adaptés à des personnes âgées et 871 à des personnes en situation de handicap, soit respectivement 6,9% et 1,4% du parc social locatif [23].

Le Fonds de solidarité pour le logement (FSL)

Relevant des compétences du département depuis le 1er janvier 2005, le Fonds de solidarité pour le logement (FSL) est un dispositif destiné à permettre aux ménages en difficultés d'accéder et/ou de se maintenir dans un logement.

Dans notre département, la gestion administrative et financière du FSL est confiée depuis 2005, par convention, à la Caisse d'allocations familiales (CAF) d'Ille-et-Vilaine. D'une durée de trois ans, cette convention a été renouvelée en 2011 puis en 2014.

Le FSL intervient par :

- l'octroi d'aides financières pour financer les frais d'installation (dépôt de garantie, double loyer, frais d'agence, frais de déménagement, assurances, mobilier de première nécessité...). Le FSL peut également prendre en charge une partie des dettes de loyer, d'eau, d'énergie (gaz, électricité...) ;
- la mise en place d'un Accompagnement Social lié au Logement (ASL) c'est-à-dire d'un projet d'insertion par le logement,
- la Gestion Locative Adaptée (GLA) destinée à favoriser l'accès et le maintien des bénéficiaires dans un logement tout en offrant des garanties aux propriétaires bailleurs.

En Ille-et-Vilaine, le Département contribue en 2014 pour le Fonds de Solidarité pour le Logement à hauteur de 4 167 000 €.

A retenir

Le Département contribue au développement d'une offre de logements accessibles et adaptés aux besoins de tous. Il aide les propriétaires qui souhaitent faire des travaux dans un logement pour le louer, afin de le rendre accessible aux personnes en situation de handicap ou aux personnes âgées.
Pour les propriétaires occupants âgés ou en situation de handicap, il attribue des aides aux travaux pour le maintien à domicile.

[23] *Source : recensement effectué par les bailleurs sociaux à la demande des services du Département.*

3.6 La politique départementale relative aux transports

Le schéma directeur d'accessibilité élaboré par le service transport du Conseil général

En ce qui concerne l'accessibilité du réseau départemental de transports illenoo, dans le respect de la loi de 2005, le Département a approuvé en février 2008, le schéma directeur d'accessibilité (SDA) aux personnes à mobilité réduite des services de transport départementaux.

Ce schéma couvre 2 axes de transport :

- le transport scolaire (compétence obligatoire du Département hors périmètre de transport urbain),
- le transport interurbain.

Concernant **le transport scolaire**, le département a fait le choix de ne pas rendre accessible tous les cars scolaires pour les raisons suivantes :

⇨ Cela représenterait également une mise en conformité de 7 000 arrêts qui peuvent changer chaque année en fonction de la localisation des élèves, surtout en milieu rural.

⇨ Un système de transport scolaire adapté est mis en place en accord avec la MDPH pour les élèves en situation de handicap. Ce transport s'effectue de porte à porte contrairement au transport classique, dans le cadre duquel les parents doivent organiser le trajet domicile-arrêt.

⇨ L'accessibilité au car scolaire est possible sur déclenchement d'une demande des parents. Cependant, cette possibilité est peu activée car il faut du temps entre la demande et l'adaptation du véhicule et cette formule représente une dégradation du service apporté actuellement par les transports adaptés.

Pour information le transport scolaire c'est :

- 480 circuits pour un peu plus de 19 000 élèves par an et 710 élèves par transport adapté (élèves et étudiants) dont 50-60 en fauteuil ;
- 9 000 élèves qui prennent l'une des 25 lignes interurbaines ;
- Le coût de transport classique est d'environ 880€/an et par élèves contre environ 4 500€/an pour le système adapté.

Concernant **le transport interurbain**, l'expérimentation a concerné la mise en accessibilité de 2 lignes, Rennes-Guichen (ligne 10) et Rennes-Fougères (ligne 9a). La ligne 10 a été équipée de deux cars à plancher bas (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de marches à monter depuis le trottoir pour accéder dans le car pour faciliter la montée et la descente des usagers). L'adaptation de 2 cars représente une subvention d'équipement de 390 166 € pour un coût d'acquisition de 491 836 € HT.

Ces cars adaptés posent d'autres contraintes. En effet, le plancher bas ne permet plus de soutes ce qui pose des questions de sécurité pour le transport des bagages des passagers (élèves internes). L'adaptation ne permet le transport que d'une personne en fauteuil (rails spécifiques pour fixer les fauteuils). Sur la ligne 9a, un dispositif alternatif a été mis en place. Il s'agit de déclencher virtuellement la ligne de transport adaptée sur la ligne de transport interurbain classique. Au vu de la demande, des véhicules accessibles à capacité limitée sont mis en place. Un véhicule peut accueillir jusqu'à sept usagers en fauteuil roulant.

Le schéma directeur d'accessibilité s'est notamment traduit par la mise en place d'un ensemble de mesures:

- depuis 2011, introduction de 10% de cars à plancher-bas, d'ici à 2019, 20% de la flotte de véhicules en sera composé. Ces véhicules sont généralement déployés sur des trajets périurbains, où la prise en charge des bagages est moins importante ;
- 5 lignes virtuelles équipées de véhicules accessibles de faible capacité ;
- la totalité des véhicules est pré-équipée pour accueillir des usagers en fauteuil roulant ;

- l'ensemble des cars sont aux couleurs du réseau illenoo afin d'être mieux reconnaissable par les usagers ;
- les cars sont équipés de girouettes frontales et latérales indiquant la destination desservie ainsi que le numéro de service assuré ;
- une opération de remise à niveau des équipements de signalisation a été engagée afin d'offrir aux usagers toutes les informations concernant le réseau aux points d'arrêts.

Enfin, courant 2015, l'ensemble des cars du réseau illenoo seront équipés d'un système de diffusion d'annonces sonores et visuelles afin d'informer les usagers présents dans le véhicule sur les prochains arrêts desservis. Les usagers en attente aux arrêts disposeront quant à eux d'une confirmation sonore du numéro de service et de la destination du car.

L'accessibilité du transport, c'est aussi une démarche partenariale et concertée avec :

- les associations représentant les personnes handicapées ;
- les autres collectivités territoriales (autres départements bretons, région, communes) les autorités organisatrices de transport urbain, les organisateurs secondaires, les gestionnaires de gares routières ;
- les exploitants.

Des constats : l'application de la loi de février 2005 vise par son article 45 à rendre accessible les services de transport collectifs aux personnes handicapées ou à mobilité réduite. Cela induit une accessibilité physique mais également une accessibilité de la communication, de l'information et de l'accompagnement de la personne.

Des prescriptions sur :

- des travaux sur l'information à distance des usagers avant le déplacement : centrale de mobilité « illenoo-services », la communication papier intégrera les infos utiles aux personnes à mobilité réduite ;
- pendant le déplacement : aux points d'arrêt, dans les véhicules, sur les perturbations ;
- la gestion des plaintes ;
- la formation des personnels ;
- l'aménagement des véhicules ;
- l'aménagement des points d'arrêt.

Le diagnostic des points d'arrêt du réseau départemental

Le réseau illenoo compte 794 points d'arrêt. Un diagnostic sur leur accessibilité a été mené en 2013 et 2014. Sept critères de mise en accessibilité ont été retenus : accès par un chemin praticable, largeur du cheminement, largeur du passage devant l'abri, hauteur du quai, passage surbaissé, traversée et obstacle.

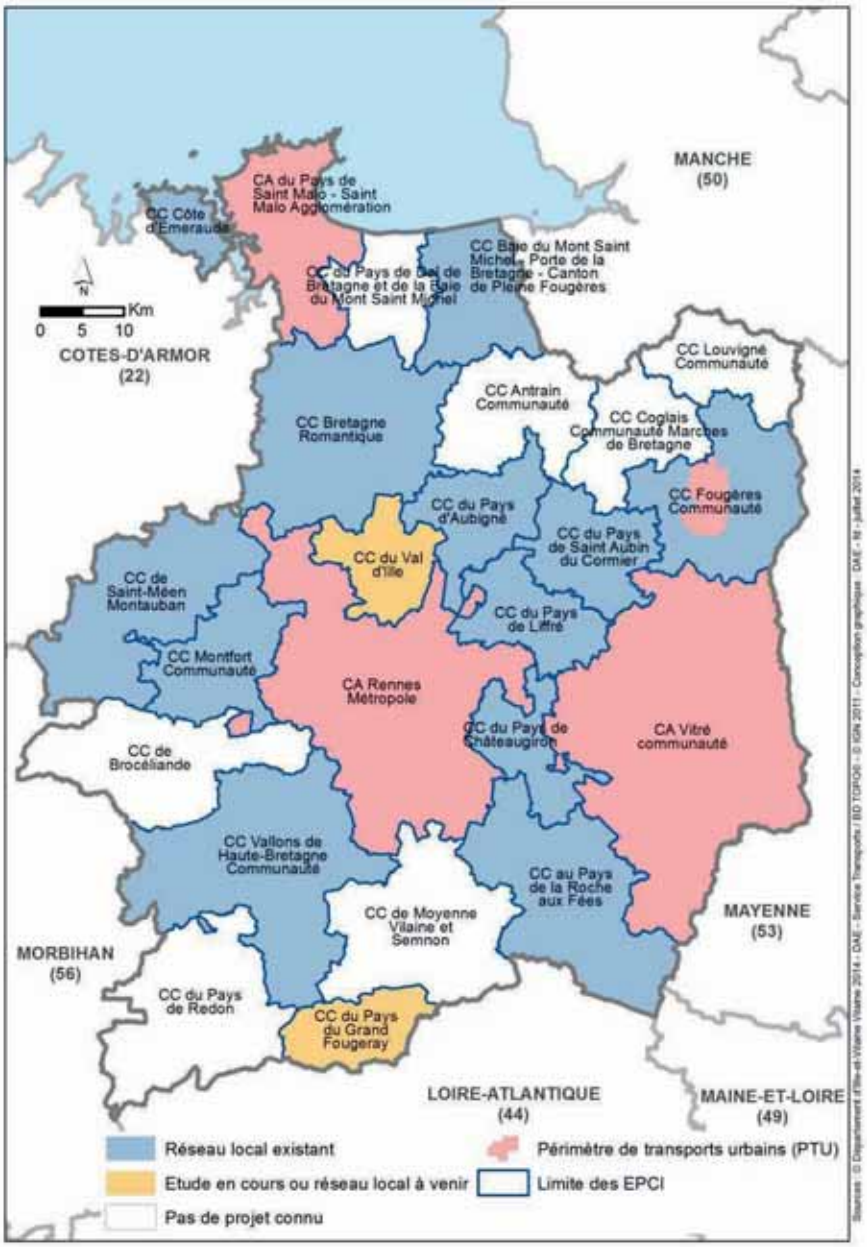
Les 90 arrêts les plus fréquentés ont fait l'objet d'une analyse plus détaillée : 11 d'entre eux sont accessibles, 47 remplissent au moins cinq des sept critères répertoriés et 25 remplissent moins de cinq critères.

Au regard de ces résultats et conformément à la législation, le Département va élaborer un Agenda d'accessibilité programmée (AdAP).

Le réseau local : un outil sur mesure pour un public ciblé [24]

En complément de son réseau de transport structurant, le Département a initié une politique de développement du réseau local en 2005. Un réseau local est un service de transport à la demande développé à l'échelle intercommunale, couvrant des besoins locaux. Il peut prendre plusieurs formes : rabattement sur le réseau départemental illenoo, desserte vers des pôles secondaires ou de proximité avec une prise en charge au domicile ou à des points d'arrêts définis.
Il est adapté aux besoins du bassin de vie, aussi bien en termes d'horaires que d'itinéraires offerts.

Les réseaux locaux en Ille-et-Vilaine



Après un démarrage en demi-teinte entre 2005 et 2009, la mise en place de réseaux locaux s'est fortement accentuée ces dernières années.
A ce jour, parmi les 21 communautés de communes du département (hors Périmètre de transport urbain), 12 d'entre elles ont mis en place un réseau local, 2 sont en cours d'étude et 7 territoires n'ont pas de projet connu.

[24] Extrait de *La lettre de la mobilité et des dynamiques de l'habitat en Ille-et-Vilaine*, n°2, novembre 2014.

Généralement assuré par des taxis et des minibus, ce type de transport, plus convivial, peut être perçu comme plus rassurant pour la personne âgée.

Le Périmètre de transport urbain (PTU) est un territoire doté d'un réseau urbain de voyageurs. Il en existe quatre en Ille-et-Vilaine : Rennes Métropole, Saint-Malo Agglomération, Vitré Communauté et Fougères-Javené-Lécousse.

Zoom sur une solution de transport à la demande en direction des malades d'Alzheimer

L'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) de Bain-de-Bretagne a réfléchi en 2013 à la création d'un centre d'accueil de jour autonome de 10 places, destiné aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Outre les obligations règlementaires propres à la création de ce type de structure, la concrétisation du projet était assujettie à la mise en place d'une solution de transport desservant la structure d'accueil. Pour atteindre cet objectif, l'ADMR a sollicité la communauté de communes de Moyenne Vilaine et Semnon, déjà organisatrice d'un service transport à la demande tout public, afin de réfléchir conjointement à la mise en place d'un service sur mesure.

La solution retenue a été la mise en place d'un transport à la demande, du lundi au vendredi, aux horaires d'ouverture et de fermeture de l'établissement. Le service est uniquement accessible aux usagers de l'accueil de jour résidant sur le territoire de la communauté de communes. La prise en charge se fait du domicile de l'usager à l'établissement, et inversement pour le trajet retour.

Cette expérimentation de transport à la demande, en direction du public âgé atteint de la maladie d'Alzheimer, représente une innovation sur le département. Cette initiative locale a pu se concrétiser grâce à la mise en synergie des différents acteurs du projet et une mutualisation des moyens. Une évaluation du dispositif, dont la mise en place est encore récente, apportera de plus amples éclairages. On peut déjà retenir que la question de la prise en compte du vieillissement dans les systèmes de transport peut s'aborder à différentes échelles, notamment locale.

3.7 La politique départementale relative à l'emploi des personnes en situation de handicap

L'intégration et le maintien dans l'emploi des personnes avec RQTH au sein de la Collectivité départementale

Le Conseil général a mis en place une charte pour l'emploi des personnes en situation de handicap qui vise à :

- sensibiliser la collectivité à l'accueil des travailleurs handicapés,
- améliorer le recrutement et le maintien dans l'emploi,
- favoriser l'intégration et l'accompagnement des personnes en situation de handicap,
- améliorer l'accessibilité des locaux et les conditions de travail,
- permettre un plus large accès à la formation continue,
- accroitre la passation de marchés publics avec des entreprises employant des personnes handicapées.

Une Mission d'Accompagnement individuel-handicap (MAIH) a été mise en place pour intégrer et maintenir dans les services du département des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, pour les accompagner dans l'exercice de leurs fonctions.

Depuis 2008, les services du Conseil général constatent une augmentation régulière du nombre de bénéficiaires de la RQTH. En 2013, le Département a déclaré un taux d'emploi de travailleurs handicapés à hauteur de 6,77 % de l'effectif. La mise en œuvre d'une politique de reclassement et de reconversion professionnelle au sein des services du Département a été affirmée ces dernières années. La MAIH permet aux agents de disposer d'un lieu d'écoute et d'information centralisée où ils peuvent, auprès d'un interlocuteur privilégié, disposer de tous les éléments nécessaires à leur information ou à leur prise de décision. D'autres actions ont été menées, telles que des aménagements de postes, des études ergonomiques ou des formations.

Les objectifs prioritaires de la collectivité :

- poursuivre l'accompagnement des agents handicapés afin de les maintenir dans leurs services ou les aider à réaliser une mobilité,
- proposer un parcours de formation adapté aux situations de reclassement professionnel,
- poursuivre le recensement des travailleurs en situation de handicap dans la collectivité,
- poursuivre le partenariat avec les associations d'insertion et de formation des personnes en situation de handicap.

Des actions soutenues par le Département en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

- **La semaine pour l'emploi des personnes handicapées**

La collectivité départementale participe chaque année à l'organisation de la semaine nationale pour l'emploi des personnes en situation de handicap. La MDPH s'associe aux CLIC pour répondre aux questions sur l'emploi des personnes en situation de handicap. Des réunions d'information sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'orientation professionnelle sont proposées sur l'ensemble du territoire départemental. A noter que la MDPH a traité en 2013 plus de 8 000 demandes de RQTH. Elle peut également proposer une orientation professionnelle pour les personnes qui, du fait de leur handicap, ont besoin d'une reconversion ou d'un poste adapté.

- **L’apprentissage adapté des jeunes en situation de handicap**

Depuis septembre 2007, le Département soutient l’accompagnement des jeunes apprentis en situation de handicap pendant leur parcours en Centres de Formation d’Apprentissage (CFA). La participation financière du Département, allouée d’abord à GRAFIC (Groupement Régional pour l’Accompagnement, la Formation et l’Insertion Concertée), puis à l’ADAPT (Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées), permet de développer des actions en faveur de la qualification des jeunes en situation de handicap, à l’aide d’un accompagnement éducatif et social leur permettant de s’inscrire dans une dynamique de projet et ainsi progresser vers le plus d’autonomie possible.

Chaque année, ce sont environ 100 jeunes apprentis en situation de handicap du département qui sont accompagnés. Ils bénéficient d’un contrat auprès d’entreprises privées ou de collectivités territoriales à l’aide de financements de l’AGEFIPH (Association nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés) et du FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique). Les professionnels de GRAFIC/ADAPT apportent aux jeunes un soutien pédagogique au sein des antennes CFA du département (Bruz, Redon, Rennes, Saint Malo, Fougères). Ils évaluent les besoins de chaque jeune à l’aide d’entretiens réguliers et d’une coordination avec les formateurs de CFA, les maîtres d’apprentissage et les familles, pour proposer un soutien éducatif et social. Ce soutien vise à trouver, sur les territoires de vie des jeunes, des réponses à des questions diverses (soin, budget, alimentation, transport, loisirs…) et à anticiper les relais tel qu’un accompagnement par un SAVS à l’issue de la période d’apprentissage.

- **L’inclusion socioprofessionnelle des personnes présentant des troubles psychiques**

Depuis 2008, dans le cadre de sa politique d’insertion, le Département soutient et participe au financement du dispositif « Fil Rouge » qui est piloté par un Groupement de coopération médico-sociale constitué de compétences du sanitaire, du médico-social, de l’insertion professionnelle et de l’entreprise. Le dispositif concourt à l’inclusion socioprofessionnelle des personnes présentant des troubles psychiques au travers de plusieurs objectifs :

- permettre à des personnes en souffrance psychique, non reconnues comme travailleurs handicapés, d’accepter leurs difficultés, de les prendre en charge et de se projeter dans un projet professionnel réaliste,
- améliorer les parcours d’insertion par la mise en place d’un accompagnement global approprié, pluri professionnel, et jalonné d’étapes adaptées au parcours de la personne,
- favoriser une meilleure compréhension des freins à l’insertion liés à la problématique des troubles psychiques,
- intervenir en appui aux professionnels : permanences des « accompagnateurs de parcours » sur les différents territoires du département, séances d’information/formation…

3.8 La politique départementale relative aux actions culturelles

Promouvoir la lecture et l'accès aux bibliothèques avec le Contrat Territoire Lecture

L'Assemblée départementale a approuvé en septembre 2011 le dispositif Contrat Territoire Lecture destiné à favoriser l'accès à la lecture et aux bibliothèques des personnes qui sont aujourd'hui les plus éloignées de ces pratiques en raison d'un handicap ou d'une situation d'isolement.

L'objectif est de contribuer à l'épanouissement des personnes à travers le plaisir que représente la lecture mais aussi comme un facteur de développement personnel et une condition d'exercice de leur citoyenneté.

Concrètement, en 2012, le Contrat Territoire Lecture (CTL) conclu entre le Département et l'Etat pour une période de trois ans comporte deux axes :

1. Le développement de l'accessibilité des bibliothèques aux personnes handicapées (déficients visuels, auditifs, moteurs, fragiles cognitifs…), comprenant :
   - La sensibilisation et formation des élus et professionnels aux problématiques du handicap ;
   - L'animation de groupes de travail de bibliothécaires afin de mutualiser les ressources, compétences, expériences sur ces questions ;
   - La mise en place ou la consolidation de « pôles de référence » en matière d'accessibilité pour les personnes handicapées, facilitant l'accès à des ressources ou matériels adaptés dans une perspective d'aménagement du territoire ;
   - La constitution de collections départementales adaptées (matériels de lecture adaptés, livres audio, éditions bilingues français et langue des signes, documents pour les dyslexiques…) ;
   - La recherche d'une chaîne d'accessibilité qui doit concerner à la fois l'accès au cadre bâti, à l'information du service proposé et à la signalisation des collections adaptées pour les différents types de handicap.

2. Le développement d'actions culturelles dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), comprenant :
   - L'expérimentation, portant sur les contenus et les matériels, de la mise à disposition de tablettes numériques dans les EHPAD (20 tablettes dans 5 établissements), en lien avec les bibliothèques ou médiathèques ;
   - Des formations croisées impliquant les bibliothécaires et les animateurs des EHPAD sur le thème « lecture et personnes âgées » ;
   - La formation des professionnels des bibliothèques et des animateurs des EHPAD aux contenus et matériels numériques ;
   - L'accompagnement et le conseil auprès de chaque établissement sur la définition d'objectifs adaptés aux publics visés et au projet d'établissement, sur les actions de médiation (ateliers mémoire, photo, lecture…) à mettre en place, sur les contenus plébiscités (jeux, ressources audio, livres numériques …) ;
   - Le partage d'expériences et l'animation du réseau des personnes impliquées dans l'expérimentation.

Le projet a fait l'objet d'une convention pluriannuelle de partenariat avec l'Etat. Un comité de pilotage a réuni les services de la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC), de Rennes Métropole et du Conseil général. Deux groupes de travail territorialisés de bibliothécaires ont contribué à la réflexion en travaillant à la mise en place d'un maillage territorial équilibré de points accessibles, en fonction des types de handicap.

Point d'étape sur le développement de l'accessibilité dans le réseau des bibliothèques d'Ille-et-Vilaine

Conformément aux objectifs, la Médiathèque départementale a développé le fond d'œuvres adaptées. Des formations ont été menées pour préparer les bibliothécaires à l'accompagnement du handicap : accueil du handicap mental et auditif en bibliothèque, présentation des malles, lecture et dyslexie, découverte de la langue des signes. Des stages ont été proposés à des personnes en situation de handicap. Des actions de communication ont été entreprises également (rubrique accessibilité dans la lettre d'info mensuelle), groupe lire autrement sur la page Facebook Médiathèque Départementale d'Ille-et-Vilaine, Nous Vous Ille…) mais aussi un projet d'annuaire de l'accessibilité, une cartographie des bibliothèques repérées avec pictogramme), projets pour le nouveau site web de la médiathèque.

Concernant l'accessibilité du bâti, les professionnels du Département accompagnent les collectivités en apportant informations et conseils aux élus et bibliothécaires pour tous les projets de construction, rénovation ou extension.

Les études Poldoc (étude de collections et des services par EPCI : état des lieux d'un territoire en préfiguration d'une coopération intercommunale des bibliothèques, voire d'une mise en réseau, la question de l'accessibilité systématiquement dans les coopérations à développer.

Le projet accueillants familiaux : objectif de mettre en contact les accueillants familiaux avec leur bibliothèque de proximité pour favoriser leur accueil (23 bibliothèques participent au projet).

Le projet pictogrammes : développer une communication plus visuelle dans les bibliothèques pour mieux accueillir les personnes éloignées de la lecture.

Le groupe de travail accessibilité travaille sur les thèmes : les représentations du handicap, la communication adaptée mène un travail de partenariat avec les établissements spécialisés, une art-thérapeute, des associations.

Bilan de la mise à disposition de tablettes numériques en EHPAD et en bibliothèque

L'expérimentation a été menée en 2012 et fort du succès rencontré, prolongée jusqu'en décembre 2013.
6 projets avaient été retenus sur 7 communes associant l'EHPAD et la bibliothèque locale : Retiers et Martigné-Ferchaud, Pléchâtel, Bécherel, Saint-Georges de Reintembault, Vezin-le-Coquet, La Bouëxière.

Tous les groupes ont fait un bilan positif de l'expérimentation et la majorité des établissements envisage d'acheter des matériels pour la poursuivre. Les résidents et les familles se sont bien appropriés les outils et la majorité des établissements sont allés au-delà des contenus pré-téléchargés sur les tablettes. L'autonomie dans le choix des contenus a été très appréciée. Les usages vus comme particulièrement adaptés aux publics : les jeux, l'appareil photo, l'accès à internet, les applications.

3.9 La prise en charge des détenus

Le 6 février 2013, le service pénitentiaire d'insertion et de probation d'Ille-et-Vilaine (SPIP35) et le centre pénitentiaire des hommes de Rennes-Vezin ont signé avec le Conseil général d'Ille-et-Vilaine, le Centre Hospitalier Universitaire et le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, une convention de prise en charge des personnes dépendantes en raison de l'âge ou du handicap. Elle prévoit l'intervention auprès des personnes détenues âgées ou en situation de handicap par l'association ASSIA, réseau UNA, spécialisée dans l'aide à domicile.

Au centre pénitentiaire de Rennes-Vezin, une vingtaine de personnes incarcérées ont plus de 60 ans ou souffrent d'un handicap. La convention prévoit le repérage des besoins par les professionnels des services médicaux et l'évaluation médico-sociale par les services du Conseil général qui déterminent le montant et la mise en œuvre des prestations.

Partie 2

Poursuivre le développement d'une offre diversifiée, de qualité et financièrement accessible favorisant le parcours des personnes

Chapitre 1
Offre existante

1. Offre existante

1.1 Les dispositifs en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

L'accueil familial

L'accueil par des particuliers à titre onéreux de personnes âgées ou d'adultes en situation de handicap constitue une réponse adaptée parmi les différentes possibilités offertes aux personnes qui ne désirent plus ou ne peuvent plus demeurer à domicile en raison de leur perte d'autonomie ou de leur handicap, et qui ne souhaitent pas vivre en collectivité.

La loi du 10 juillet 1989 a d'abord permis d'offrir des garanties nécessaires aux personnes accueillies et aux accueillants par la mise en place d'une procédure d'agrément et un suivi social confiés aux présidents des Conseils généraux.

Ensuite, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a inscrit la prise en charge dispensée par les accueillants familiaux dans la palette des réponses offertes aux personnes âgées et en situation de handicap. Dans ce contexte, l'article 51 de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a rénové le dispositif de 1989 sur les modalités d'agrément, en revalorisant la rémunération minimale des accueillants et en leur accordant un droit à congés payés. Elle a aussi ouvert la voie à un « accueil familial médico-social » en donnant la possibilité aux gestionnaires d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux de recruter des accueillants familiaux, leur conférant ainsi le statut de salariés. Depuis la loi du 5 mars 2007 sur le logement opposable, toute personne morale de droit public ou de droit privé peut salarier des accueillants.

Ainsi, la personne ou le couple qui souhaite accueillir à son domicile, une personne âgée ou une personne en situation de handicap à titre onéreux, doit au préalable obtenir un agrément délivré par le président du Conseil général. L'agrément, accordé pour cinq ans, fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois.

L'accueillant doit conclure avec chacune des personnes accueillies un contrat d'accueil qui précise les conditions matérielles et financières de l'accueil et les droits et obligations respectifs des parties.

L'offre d'accueil familial en Ille-et-Vilaine

Au 31 décembre 2014, l'accueil familial en Ille-et-Vilaine offre un total de **348 places**, dont :

- 33 places pour personnes âgées (9%),
- 182 places pour adultes en situation de handicap (54%),
- 133 places mixtes (38%).

Actuellement, les deux tiers des personnes accueillies sont des personnes en situation de handicap et un tiers des personnes âgées. Il s'agit en majorité d'accueil permanent, mais **les accueillants familiaux proposent aussi des places en accueil temporaire et en accueil de jour**.

Comme évoqué en partie 3 – *Bilan des précédent schémas départementaux* – le dispositif de l'accueil familial, a considérablement évolué ces dernières années au profit :

- d'une plus grande professionnalisation des accueillants,
- d'une meilleure structuration de l'offre d'accueil,
- d'une dynamisation du dispositif avec une campagne d'informations visant à mieux faire connaître ce mode d'accompagnement auprès du grand public et des professionnels.

Les principales nouveautés :

- une nouvelle sectorisation de l'instruction de l'agrément et du suivi social et médico-social de l'accueil,
- de nouvelles procédures relatives à l'orientation en accueil familial et au suivi des accueils,
- la mise en place d'une formation initiale et continue des accueillants,
- l'adaptation de la rémunération des accueillants pour permettre de nouvelles formes d'accueil telles que l'accueil de jour en accueil familial.

La nouvelle sectorisation, effective à compter du 1er juillet 2012, repose sur une nouvelle organisation territoriale par CDAS. Cinq institutions se voient confier un secteur d'intervention sur lequel elles assureront les missions suivantes :

- l'instruction d'agrément PA/PH,
- l'orientation en accueil familial,
- la réalisation de l'accueil et son suivi,
- la promotion et le développement de l'accueil familial,
- l'organisation de groupes d'échange sur les pratiques professionnelles.

Ces cinq institutions sont l'APASE, l'ATI, l'ADMR, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, le Centre Hospitalier de Saint-Malo.

Dans la continuité de cette volonté de dynamiser le dispositif, les places disponibles sont communiquées mensuellement sur le site gaelig35.org

Le fonctionnement de l'accueil familial

L'orientation en accueil familial

Toute personne souhaitant aller en accueil familial doit remplir un dossier de demande d'orientation en accueil familial. Ce dossier se compose d'une fiche administrative et d'un certificat médical. Ce document est disponible auprès des services de suivi de l'accueil familial, des CDAS, des CLIC, des services sociaux des centres hospitaliers et autres structures. La demande d'orientation est validée par les services du Conseil général et ensuite adressée aux services de suivi de l'accueil familial pour une mise en relation avec les familles d'accueil ayant des places disponibles.

La mise en place de l'accueil

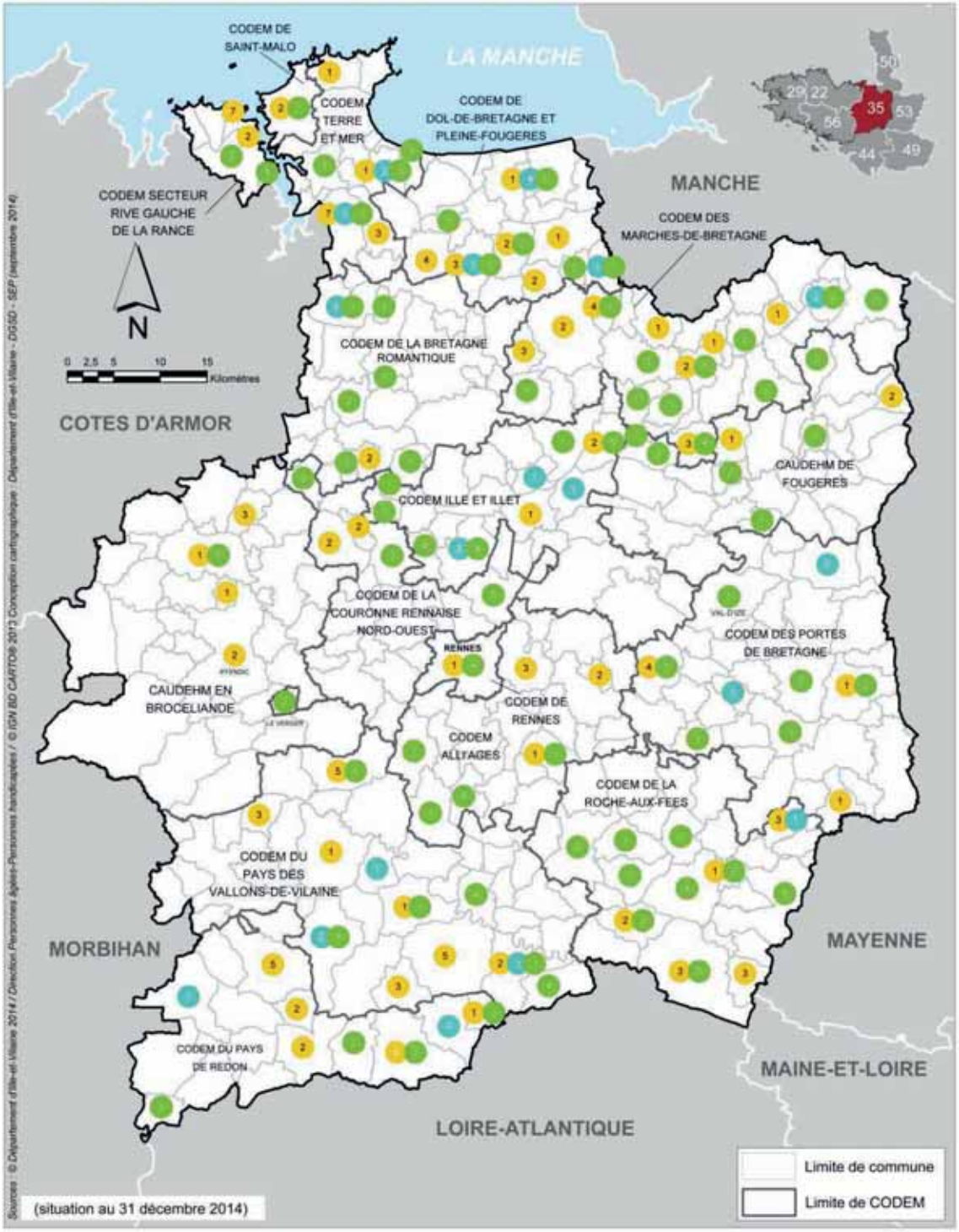
Le service de suivi met en relation la personne candidate avec l'accueillant familial et aide à la mise en place de l'accueil. Il s'assure ensuite qu'à l'entrée en accueil familial, la personne accueillie dispose des moyens financiers permettant le règlement mensuel des frais d'accueil et que la continuité des soins sera assurée. Le service peut également intervenir comme conseiller technique auprès des deux parties contractantes lors de la rédaction du contrat d'accueil.

Le suivi social et médico-social

Le suivi s'entend par le suivi de la personne accueillie mais également par le conseil et le soutien à l'accueillant. Il est assuré par les cinq services conventionnés avec le Conseil général.
Pour la personne accueillie, il permet de :

- vérifier qu'il bénéficie de tous les soins et attentions requis par son état de santé,
- veiller avec l'accueillant à l'appropriation de son lieu de vie,
- veiller à favoriser le maintien ou l'acquisition de son autonomie,
- l'assister dans l'accompagnement de ses droits.

Offre en accueil familial pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap



Nombre de places en accueil familial :

- Personne handicapée
- Personnes âgée
- Mixte

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

1.2 Les dispositifs en faveur des personnes âgées

A) Les dispositifs d'aide au maintien à domicile des personnes âgées

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les acteurs de la politique publique en faveur des services à la personne

➔ Plan national

Le ministère de l'Artisanat, du commerce et du tourisme

Le secteur des services à la personne (SAP) est rattaché depuis 2012 au ministère de l'Artisanat, du Commerce et du Tourisme
La Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS) et la Mission des services à la personne (MISAP).

D'octobre 2005 à janvier 2014, l'Agence Nationale des services à la personne avait pour objectif la promotion et la coordination des services à la personne. A compter de 2014, ses missions ont été transmises à son administration de tutelle, la DGCIS.

Au sein de la DGCIS, la mission des services à la personne, en coordination avec les acteurs institutionnels et professionnels du secteur, met en œuvre des actions structurantes en faveur des services à la personne, notamment pour le développement de l'emploi, de la qualification et de la qualité et de l'innovation dans le secteur. Elle assure un rôle d'observatoire économique et statistique.
Les agents de la DGCIS sont mobilisés aux niveaux national et régional à travers les DIRECCTE pour favoriser la création, le développement et la compétitivité des entreprises de toutes tailles.

Autres acteurs : la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

➔ Aux plans régional et départemental

Les DIRECCTE

Les DIRRECTE sont des directions régionales placées sous la double tutelle du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie d'une part, et du ministère du travail, de l'emploi et de la santé d'autre part, pour assurer le pilotage coordonné des politiques publiques du développement économique, de l'emploi, du travail et de la protection des consommateurs.

Les unités territoriales des DIRECCTE

Les unités territoriales (UT) des DIRECCTE, échelon départemental sous l'autorité du préfet, sont plus particulièrement chargées de l'instruction des demandes d'agrément et de l'enregistrement des déclarations des organismes de services à la personne. Elles sont les interlocuteurs des organismes de services à la personne et des créateurs de structures, qu'elles accompagnent pour favoriser leur développement dans un contexte de sécurisation juridique.

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés

Les SAAD sont des services médico-sociaux au sens des 6° et 7° de l'art L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils sont soumis aux droits et aux obligations de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (procédure de l'autorisation, application de la loi de 2002 et des dispositions concernant le droit des usagers, procédure contradictoire en matière budgétaire…).

Le droit d'option entre agrément et autorisation

Les SAAD bénéficient d'un droit d'option entre deux dispositifs, dont l'approche est différente :

➔ L'agrément

Il vise à développer l'emploi dans les services à la personne, a été instauré par la loi du 26 juillet 2005, (dite loi Borloo) modifiée par le décret n°2011-1132 du 20 septembre 2011.

Ce décret revient sur la procédure de délivrance de l'agrément en distinguant désormais l'agrément (anciennement agrément qualité) du dispositif déclaratif (ancien agrément simple).

L'agrément, délivré par le préfet (DIRECCTE), après avis du Département, a été créé par la loi du 29 janvier 1996, en faveur du développement des emplois de services aux particuliers.

Il est obligatoire pour les services (prestataires et mandataires) qui s'occupent des personnes fragiles et qui ont une activité d'assistance, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux (SSIAD et SPASAD). Il est donné pour 5 ans, est renouvelable sous conditions et peut être retiré. L'arrêté du 26 décembre 2011 fixe **le nouveau cahier des charges de l'agrément services à la personne** et invalide le précédent cahier des charges de l'agrément qualité établi par l'arrêté du 24 novembre 2005.

Pour les services agréés, le coût de la prestation est fixé librement la première fois et doit ensuite évoluer dans la limite d'un taux d'évolution fixé annuellement par arrêté du ministère des finances.

➔ L'autorisation

Elle vise à favoriser le maintien à domicile par un service relevant de la loi 2002-2 et son décret d'application du 25 juin 2004 : le service relève alors des établissements et services sociaux et médico-sociaux et est soumis à autorisation. L'autorité habilitée à délivrer cette autorisation est le président du Conseil général (art. L313-3 du Code de l'action sociale et des familles). Un service autorisé bénéficie automatiquement de l'agrément.

La répartition des services autorisés sur le département

Les services agréés ont un agrément départemental, ils peuvent donc intervenir sur l'ensemble de l'Ille-et-Vilaine. Les services autorisés sont également agréés pour l'ensemble du département. Le champ de l'autorisation porte néanmoins sur un territoire géographique déterminé par le service et acté dans l'arrêté d'autorisation du Président du Conseil général.

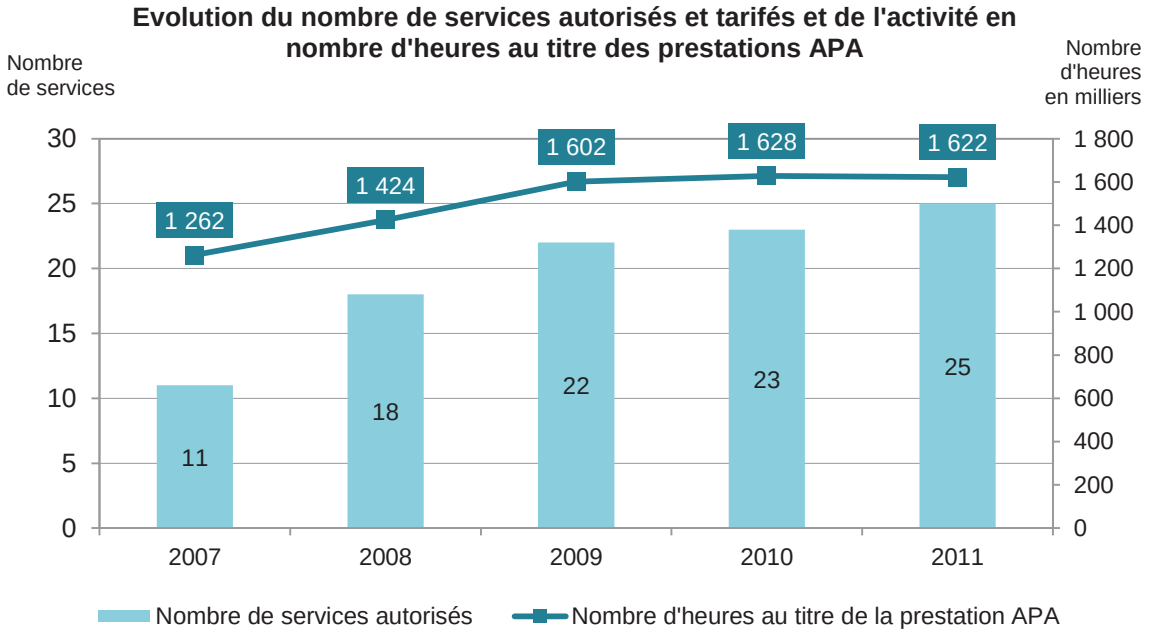
Les services autorisés sont présents sur l'ensemble du département pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Un service prestataire pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap intervient sur la quasi-totalité du territoire.

En Ille-et-Vilaine, au 1er janvier 2014, **160 services sont agréés** par la DIRRECTE, après avis du Conseil général. **28 services sont autorisés**, incluant :

- ⇨ 1 autorisation pour la fédération ADMR qui gère 54 associations
- ⇨ 7 services polyvalents d'aide et de soutien à domicile (SPASAD)

Sur les 28 services autorisés, 24 services sont tarifés par le Département :

- ⇨ 15 services pour des prestations auprès de personnes âgées et d'adultes en situation de handicap (dont 5 ont un budget spécifique PH) ;
- ⇨ 2 services pour des prestations auprès de personnes en situation de handicap ;
- ⇨ 7 services pour des prestations auprès de personnes âgées.



Depuis 2006, un tarif horaire pour les heures effectuées au titre de l'APA a été fixé pour chacun des services autorisés par le Département. Dans les plans d'aide, le tarif pris en compte est le tarif CNAV. La différence entre le tarif arrêté et le tarif du plan d'aide est versé par le Département au service, sous forme d'APA différentielle.

La tarification

• Sur le secteur des personnes âgées :

Le décret tarifaire d'octobre 2003 s'applique aux services autorisés. Le président du Conseil général arrête un tarif pour les services autorisés. Pour les services agréés, le tarif est libre mais son évolution encadrée, le taux d'évolution est fixé par arrêté ministériel chaque année. Le processus de tarification est relativement complexe puisque plusieurs tarifs horaires doivent être fixés en fonction de la qualification des intervenants auprès des personnes et comporter chacun une quote-part de frais de structure.

• Sur le secteur des personnes handicapées :

La loi du 11 février 2005 instaurant la PCH a clarifié les choses en précisant l'inscription dans le plan d'aide d'un tarif réglementaire pour les services non tarifés et la prise en compte du tarif arrêté par le Conseil général pour les services tarifés.

Face aux difficultés financières des SAAD remontées au niveau national, divers rapports et missions ont débouché sur la parution d'un arrêté en date du 30 août 2012 qui permet d'expérimenter de nouvelles modalités de financement des services.

Au niveau local

Concernant la tarification des SAAD, le département a fait le choix d'un tarif spécifique en fonction de la prestation.

⇨ **Pour l'APA :**

- 2006 : un tarif horaire pour les heures effectuées au titre de l'APA a été fixé pour chacun des services autorisés par le Département.
  Pour répondre au principe de libre concurrence des services institué par la loi dite Borloo, le tarif pris en compte dans les plans d'aide est le tarif CNAV (19,40 €/heure semaine et 22,20 €/heure dimanche et jours fériés, au 1er janvier 2014. La différence entre le tarif arrêté et le tarif du plan d'aide est versé, par le Conseil général, directement au service, sous forme d'APA différentielle.

- 2010, face à l'augmentation des tarifs, le Département s'est vu dans la nécessité de solliciter les usagers ayant des revenus supérieurs au minimum vieillesse sur un financement de maximum de 1,30€/h, en plus de leur participation au plan d'aide.
- En janvier 2011, le Département a mis en place en accord avec les usagers, le versement direct de la prestation APA aux services concernés sur la base d'acomptes mensuels et d'une régularisation trimestrielle.

⇨ **Pour la Prestation de Compensation du Handicap**

- depuis 2007 : une tarification horaire pour les services autorisés intervenant auprès des personnes handicapées s'est mise en place.

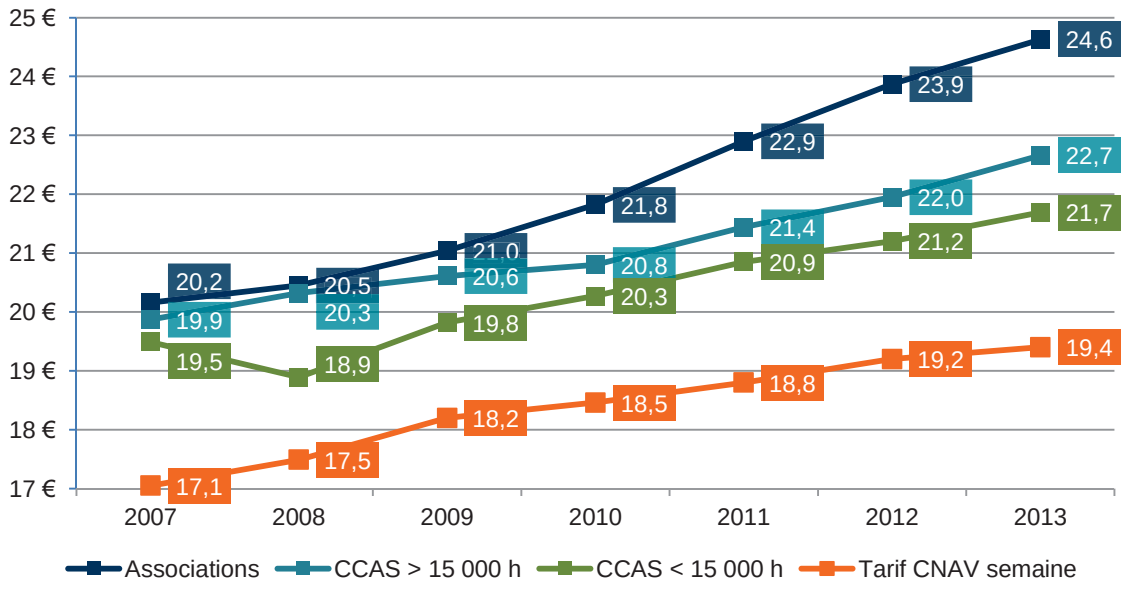
Précédemment à cette tarification, des forfaits d'auxiliaires de vie attribués par l'Etat et le Conseil général étaient versés aux services pour atténuer le coût appliqué aux usagers. En 2008, ces forfaits n'ont plus été versés par l'Etat suite à la mise en place de la Prestation de compensation du handicap.
A ce jour, il reste 2 services bénéficiant de ces forfaits d'auxiliaires de vie.

⇨ **Pour les services ménagers**

- Un financement du Département est possible pour les GIR 5 à 6 via l'aide sociale.
  En 2010, à la demande des services d'aide à domicile, une tarification des prestations dite d'aide-ménagère, a été mise en place. Pour les services agréés, la tarification s'effectue sur la base du tarif CNAV à 19,40 €/heure. Chaque service autorisé et tarifé doit rendre opposable son tarif arrêté « services ménagers » auprès des différents financeurs (caisses, mutuelles et usagers).
  Face à la difficulté de tarification de cette activité, multiplicité de financeurs, concurrence entre services, le Département abandonne cette tarification « services ménagers » en 2015. Un tarif départemental « services ménagers » unique sera arrêté chaque année pour les services autorisés.

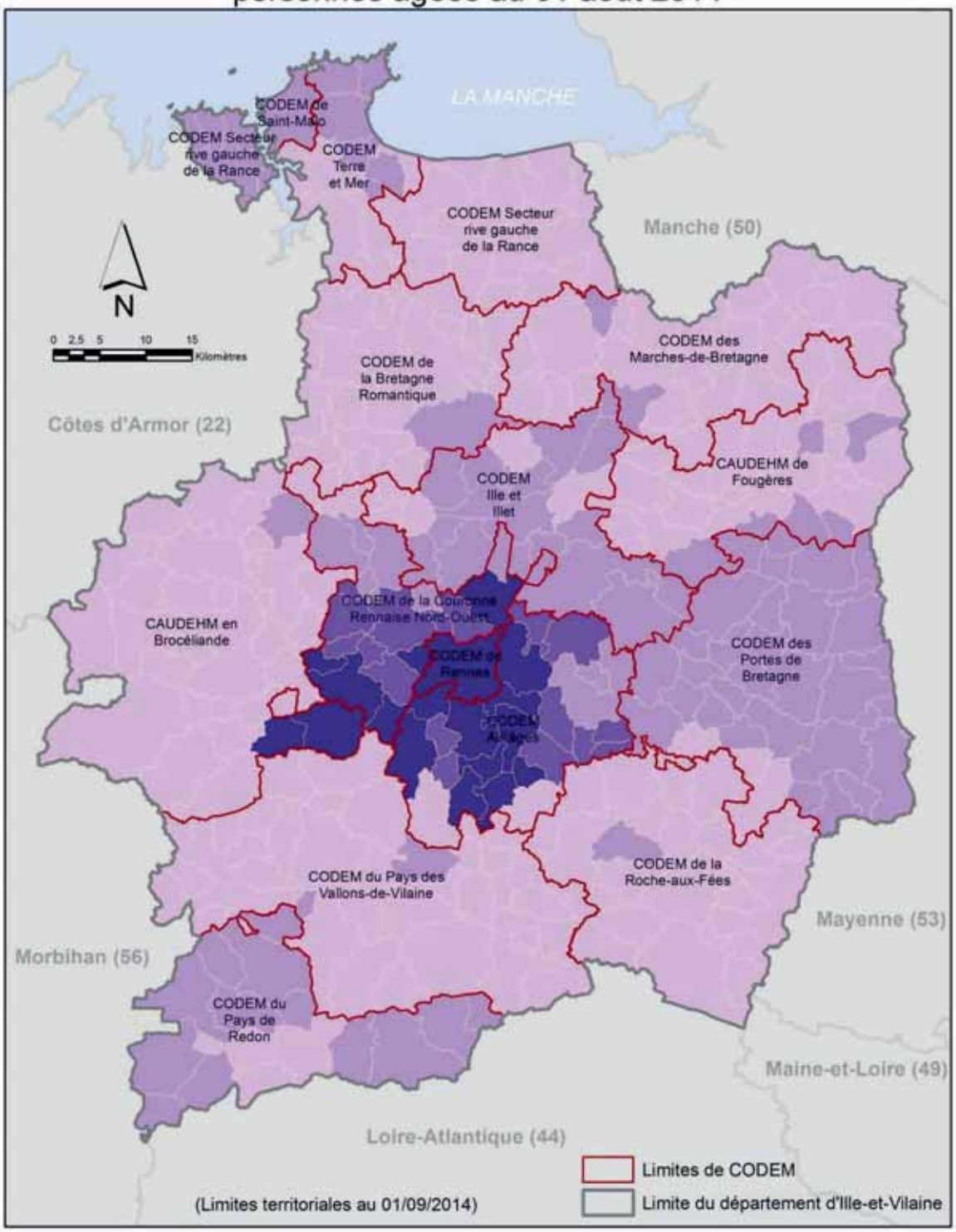
Depuis 2006, un tarif horaire pour les heures effectuées au titre de l'APA a été fixé pour chacun des services autorisés par le Département. Dans les plans d'aide, le tarif pris en compte est le tarif CNAV.

Evolution du tarif moyen départemental des heures d'intervention APA



Depuis 2010, une tarification des prestations dite d'aide-ménagère a été mise en place, elle correspond aux prestations effectuées auprès des personnes relevant de la classification en GIR5-6.

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour les personnes âgées au 01 août 2014



Sources : INSEE © Département d'Ille-et-Vilaine 2014 / © IGN BD CARTO® 2012 - Conception cartographique : Département d'Ille-et-Vilaine - DGSD - SEP.

Nombre de services par commune

- De 3 à 5 services
- De 6 à 9 services
- De 10 à 14 services
- Plus de 15 services

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

© Département d'Ille-et-Vilaine. Tous droits réservés.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Le décret n°81-448 du 8 mai 1981 crée les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à destination des personnes de plus de 60 ans, malades ou dépendantes et depuis 2004, des adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteints de maladies chroniques.

La mission des SSIAD est de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des personnes âgées ou dans les établissements non médicalisés, prenant en charge des personnes âgées. Les SSIAD « assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ».

Les SSIAD sont des services médico-sociaux au sens des 6° et 7° de l'art L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils sont soumis aux droits et aux obligations de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (procédure de l'autorisation, application de la loi de 2002 et des dispositions concernant le droit des usagers, procédure contradictoire en matière budgétaire…) auxquelles s'ajoutent des dispositions spécifiques.

Depuis la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » et ses décrets d'application, l'autorisation de créer un SSIAD est délivrée par l'ARS après avis de la commission d'appel à projets. L'autorité de tarification est l'ARS, le financement est assuré à 100% par les crédits d'assurance-maladie.

Les SSIAD emploient au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins, des AS qui assurent sous la responsabilité des IDE, les soins de base et relationnels, des AMP et d'autres auxiliaires médicaux si besoin : pédicures, podologues, ergothérapeutes ou psychologues (depuis le décret du 25 juin 2004).

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Créés en 2004, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) assurent à la fois les missions d'un SSIAD et celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Ils visent à favoriser la coordination des interventions auprès de la personne et à mutualiser les interventions visant à élaborer le projet individuel d'aide, d'accompagnement et de soins permettant une prise en charge plus adaptée à la globalité des besoins de la personne.

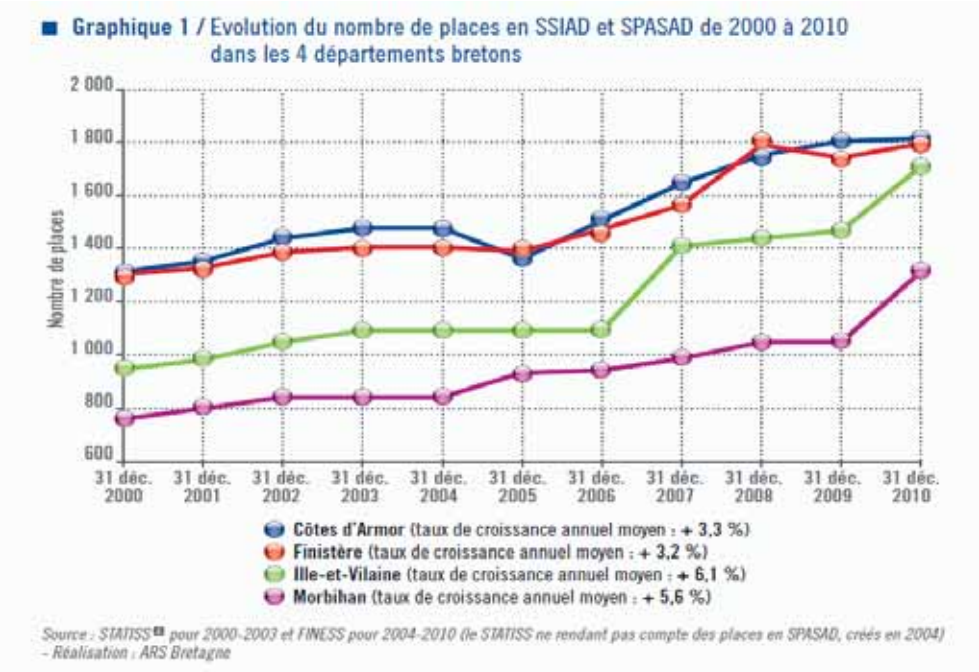
Le SPASAD est un service social et médico-social autorisé. Il est mentionné aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF. Il est financé par l'Assurance maladie pour les soins à domicile sur prescription médicale, et tarifé par le conseil général pour l'activité d'aide et accompagnement à domicile mise en œuvre dans le cadre de l'APA et de la PCH.

Services de soins infirmiers à domicile à destination des personnes âgées - SSIAD spécifiques ou exclusifs et SSIAD intégrés dans un SPASAD - Nombre de services et de places au 1er janvier 2013

	Ille-et-Vilaine	Côtes-d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France métro
Nombre de services	**26**	39	31	34	130	2 085
Nombre de places	**1 642**	1 732	1 751	1 243	6 383	113 493
Nombre de places pour 1000 personnes de 75 ans et plus	**19,4**	24,3	18,3	16,0	19,4	19,7

Source : STATISS 2013

Le nombre de places de SSIAD et SPASAD a augmenté significativement en 2007 et 2010 en Ille-et-Vilaine, En 2013, la capacité totale à destination des personnes âgées est de 1 642 places. Toutefois le taux d'équipement ramené à la population de 75 ans et plus a progressé moins vite du fait du vieillissement de la population. Il demeure supérieur au taux constaté dans le Finistère et le Morbihan mais inférieur à la moyenne nationale.

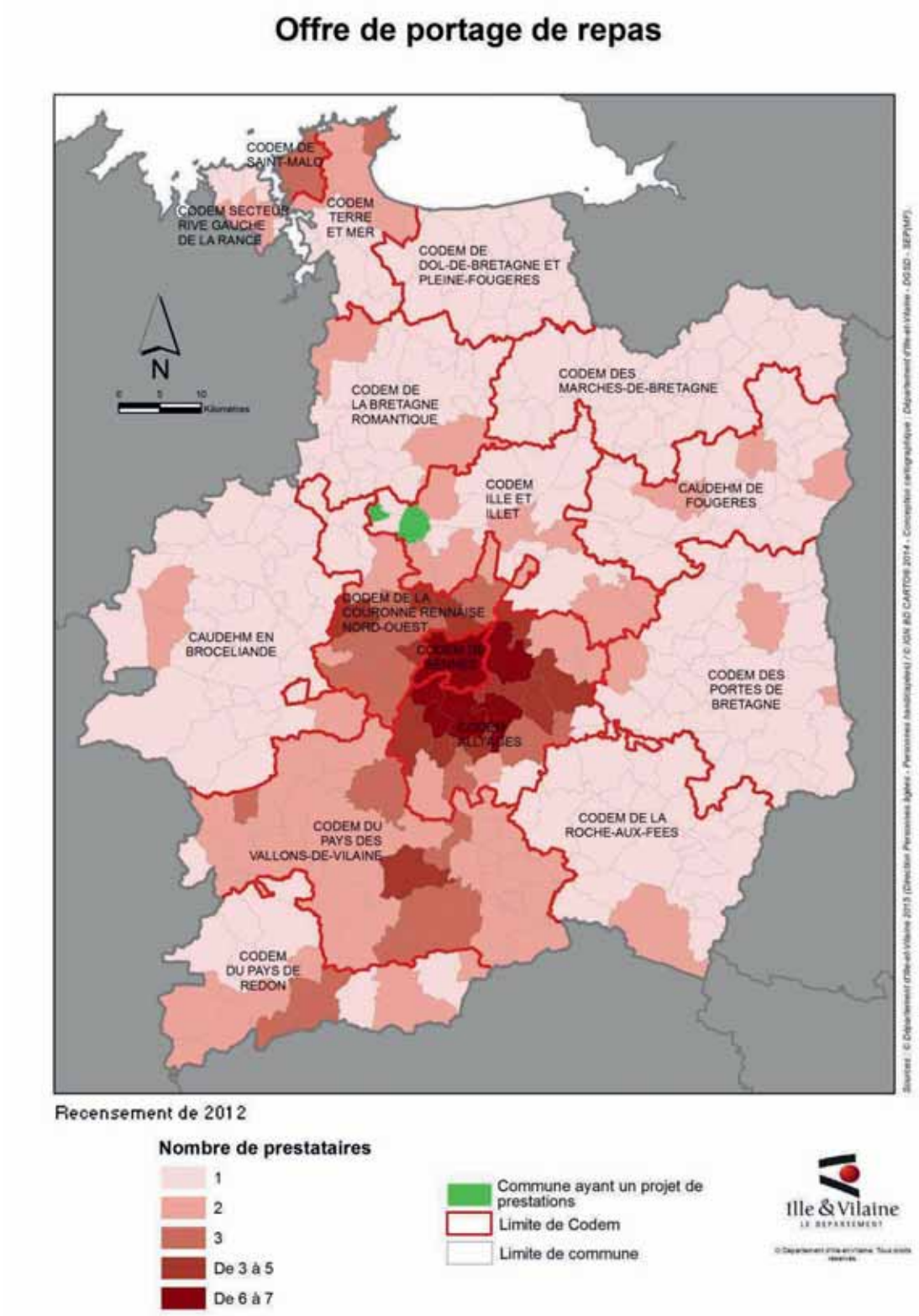


Source : Les études de l'ARS Bretagne n°1, Les services de soins infirmiers à domicile en Bretagne, novembre 2011.

En Ille et Vilaine, 7 services sont reconnus SPASAD.

Les services de portage de repas

Les personnes malades, en perte d'autonomie ou avancées dans l'âge ont tendance à négliger leur alimentation, car cela leur demande un effort supplémentaire. Le portage de repas est un service assuré par des prestataires agréés. Il permet de pallier au risque de carence alimentaire tout en contribuant au renforcement du lien social par un contact humain et une présence quotidienne. Le prix du portage de repas peut-être financé par l'APA dans le cadre d'un plan d'aide. En 2011, le Département d'Ille-et-Vilaine a réalisé une enquête sur la prestation de portage de repas afin de recenser cette offre de service. L'ensemble du département est couvert par cette offre, une cartographie et la liste des différents services est consultable auprès des CLIC.



L’accueil temporaire

Règlementation

L’article 1 du décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 définit ainsi ce type d’accueil :

> I. L'accueil temporaire mentionné à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles s'adresse aux personnes en situation de handicap de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.
>
> II. L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.
> L'accueil temporaire peut être organisé en complément des prises en charge habituelles en établissements et services, qu'il s'agisse d'établissements de santé au sens de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ou d'établissements sociaux ou médico-sociaux au sens du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'accueil temporaire vise, selon les cas :

- A organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ;

- A organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge.

L’autorisation d’ouverture ainsi que les financements de ce type d’accueil, pour les personnes âgées, relèvent de la compétence conjointe du Président du Conseil général et de l’Agence régionale de santé.

L’accueil de jour

L’accueil de jour est destiné à des personnes âgées vivant à domicile, notamment des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée.

Par ailleurs, quelques places sont proposées à des personnes âgées présentant une perte d’autonomie physique.

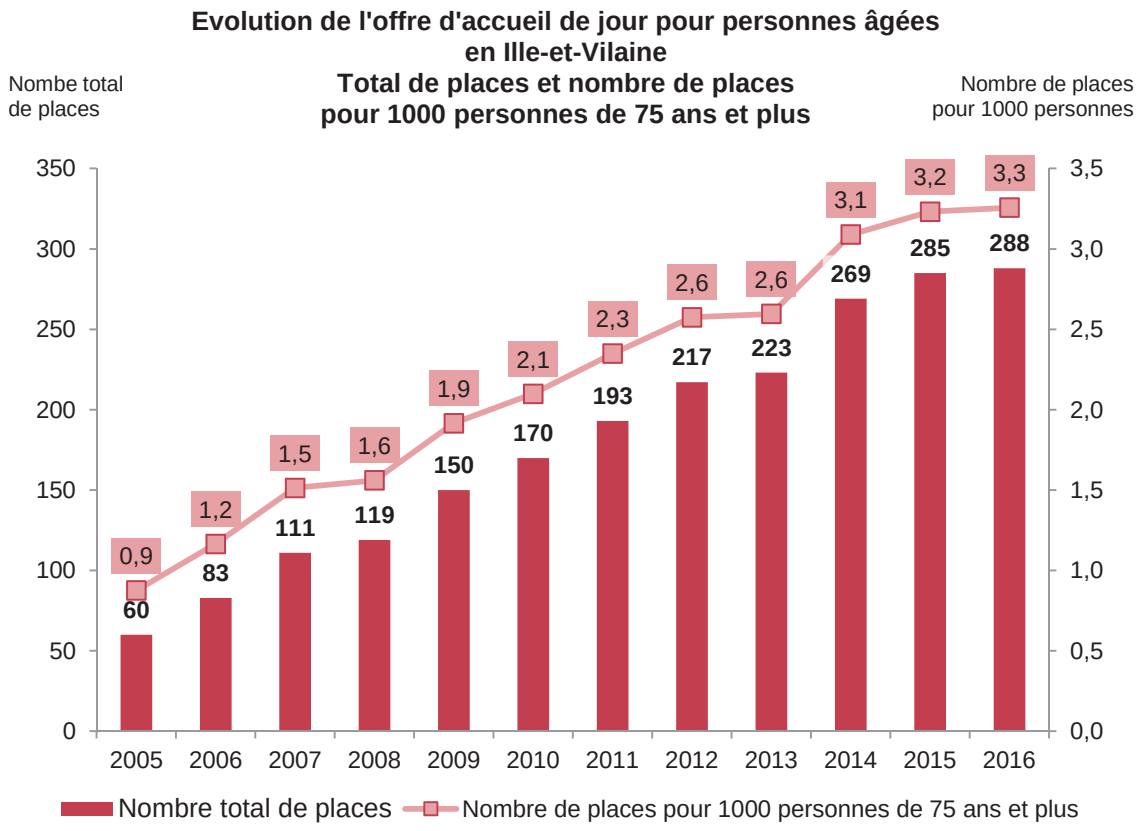
Véritable soutien à la personne accueillie et à son entourage, **l’accueil de jour favorise le maintien à domicile**.

Pour mémoire, ce type d’accueil est proposé soit par des Etablissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui disposent alors de locaux spécifiques dédiés à l’accueil de jour, soit au sein de structures autonomes (au nombre de sept en Ille-et-Vilaine) qui ne proposent que ce type d’accueil.

Comme évoqué en *en partie 3 – Bilan des schémas départementaux* – l’offre en accueil de jour pour personnes âgées a fortement évolué ces dernières années.

En 2002, on comptait 13 places. Au 31 décembre 2005, 83 places et au 31 décembre 2014, 49 structures disposent de places d’accueil de jour, représentant un total **285 places**, soit l’équivalent de **3,1 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus**.

Enfin en 2016, on comptera **288 places en Ille-et-Vilaine.**



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier / Population 2015, 2016 : estimation CG35.

Sur cette capacité, **la quasi-totalité des places est proposée aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés**. En effet, le dispositif ne propose pas, en Ille-et-Vilaine, de places spécifiquement dédiées à l'accueil d'autres pathologies neuro-dégénératives, telles que la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la sclérose latérale amyotrophique. L'accueil de ces publics est toutefois organisé par certaines structures sur des temps spécifiques afin de proposer des groupes homogènes de personnes.
Par ailleurs, depuis fin 2010, une structure dans le Département (l'accueil de jour *La Passerelle* géré par l'EHPAD Lucien Schroeder à Rennes) présente la spécificité **d'accueillir, une fois par semaine, des personnes jeunes**, de moins de 60 ans, souffrant d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

L'évolution de l'offre d'accueil de jour pour les personnes âgées depuis 2010 s'explique par plusieurs raisons :

- Depuis 2010, de **nouvelles structures** dont les projets intégraient la création d'un nombre élevé de places d'accueils de jour, ont ouvert leurs portes.

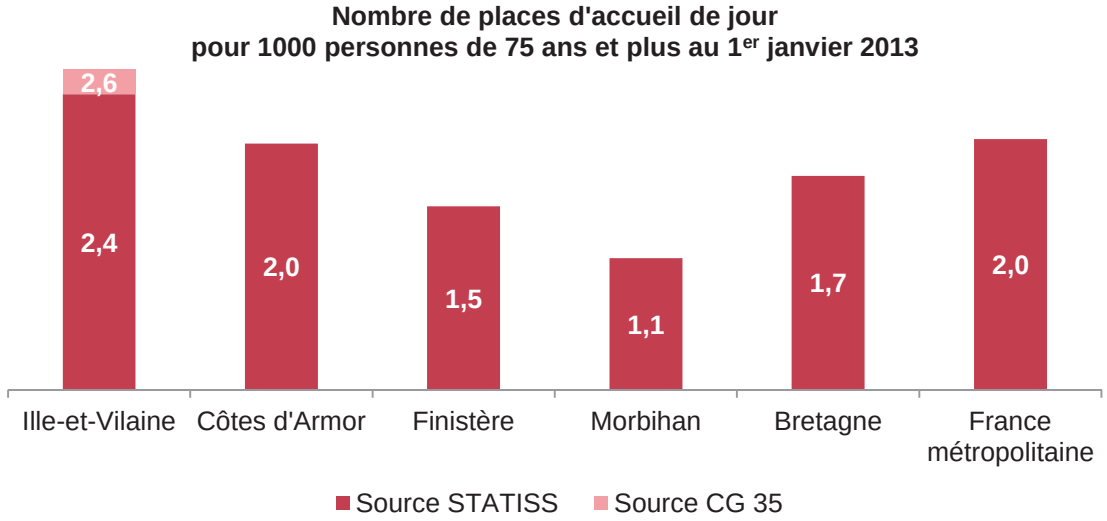
- Depuis 2012, les capacités des structures proposant de l'accueil de jour ont été mises en conformité avec la circulaire DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 qui prévoit que les accueils de jour rattachés à un EHPAD atteignent au moins 6 places et que ceux proposés par des structures autonomes soient d'au moins 10 places. Ces mises en conformité réalisées conjointement avec l'Agence Régionale de Santé de Bretagne se sont traduites par des **extensions de capacité de 16 structures** qui proposaient moins de places que prévu soit **+ 38 places**, par la fermeture de 5 accueils de jour (fermeture en 2012 et 2013) et l'abandon de places (projets autorisés non installés) pour 3 accueils de jour.

Enfin, 9 structures ont obtenu une dérogation aux seuils fixés (allant de 2 à 4 places) afin de maintenir une offre d'accueil de jour sur des territoires qui en auraient été dépourvus en cas de fermeture.

Ainsi, en moyenne, les EHPAD proposant de l'accueil de jour disposent de <u>5,57 places</u>.

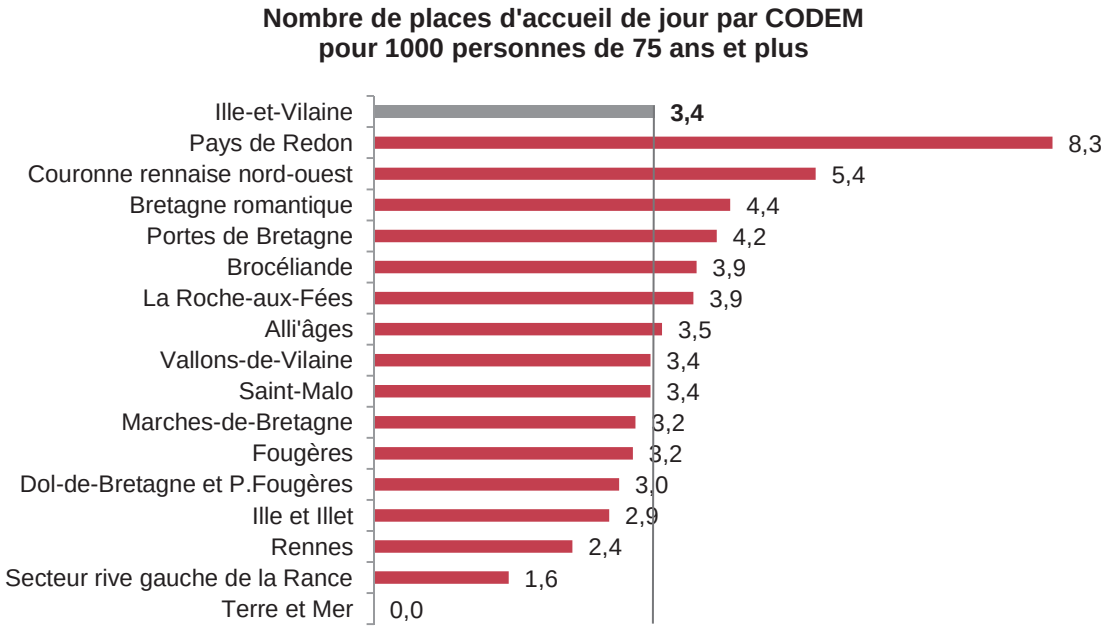
L'Agence Régionale de Santé de Bretagne et le Département d'Ille-et-Vilaine ont lancé conjointement en 2013, un appel à projets ayant permis la création de **32 nouvelles places d'accueil de jour** réparties sur des zones du département identifiées comme prioritaires.
5 projets ont été retenus pour 32 places autorisées qui ont ouvert entre fin 2013 et septembre 2014.

➔ Taux d'équipement en Bretagne et en France métropolitaine



La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé mesure le nombre de places d'accueil de jour dans chaque département à partir des informations collectées auprès des établissements (enquête administrative SAE) et des agences régionales de santé. Ces données permettent d'évaluer les taux d'équipement mais peuvent comporter des écarts avec la situation mesurée par les Conseils généraux. Ainsi au 1er janvier 2013, le Département d'Ille-et-Vilaine recensait 223 places d'accueil de jour installées contre 206 selon la DREES. Selon les données STATISS, l'Ille-et-Vilaine disposait à cette date, d'**un taux d'équipement en accueil de jour supérieur aux trois autres départements bretons et supérieur à la moyenne nationale**.

L'offre d'accueil de jour par CODEM



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 31 décembre 2014 / Insee RP 2011.

Note sur les taux d'équipement par CODEM

Au niveau infra-départemental, la capacité du dispositif d'accueil de jour au regard de la population de 75 ans et plus peut être mesurée sur la base des données du recensement de population de 2011. Le taux d'équipement ne tient donc pas compte de l'augmentation de la population intervenue depuis. Ramené à la population de 75 ans et plus de 2011, le taux d'équipement moyen est ainsi de 3,4 places pour 1000 personnes contre 3,1 par rapport à la population estimée au 1er janvier 2014.

Les périmètres des CODEM tiennent compte des changements intervenus en 2014 à la suite des changements d'EPCI. Ainsi, les communes de Bécherel et Romillé sont rattachées au CODEM de la Couronne rennaise nord-ouest et la commune de Guipry au CODEM du Pays des Vallons-de-Vilaine.

Sur la base des places installées au 31 décembre 2014 et du nombre de personnes de 75 ans et plus recensées en 2011, 7 CODEM présentent un taux d'équipement en places d'accueil de jour supérieur à la moyenne départementale.

Avec 27 places pour 3 257 personnes de 75 ans et plus, le CODEM du pays de Redon est le territoire le mieux pourvu du département tandis que pour un niveau de population un peu plus élevé (3 646 personnes), le CODEM du Secteur rive gauche de la Rance ne compte que 6 places. Le CODEM Terre et Mer ne dispose pas d'offre d'accueil de jour actuellement.

➔ *La carte des accueils de jour est proposée page 180.*

L'accueil de nuit

L'accueil de nuit, comme l'accueil de jour, est destiné à des personnes âgées vivant à domicile, notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Véritable soutien à la personne accueillie et à son entourage, l'accueil de nuit favorise le maintien à domicile.

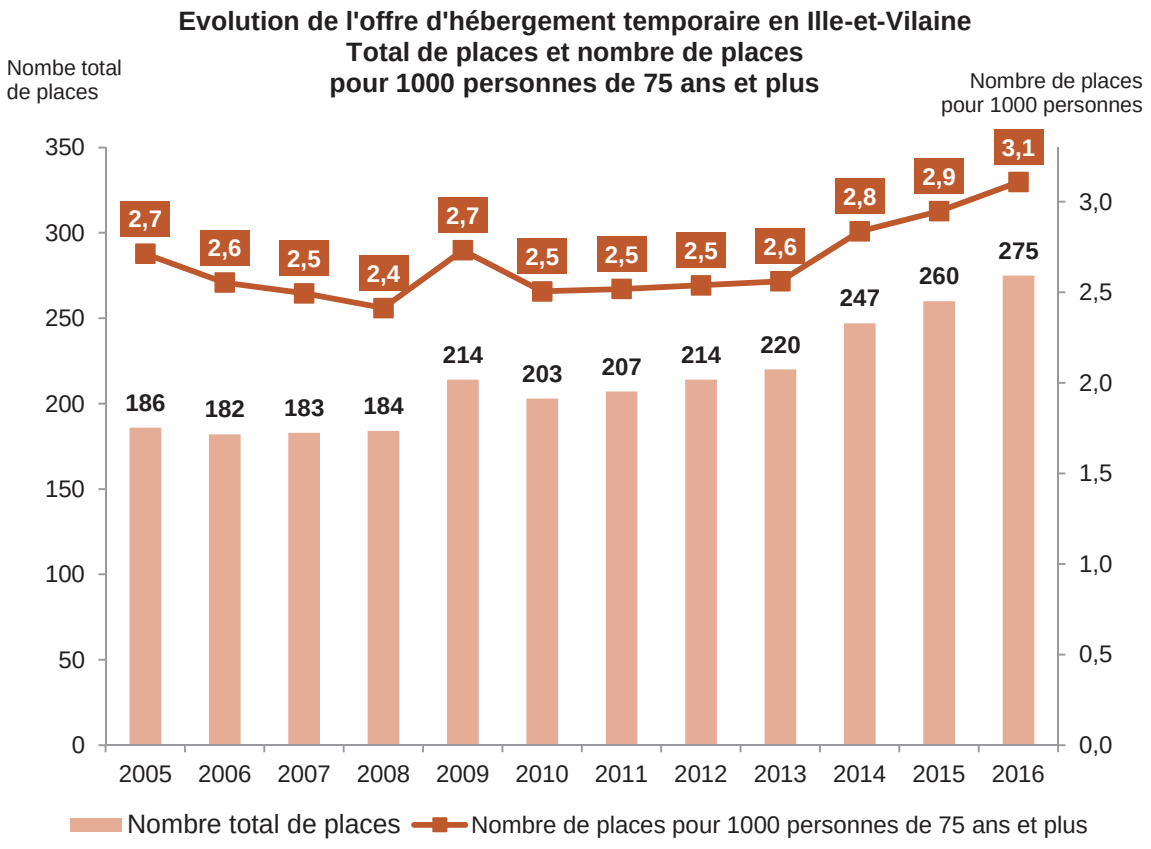
Le Département d'Ille-et-Vilaine expérimente ce type d'accueil depuis 2008 et propose actuellement un total de dix places réparties entre trois établissements :

- 8 places à la Maison de retraite Saint- Joseph à Louvigné du Désert,
- 1 place à la résidence Les Menhirs à Médréac,
- 1 place à l'hôpital local de Saint-Brice en Coglès.

L'offre d'hébergement temporaire en établissements

L'hébergement temporaire inclut un accueil toute la journée et la nuit pour une période déterminée. L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis de l'autonomie de la personne accueillie et à faciliter ou préserver son intégration sociale.

Le financement de l'hébergement temporaire par l'aide sociale étant limité à 90 jours maximum dans l'année civile, il est d'usage de limiter la durée de l'hébergement temporaire à 90 jours maximum dans l'année civile en continu ou en discontinu.



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier / Population 2015, 2016 : estimation CG35.

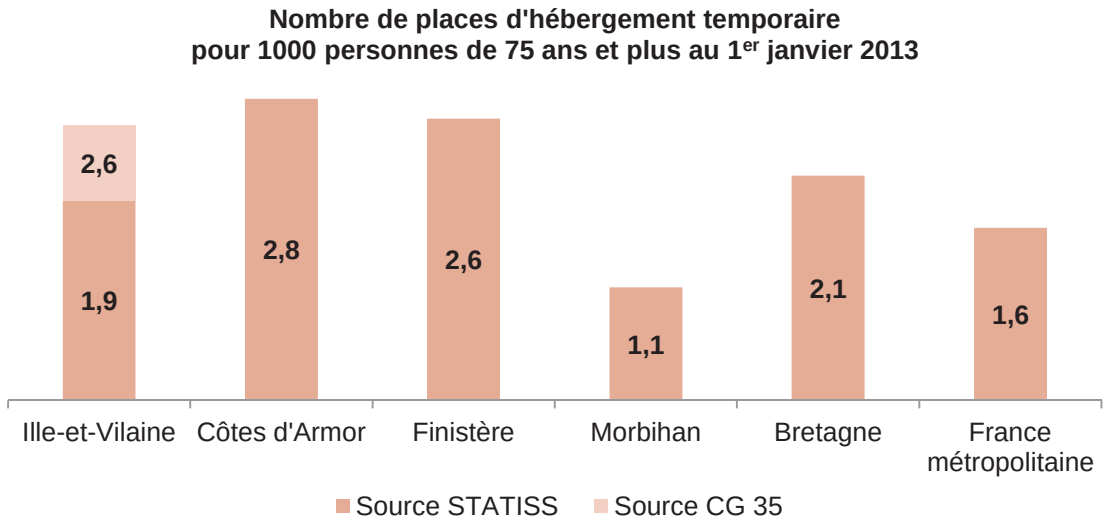
Au 31 décembre 2014, 77 établissements en Ille-et-Vilaine disposent de places d'hébergement temporaire, pour un total de **247 places**. D'ici le 1er janvier 2016, une quinzaine de places d'hébergement temporaire devraient compléter le dispositif. **A noter qu'aujourd'hui, il n'existe pas de places d'accueil temporaire dédiées à l'accueil d'urgence dans notre département.**

Contrairement à l'accueil de jour, il n'existe pour l'instant aucun seuil minimum ou maximum pour pouvoir disposer de places d'hébergement temporaire. Ainsi, les structures proposent en Ille-et-Vilaine de **1 à 26 places en hébergement temporaire** avec une **moyenne de 3,13 places par structures organisant ce type d'accueil** (la capacité de 26 places ne concerne qu'une structure).

Toutefois, le nombre de places autorisées pour ce type d'accueil reflète peu la réalité observée : certaines structures disposant de places autorisées ont en effet transformé soit de façon régulière soit de façon définitive ces places en hébergement permanent et d'autres structures qui ne disposent pas de places autorisées pour ce type d'accueil en organisent au fil des demandes.

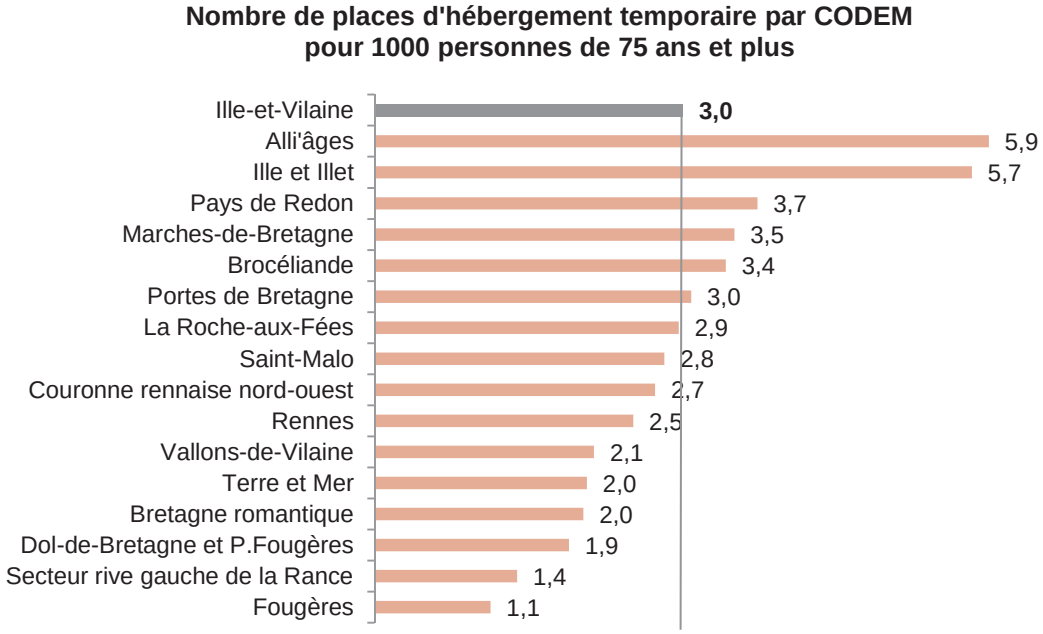
Par conséquent, afin d'optimiser ce type d'accueil dont l'utilité n'est plus à prouver mais dont le fonctionnement reste à améliorer, **une enquête sur l'hébergement temporaire a été adressée en 2013** à tous les EHPAD du département afin d'évaluer leur fonctionnement et une **étude régionale conduite par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne et les départements bretons** a été lancée en octobre 2014. Les résultats de ce travail attendus pour septembre 2015 devraient permettre de redéfinir l'offre et le fonctionnement de l'hébergement temporaire en Ille-et-Vilaine. A noter qu'un travail similaire est mené sur l'hébergement temporaire pour les personnes en situation de handicap.

➔ **Le taux d'équipement en Bretagne et en France métropolitaine**



Selon les données STATISS 2013, l'Ille-et-Vilaine disposait au 1er janvier 2013 d'une offre d'hébergement temporaire supérieure à la moyenne nationale mais inférieure à la moyenne bretonne. Pour l'Ille-et-Vilaine cependant, les données STATISS présentent un décalage par rapport au nombre de places recensées par le Département. Ainsi, en 2013, le taux d'équipement était en réalité de 2,6 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus. A supposé qu'il n'y ait pas d'écarts similaires dans les autres départements, l'Ille-et-Vilaine présenterait alors un taux d'équipement équivalent à celui observé dans le Finistère.

L'offre d'hébergement temporaire par CODEM



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 31 décembre 2014 / Insee RP 2011.

Sur la base des places installées au 31 décembre 2014 et du nombre de personnes de 75 ans et plus recensées en 2011, 5 CODEM présentent un taux d'équipement en hébergement temporaire supérieur à la moyenne départementale.

Avec respectivement 47 et 18 places d'hébergement temporaire, les CODEM Alli'âges et de l'Ille et Illet disposent d'un taux d'équipement nettement supérieur à la moyenne départementale. Les CODEM du Pays

de Redon, des Marches-de-Bretagne et de Brocéliande disposent d'une offre relative un peu moins élevée mais supérieure à la moyenne départementale.

Les CODEM des Portes de Bretagne, de La Roche-aux-Fées, de Saint-Malo et de la Couronne rennaise nord-ouest ont un taux d'équipement proche de la moyenne tandis que 7 CODEM ont une offre relative moyenne inférieure (Rennes, Pays des Vallon-de-Vilaine, Terre et Mer, Bretagne Romantique, Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères, Secteur rive gauche de la Rance et Fougères).

Les logements adaptés : une nouvelle offre locale hors champ médico-social

En 2007, l'Assemblée départementale a souhaité soutenir un nouveau dispositif pour les personnes âgées isolées et souhaitant rester à domicile : il s'agit de logements adaptés qui s'adressent à des personnes âgées autonomes de 60 ans ou plus, qui ont un ressenti d'insécurité, d'isolement social ou d'inadaptation du logement.

5 projets avaient alors été retenus au terme d'un appel à candidature.

Le schéma de maintien à domicile de 2011-2015 a fait de la création de dispositifs alternatifs à l'entrée en établissement une de ses priorités.

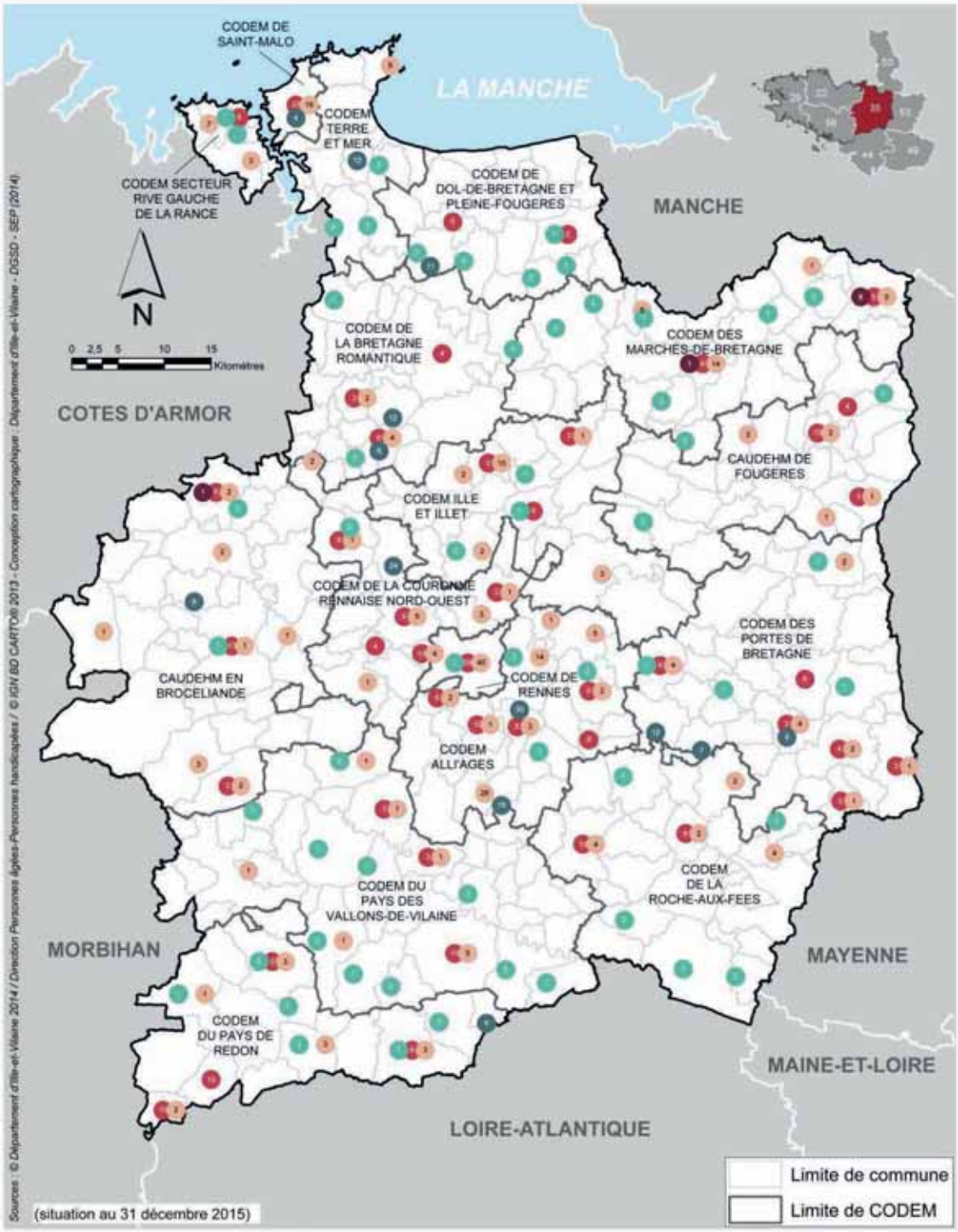
Ainsi, après une évaluation positive du fonctionnement des logements adaptés alors ouverts à titre expérimental, l'Assemblée départementale a décidé de pérenniser son soutien à ces 5 dispositifs et de lancer un appel à candidature en 2012 sur la base d'un cahier des charges visant la création et le financement de nouveaux logements adaptés.

A l'issue d'une commission de sélection ayant procédé en 2013, à l'examen des candidatures, **8 nouveaux projets de de logements adaptés ont été retenus.**

Commune	Gestionnaire	Date d'ouverture	Nombre de logements
Les 5 projets expérimentaux retenus en 2008			
LOUVIGNE DE BAIS	Mairie	Avril 2009	7
SAINT-MALO	CCAS	Janvier 2010	4
ETRELLES	Association Hyacinthe Hévin	2 logts en décembre 2010 / 3 en juin 2011	9 (à terme)
GEVEZE	Association Helena	Novembre 2012	24
LA GOUESNIERE	ADMR La Gouesnière	Mars 2014	12
Les 8 projets retenus en 2013			
BOISGERVILLY	CCAS	Juillet 2013	8
DOMAGNE	CCAS	Mars 2014	12
BAGUER-MORVAN	CCAS	Janvier 2015	11
QUEBRIAC	CCAS	Mai 2015	12
TINTENIAC	Association Sainte-Anne	Mai 2015	6
BOURGBARRE	Habitat 35	fin 2015	18
CHANTEPIE	SA Les Foyers	Mars 2016	30
SAINT-SULPICE-DES-LANDES			6
TOTAL			**159**

Ces dispositifs n'entrant pas dans la catégorie des établissements médico-sociaux, des communes et bailleurs sociaux, en Ille-et-Vilaine, en réponse à une demande grandissante, ont développé, des dispositifs similaires aux logements adaptés sans toutefois bénéficier de financements du Département.

Dispositifs de maintien à domicile des personnes âgées



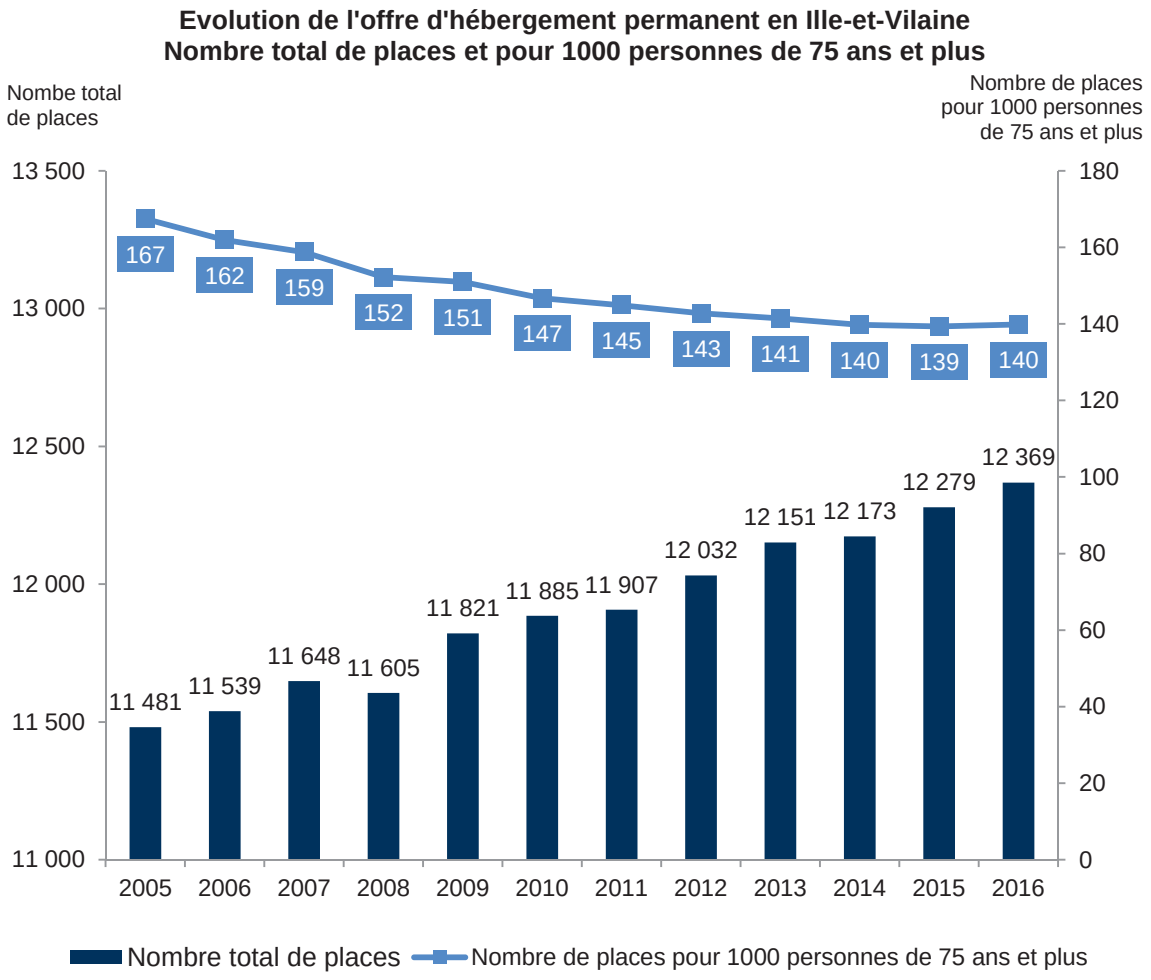
Nombre de places par type de dispositif :

- AJ (accueil de jour)
- HT (hébergement temporaire)
- AN (accueil de nuit)
- LA (logement adapté)
- Accueil familial

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

B) L'offre d'hébergement permanent pour personnes âgées

Offre globale



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier / Population 2015, 2016 : estimation CG35.

Au 31 décembre 2014, l'Ille-et-Vilaine compte **12 279 places d'hébergement permanent**, **soit 798 places de plus qu'en 2005.**

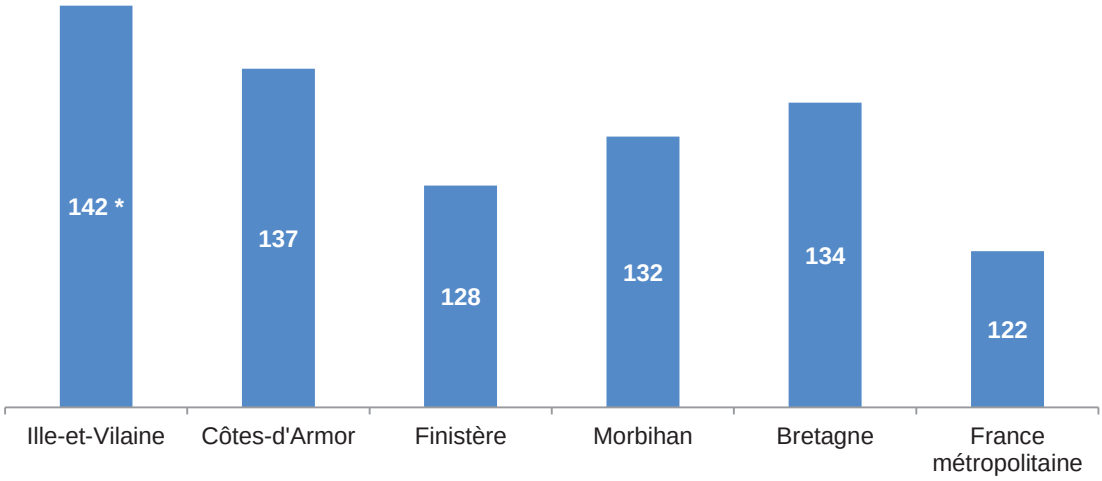
Le département d'Ille-et-Vilaine ayant été considéré comme un département plus doté que la moyenne nationale en termes de places d'hébergement pour personnes âgées et les modalités de création des places nouvelles ayant été revues, l'offre d'accueil a réussi à croître mais à une moindre hauteur que ce qui était escompté.

Par conséquent, l'augmentation de la capacité d'accueil a été moins rapide que l'augmentation du nombre de personnes de 75 ans et plus dans le département (+2,9% par an sur la période 2005-2013).

Le taux d'équipement rapporté à cette population s'est donc dégradé, passant de 167 places pour 1000 personnes en 2005 à 140 places en 2014.

Avec 90 places déjà planifiées, le taux d'équipement devrait rester stable en 2016 mais d'ici 2020, il faudrait créer 179 places supplémentaires pour maintenir un taux d'équipement équivalent à celui constaté en 2014.

Nombre de places d'hébergement permanent pour personnes âgées pour 1000 personnes de 75 ans et plus au 1er janvier 2013



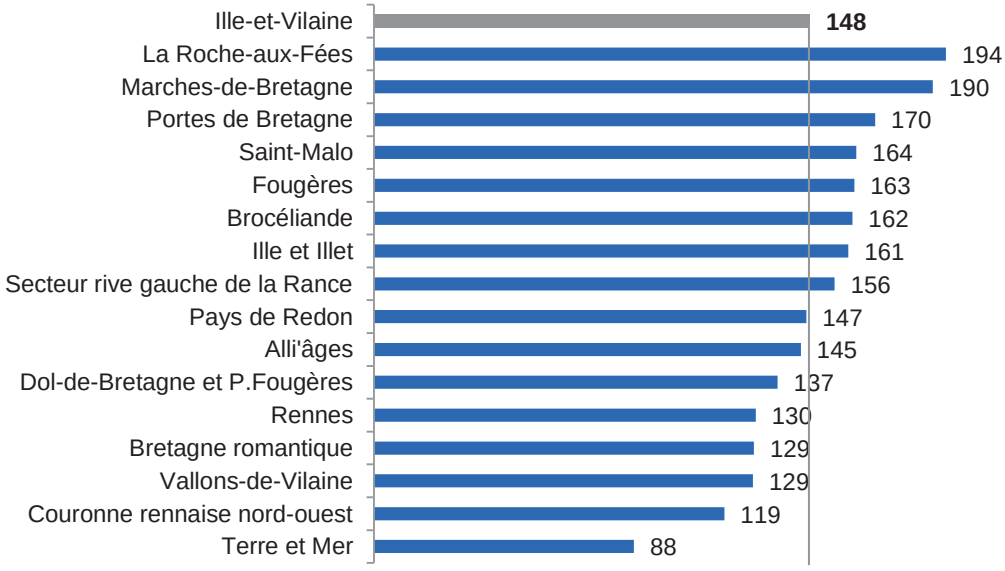
Source : STATISS 2013.

Selon les données STATISS, l'Ille-et-Vilaine bénéficiait au 1er janvier 2013, d'un taux d'équipement en hébergement permanent pour personnes âgées, supérieur au taux d'équipement moyen breton estimé à 134 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus. Comparé à la moyenne nationale, les quatre départements bretons disposent d'une meilleure couverture.

** Des décalages sur le nombre de places installées au 1er janvier 2013 et des estimations de population différentes peuvent induire des variations à la marge entre les taux d'équipement calculés dans STATISS et ceux calculés par les services du Département.*

L'offre d'hébergement permanent par CODEM

Nombre de places d'hébergement permanent par CODEM pour 1000 personnes de 75 ans et plus



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 31 décembre 2014 / Insee RP 2011.

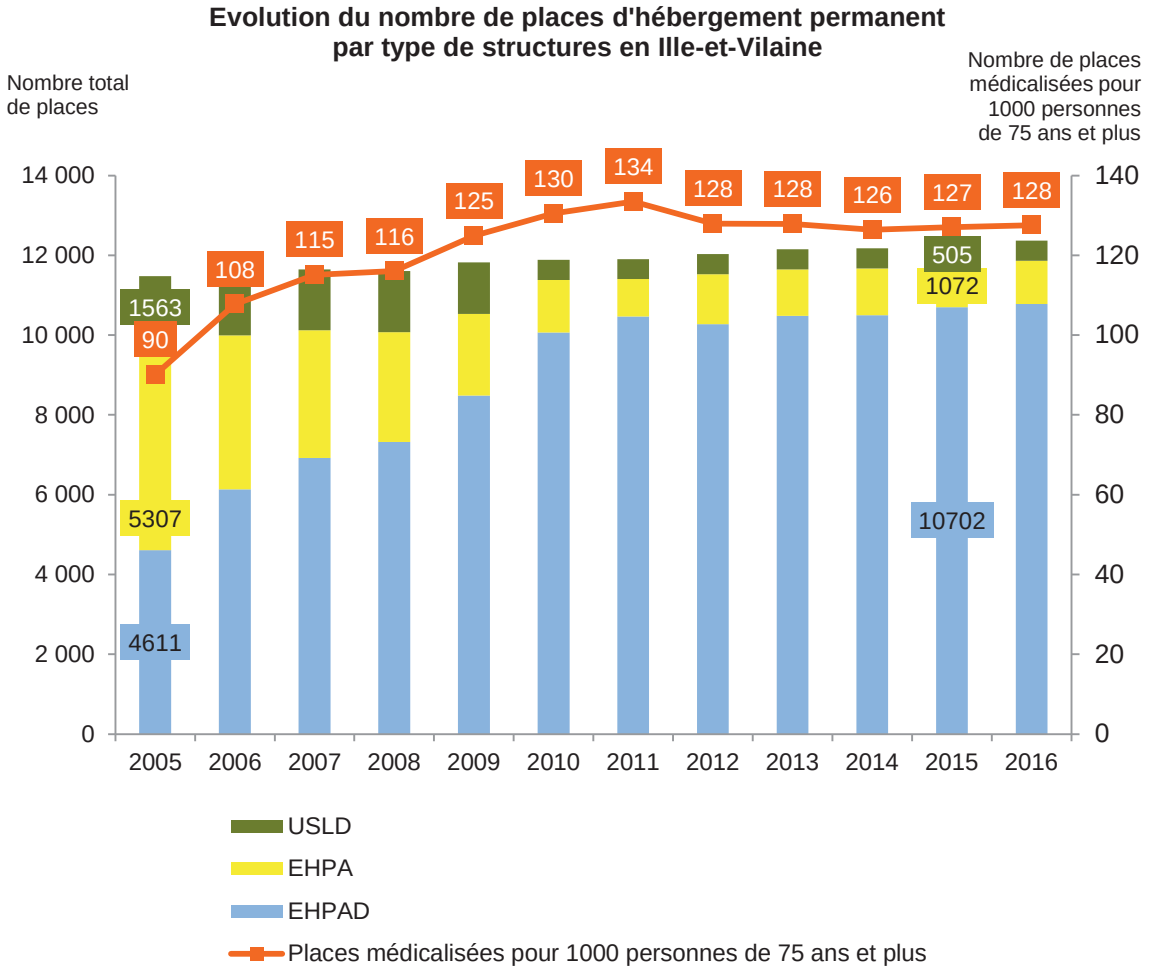
Offre par type de structures

En 2016, l'offre globale d'accueil des personnes âgées dans le département d'Ille-et-Vilaine sera de <u>12 932 places</u> qui seront réparties comme suit :

- 11 267 places en EHPAD (87,1 % de l'offre)
- 505 places en USLD (4% de l'offre)
- 1 079 places EHPA (8,3%)
- 70 places en accueil de jour autonome
- 11 places en hébergement temporaire autonome

<u>Par rapport à 2001, l'offre globale aura donc augmenté de + 1 441 places</u> *(66,25% du nombre de places escomptées lors de la programmation 2005).*

Depuis 2005, la composition de l'offre d'accueil pour les personnes âgées a fortement évolué et répond donc mieux aux besoins des personnes âgées. Cette recomposition s'est traduite par une plus grande médicalisation des places d'hébergement rendue possible par la signature, par les structures qui en avaient l'obligation, d'une convention tripartite avec l'Etat et le Département.



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier / Population 2015, 2016 : estimation CG35.

Par ailleurs, en 2009, la réforme des USLD a profondément remanié le découpage territorial de l'offre d'hébergement en direction des personnes âgées. Sur les 1 289 places d'USLD qui existaient, il n'en reste aujourd'hui que 505 soit 4% de l'offre totale.

Le découpage entre le sanitaire et le médico-social a pour conséquence un nombre plus important de places d'EHPAD au détriment des places dites de long séjour.

Le département s'est largement opposé à cette réforme qui est devenue pourtant effective au 1er janvier 2010, date à laquelle la répartition des lits entre EHPAD et USLD est devenue opposable et à laquelle ces structures d'hébergement pour personnes âgées rattachées à un hôpital sont entrées dans le champ des EHPAD.

Ainsi, 91% de l'offre globale est médicalisée (EHPAD et USLD).

Par conséquent, seuls quelques établissements de type « petites unités de vie » (moins de 25 places avec un GMP > 300) et les logements-foyers (niveau de dépendance inférieur à un GMP de 300 et plus de 25 places) ne sont pas des EHPAD aujourd'hui.

Les unités de soins de longue durée (USLD)

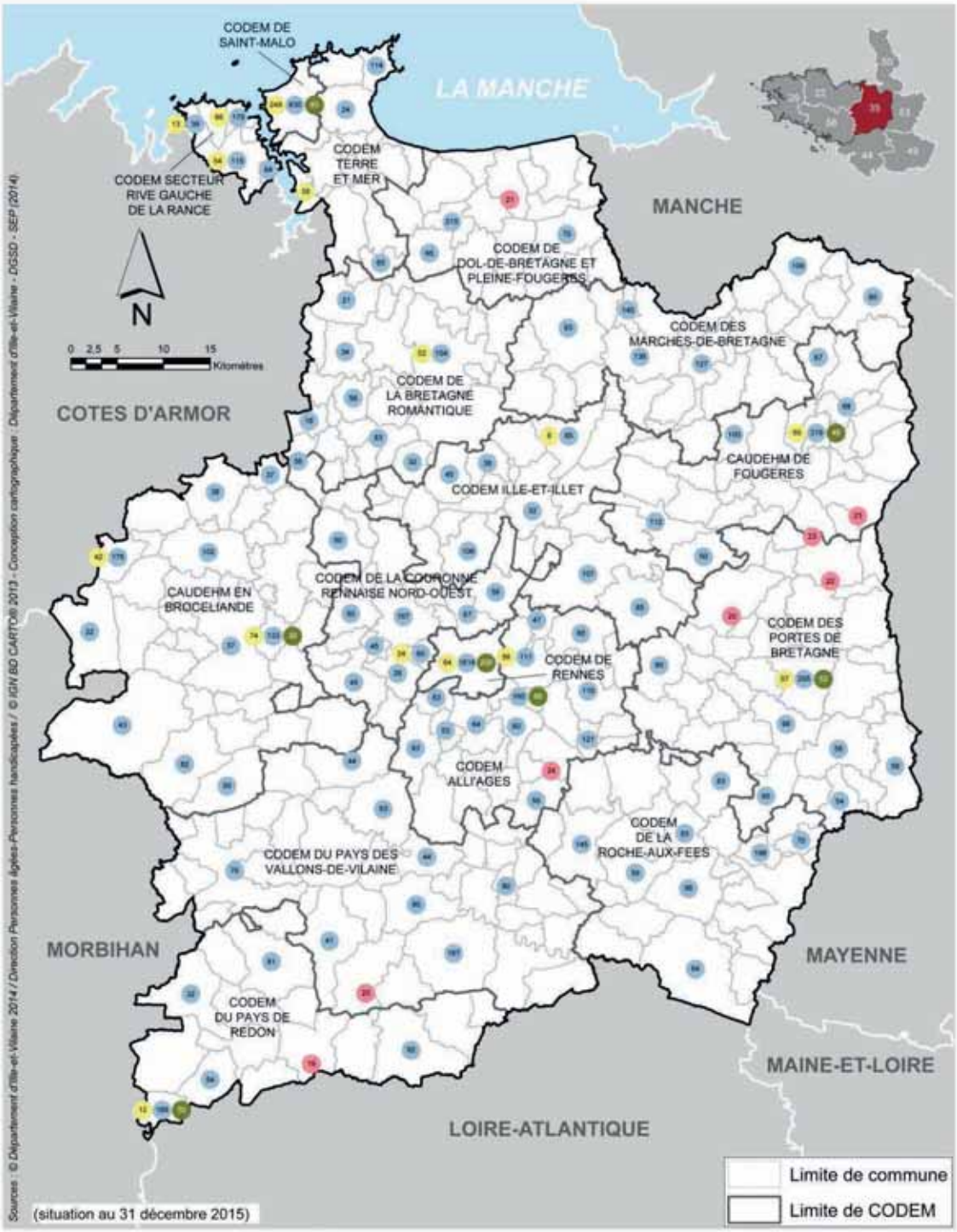
Les USLD sont des établissements sanitaires au sens du Code de la santé publique mais bénéficient d'une autorisation et de financements conjoints de l'Agence Régionale de Santé et du Département. A l'instar de la tarification des EHPAD, le Département intervient en effet pour arrêter annuellement le prix de journée facturé aux résidents et leur alloue une dotation globale APA.

Ces structures accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie durable. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médico-psycho-social rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

La réforme mise en place entre 2008 et 2010 a redimensionné l'offre d'hébergement en USLD.

Ainsi en Ille-et-Vilaine, 505 places réparties sur 8 établissements ont été maintenues, contre 1528 avant la réforme, la différence ayant été requalifiée en EHPAD.

Offre d'hébergement permanent pour les personnes âgées

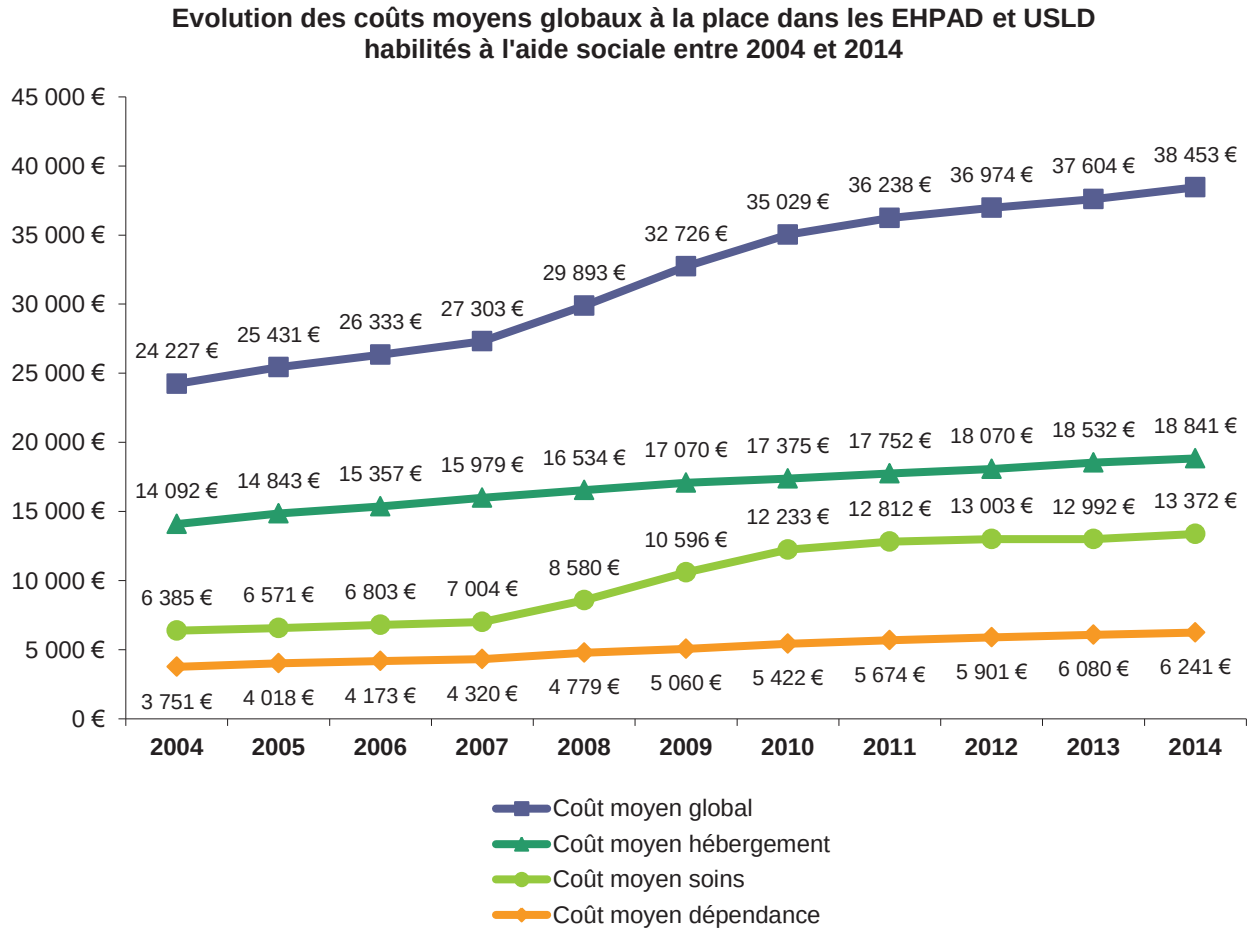


Nombre de places par type d'hébergement :

- EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
- USLD (unité de soins longue durée)
- FL (foyer logement pour personnes autonomes)
- PUV (petite unité de vie)

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

Evolution des coûts moyens en EHPAD et USLD



Le coût moyen global à la place pour les EHPAD habilités à l'aide sociale est de 38 453 € en 2014, le moins élevé étant de 30 064 € et le plus élevé 60 730 € (USLD).

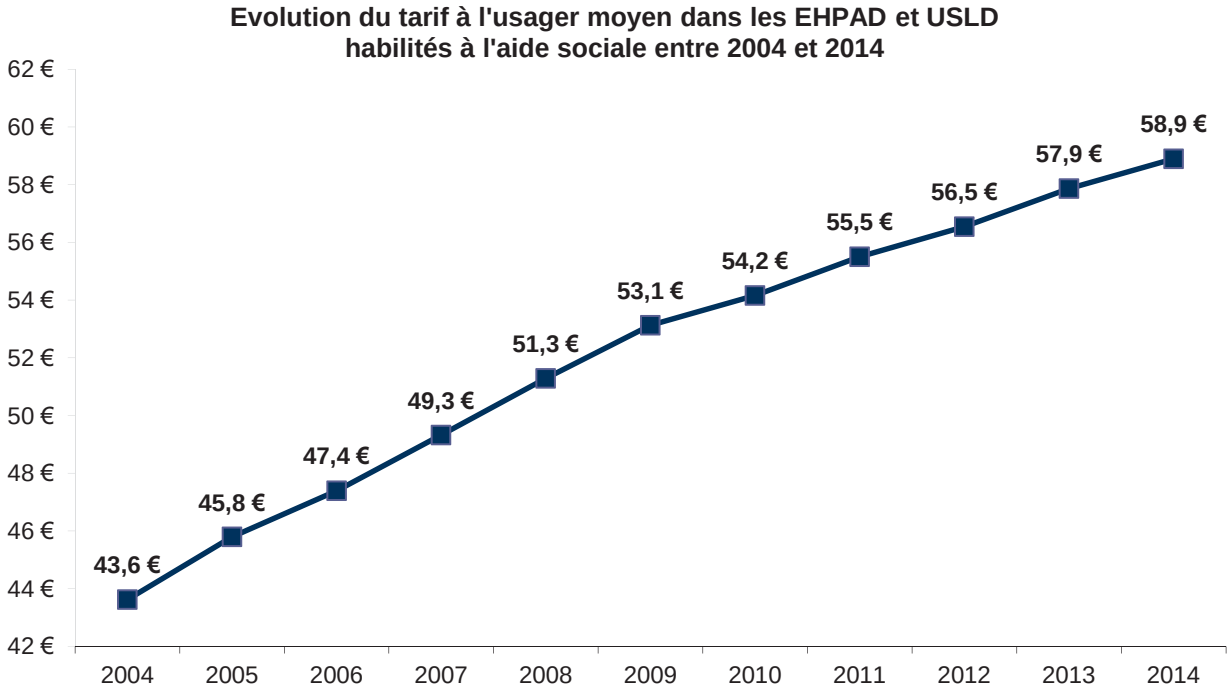
Concernant les établissements en APA à domicile, le coût moyen global est de 16 933 €.

Entre 2004 et 2014, le coût moyen global des EHPAD et USLD habilités à l'aide sociale a augmenté de 14 226 €, soit une hause de 58,7% représentant une progresion moyenne de 4,7% par an.

En moyenne, la part du coût hébergement représente 18 841 € en 2014 soit 49% du coût total contre 58% en 2004. Entre 2004 et 2014, le coût moyen hébergement a augmenté de 4 749 €, soit une hausse de 33,7%, représentant une progression moyenne de 2,9% par an.

Les coûts rattachés à la section dépendance s'élevent à 6 241 € en moyenne en 2014, soit 16,2% du coût total. Le coût moyen dépendance a augmenté de 2 490 € depuis 2004, soit une hausse globale de 66,4% et une hausse moyenne de 5,2% par an.

Le coût moyen de la section soins s'élève à 13 372 € en 2014 soit 34,8% du coût total, représentant une augmentation de près de 7 000 € depuis 2004, soit une hausse gloable de 109% et une hausse moyenne de 7,7% par an.

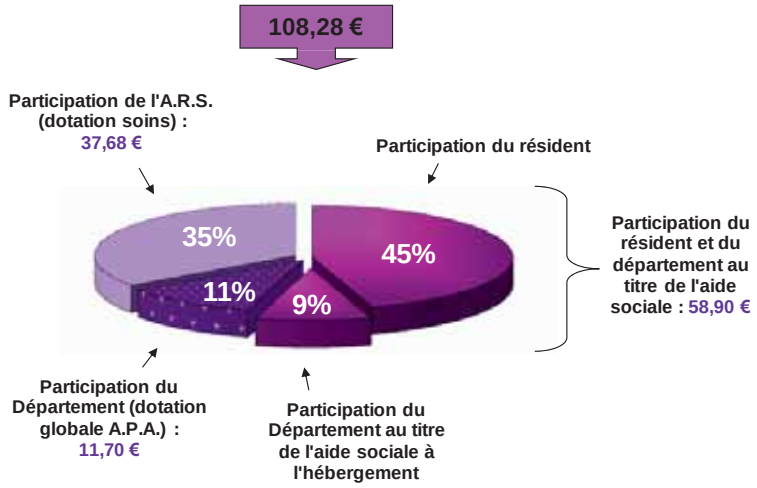


Entre 2004 et 2014, le tarif à l'usager moyen dans les EHPAD habilités à l'aide sociale est passé de 43,60 € à 58,90 €, soit une **hausse globale de 35%.** Le taux de croissance annuel moyen a été de 3% sur la période.

Ces hausses s'expliquent par des **augmentations des ratios de personnel** accordées en particulier lors de la signature des conventions tripartites, mais aussi par des **mesures réglementaires** (exemples : installation d'une climatisation ou de groupes électrogènes), **l'évolution du coût des matières premières et fluides**. Enfin, **les nombreux travaux de restructuration et de création** de structures pour personnes âgées réalisés ces dernières années ont fait augmenter significativement les tarifs facturés aux personnes âgées.

Pour autant, le tarif à l'usager a progressé moins vite que le coût global dans les EHPAD habilités à l'aide sociale. Comme indiqué ***en partie 3 – Bilan des schémas départementaux*** **–** le Département d'Ille-et-Vilaine, au travers de ses politiques volontaristes a souhaité limiter au maximum le tarif payé par le résident en développant des mesures spécifiques à cet effet (mise en place d'un tarif maximum, maintien de subventions d'investissements…).

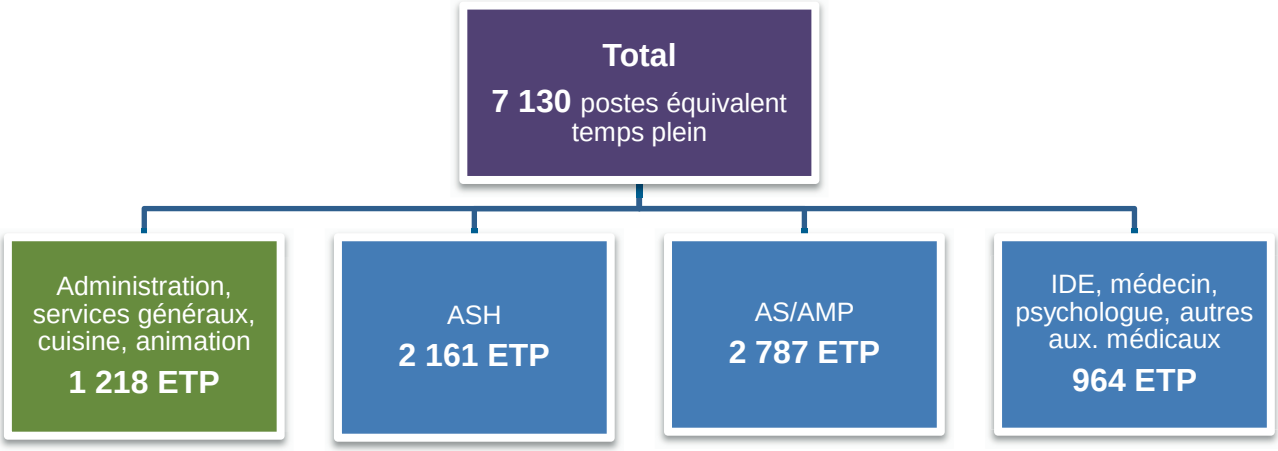
Coût de revient journalier moyen 2014 dans les EHPAD habilités à l'aide sociale



Le coût de revient journalier dans les EHPAD d'Ille-et-Vilaine tous modes de financements confondus, est en moyenne, en 2014 de 108,28 € dont **45% proviennent de la participation des résidents.**

Les effectifs dans les établissements pour personnes âgées

Répartition des effectifs en équivalent temps plein dans les établissements habilités à l'aide sociale au 1er janvier 2014



On compte 7 130 postes en équivalent temps plein dans les établissements habilités à l'aide sociale (120 EHPAD et 25 EHPA en APA à domicile). 12 établissements non habilités à l'aide sociale totalisent par ailleurs 476 ETP.

143 ETP ont été créés dans les établissements habilités à l'aide sociale en 2013.

En 2014, les postes en personnel soignant auprès des résidents représentent 83% de l'effectif global dans les établissements habilités à l'aide sociale, soit 5 912 ETP répartis comme suit :

	EHPAD	EHPA
ASH	1990 ETP	171 ETP
AS / AMP	2728 ETP	59 ETP
IDE	720 ETP	5 ETP
Médecin coordonnateur	57 ETP	
Psychologue	56 ETP	
Autres auxiliaires médicaux	124 ETP	

Les ratios

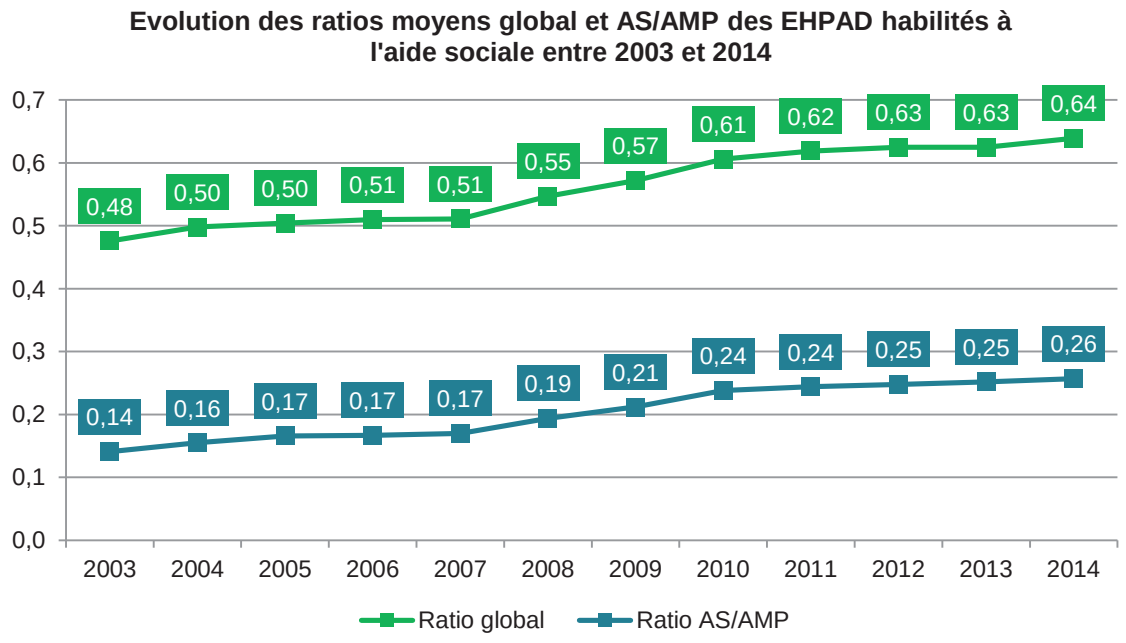
Comme évoqué ***en partie 3 – Bilan des schémas départementaux***, le Département d'Ille-et-Vilaine mène, depuis 2007, une politique volontariste par un renforcement des moyens humains dans les EHPAD et a défini des ratios d'encadrement cibles : un ratio d'encadrement global à 0,55 et un ratio d'encadrement AS/AMP à 0,21.

Ratio-cible à 0,55

Sur les 120 EHPAD habilités à l'aide sociale, 103 établissements ont un ratio global supérieur ou égal au ratio-cible de 0,55 (86%). 17 établissements ont un ratio global inférieur au ratio-cible de 0,55 (26%).

Ratio-cible à 0,21

Sur l'ensemble des EHPAD habilités à l'aide sociale, 95 établissements ont un ratio AS/AMP supérieur ou égal au ratio-cible de 0,21 (86%) et 15 ont un ratio inférieur (14%).



Le ratio moyen global dans les EHPAD habilités à l'aide sociale a augmenté de 34% entre 2003 et 2014. La majeure partie de cette progression est constituée par une hausse de l'encadrement du personnel aide-soignant ou aide médico-psychologique (71% de la hausse globale). Le ratio AS/AMP a augmenté de 82% sur la période.

C) Offre spécifique à destination des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées progressent inexorablement avec l'âge : à partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont touchés.

C'est face à ce défi, médical et social, que le plan Alzheimer 2008-2012 a été défini. Centré sur la personne malade et sa famille, il a eu pour objectif de fournir un effort sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants.

Arrivé à son terme, un nouveau plan vient d'être annoncé le 18 novembre 2014 par la Ministre de la Santé pour la période 2014-2019. Celui-ci se veut plus large que le précédent, dans la mesure où il concernera l'ensemble des maladies neuro-dégénératives, et non plus uniquement la maladie d'Alzheimer. Celui-ci comporte 4 axes :

- soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire ;
- favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer leurs conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne ;
- développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives ;
- faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé.

Au niveau du département d'Ille-et-Vilaine, comme évoqué ***en partie 3 – Bilan des schémas départementaux -*** la problématique de l'accompagnement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés a très vite été prise en compte, puisqu'un plan triennal départemental Alzheimer a été déterminé en juin 2000.

Celui-ci reposait autour de deux axes :

- **favoriser et faciliter le maintien à domicile** des personnes souffrant d'Alzheimer par le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire et par la promotion d'actions d'aides aux aidants ;
- **renforcer** d'une manière significative les **places d'hébergement adaptées.**

Les unités Alzheimer ou cantou [25]

Il s'agit de petites unités, en général de 10 à 14 places, qui, au sein d'établissements pour personnes âgées dépendantes, sont dédiées à l'accueil de personnes âgées présentant des troubles tels que la maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté.

Dans ces établissements ou cantou, l'aménagement et l'environnement sont adaptés à la maladie. On propose aux personnes accueillies de participer à un certain nombre d'activités de stimulation des facultés cognitives. L'encadrement y est renforcé et assuré par du personnel formé à ce type d'accompagnement.

Au 31 décembre 2014, on compte :

- 1 375 places spécifiques en unité d'hébergement Alzheimer de type *cantou,*
- 262 places d'accueil de jour spécifiques.

Avec les programmes en cours de réalisation, **d'ici septembre 2016**, ce seront près de 300 places supplémentaires qui seront dédiées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

Ces chiffres sont en constante évolution car les projets de travaux des structures sont nombreux et intègrent quasiment systématiquement la mise en service par extension ou à capacité constante, d'une unité Alzheimer pour permettre aux résidents déjà présents de bénéficier de conditions d'accueil et d'accompagnement optimum.

[25] *Cantou signifie en langue d'oc « coin du feu de la maison rurale ».*

L'accueil de jour

Comme évoqué supra (cf. page 173), au 31 décembre 2014, la quasi-totalité des places d'accueil de jour est spécialisée dans l'accueil de personnes présentant une pathologie de type Alzheimer : seules 14 places sur les 285 existantes sont des places d'accueil de jour dites classiques.

Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

Les PASA ont été créés dans le cadre du plan national Alzheimer 2008-2012 et comportent un cahier des charges spécifique.

Ces dispositifs présents au sein de certains établissements pour personnes âgées dépendantes sont destinés à accueillir, à la journée, de 12 à 14 résidents de l'établissement qui présentent une pathologie de type Alzheimer et dont les troubles du comportement sont modérés.

Ces résidents bénéficient ainsi pendant la journée de lieux qui leur sont dédiés, qui leur permettront de réaliser des activités thérapeutiques et sociales spécifiques, et de déambuler en toute sécurité dans des espaces aménagés. En soirée, les personnes regagnent leur logement et les espaces communs au sein du reste de l'EHPAD.

23 établissements dans le département d'Ille-et-Vilaine disposent d'une labellisation PASA octroyée par l'Agence Régionale de Santé.
A noter que cette labellisation est octroyée après un an de fonctionnement si la structure est conforme au cahier des charges des PASA.

Les unités d'hébergement renforcé (UHR)

L'UHR est un dispositif également crée dans le cadre du plan national Alzheimer 2008-2012.

Contrairement aux PASA, les UHR accueillent des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer toute la journée y compris la nuit. Par ailleurs, **les UHR sont plus particulièrement destinées aux malades d'Alzheimer souffrant de troubles du comportement sévères**. Pour cette raison, les UHR sont la plupart du temps des dispositifs portés par des EHPAD adossés à un centre hospitalier. Le personnel soignant travaillant dans l'UHR est donc spécialement formé pour faire face à tout type de situation.

Il existe en Ille-et-Vilaine 4 UHR représentant 60 places.

Comme pour les PASA, les structures qui disposent d'une UHR bénéficient d'un label octroyé par l'Agence Régionale de Santé.

Les plateformes de répit

La plateforme de répit est un dispositif qui offre une palette diversifiée de solutions de répit pour les aidants de malades Alzheimer. Cette plateforme est portée par un accueil de jour d'au moins 10 places, autonome ou adossé à un établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

En Ille-et-Vilaine, on compte 2 plateformes de répit : l'une portée par l'EHPAD Saint Cyr à RENNES et l'autre par l'ASSAD du Pays de Redon (toutes deux sur le territoire de santé n°5).

Les consultations mémoire

En Ille-et-Vilaine, les consultations mémoires sont portées en 2014 par les structures suivantes :

- sur le territoire de santé n°5 : le CHU à Rennes, le Pôle Gériatrique Rennais de Chantepie, les Centres Hospitaliers de Fougères, Vitré et Bain-de-Bretagne ;
- sur le territoire de santé n°6 : le Centre Hospitalier de Saint-Malo et l'hôpital Arthur Gardiner de Dinard.

Les unités cognitivo-comportementales (UCC)

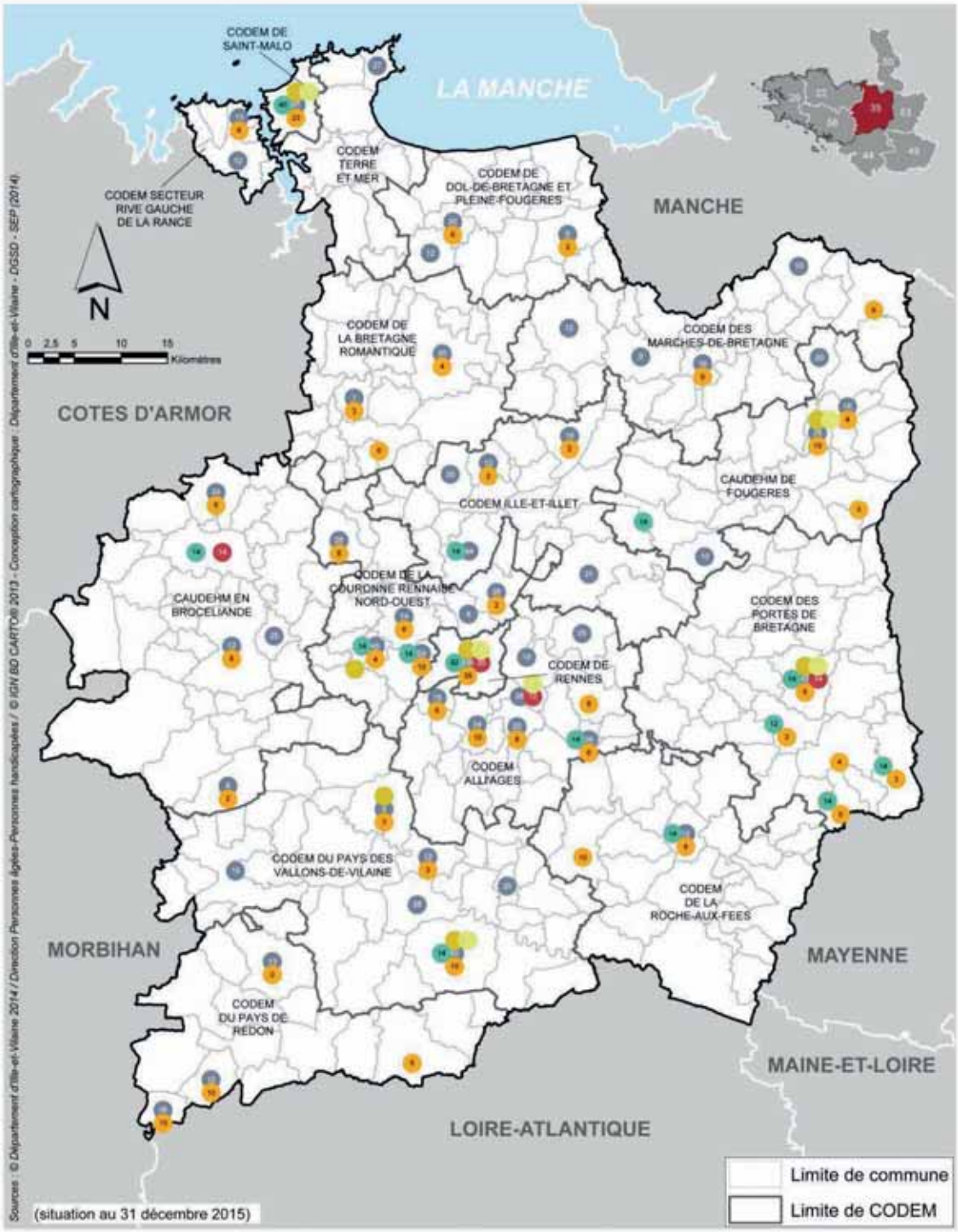
Dispositif contenu dans la mesure n° 17 du plan national Alzheimer 2008-2012, les unités cognitivo-comportementales (UCC) sont des unités spécialisées au sein des services de soins de suite et de réadaptation polyvalents ou gériatriques. Elles ont été développées dans le cadre du plan Alzheimer. Leur objectif est de permettre un retour au domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui vivent une période de crise (forte fatigue, maladie aiguë, rupture de prise en charge…) se traduisant par l'apparition ou l'exacerbation de troubles du comportement.

Il existe 3 UCC en Bretagne, mais aucune en Ille-et-Vilaine. La plus proche se situe sur le territoire de Santé n°6 dans sa partie Costarmoricaine (portée par le Centre Hospitalier de Dinan).

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)

Dans le cadre du renforcement du soutien à domicile, le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 a offert la possibilité pour les services de soins à domicile (SSIAD et SPASAD) de constituer une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) ayant vocation à assurer la prise en charge à domicile de malades d'Alzheimer. Chaque équipe se traduit par une extension de 10 places de SSIAD, soit une file active d'environ 30 personnes.

Dispositifs spécifiques Alzheimer



Nombre de places par type de dispositif :

- Unités Alzheimer
- PASA (pôle d'activités et de soins adaptés)
- UHR (Unité d'hébergement renforcée)
- Nombre de places d'accueil de jour Alzheimer

Présence d'équipe et de dispositif :

- Equipe de soins Alzheimer
- Consultation mémoire

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

1.3 Les dispositifs en faveur des adultes en situation de handicap

A) Les dispositifs d'aide au maintien à domicile des adultes en situation de handicap

Les services d'aide à domicile à destination des personnes en situation de handicap

La réglementation qui s'applique à ces services est celle présentée en partie 4-2 pour les personnes âgées.

Sur le volet tarification

Sur le département, parmi les services autorisés :

- 2 services interviennent uniquement sur le volet personnes en situation de handicap,
- 5 services gèrent de façon spécifique l'activité APA et l'activité PCH (2 tarifs distincts),
- 10 services ont demandés une extension de leur tarif APA pour intervenir auprès des personnes handicapées relevant de la PCH.

Pour les services autorisés

Le tarif arrêté par le président du Conseil général s'applique à toutes les personnes handicapées faisant appel aux services d'aide humaine quelles que soient leurs ressources : PCH, ACTP… Actuellement, la participation du Conseil général au financement des services d'aide à domicile intervenant auprès des personnes handicapées est versée à l'usager. Le versement direct aux services reste l'exception.

Pour les services agréés

Le service fixe lui-même ses tarifs (art. L.342-3 du CASF). Cependant, ceux-ci varient dans la limite d'un pourcentage fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances. Le montant de la PCH versée par le département est égale à au montant de l'aide humaine (17,59 €/h au 1er janvier 2014, tarif fixé par décret multiplié par le nombre d'heures inscrites dans le plan d'aide).

Les services de soins infirmiers à domicile en faveur des personnes en situation de handicap

Le décret n°2004-613du 25 juin 2004 donne la possibilité aux SSIAD d'intervenir auprès de personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de maladies chroniques.

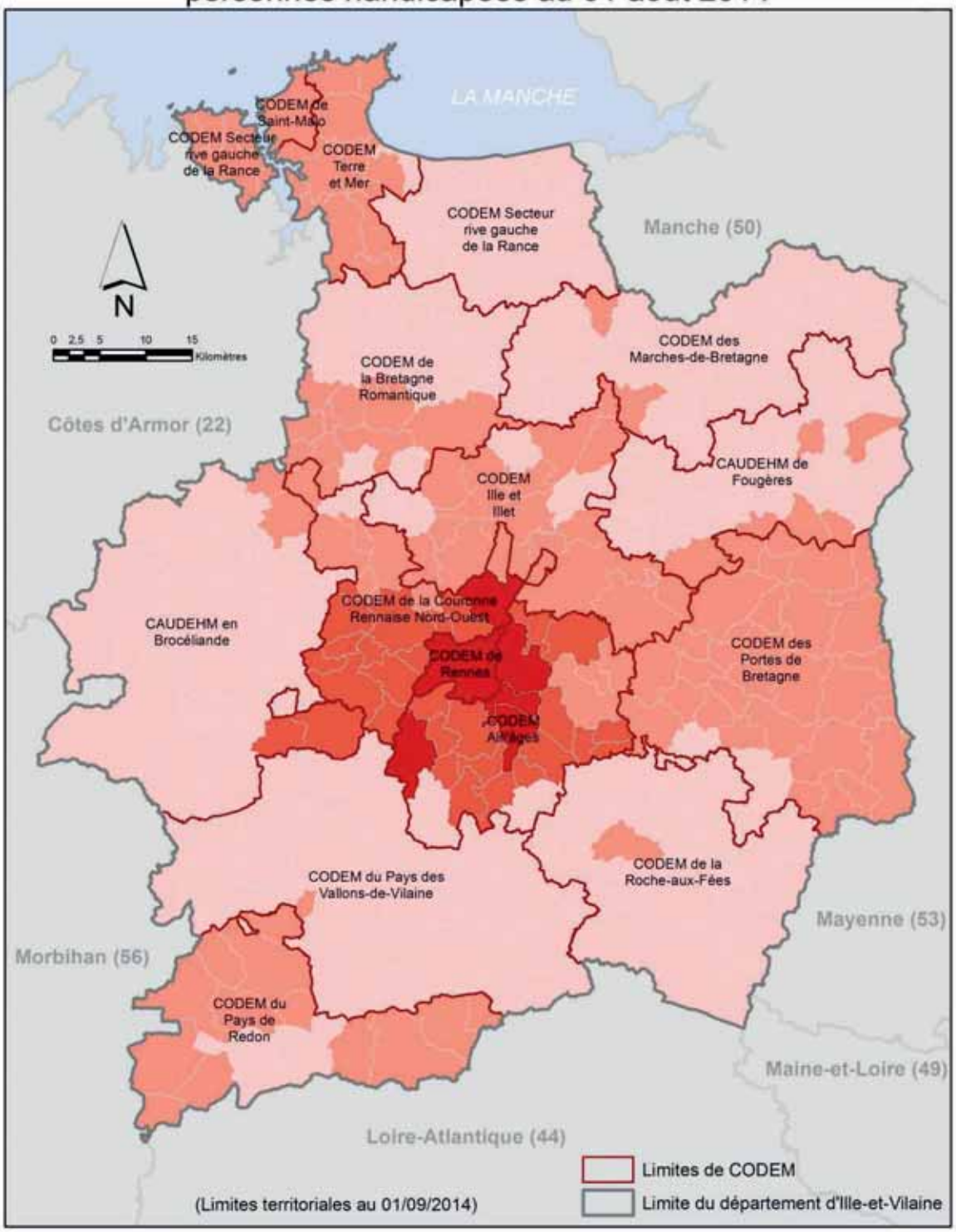
Au 1er janvier 2013, 17 services disposaient de 146 places autorisées au total à destination des personnes de moins de 60 ans. Selon les données STATISS, cette capacité confère à l'Ille-et-Vilaine un taux d'équipement de 0,246 places pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, soit une offre proportionnellement supérieure à la moyenne bretonne (0,215 ‰) et nationale (0,181 ‰).

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à destination des personnes de moins de 60 ans
Nombre de services et de places au 1er janvier 2013

	Ille-et-Vilaine	Côtes-d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France métro
Nombre de services	**17**	14	14	15	60	941
Nombre de places	**146**	67	78	57	348	5 928
Nombre de places pour 1000 personnes 20-59 ans	**0,275**	0,238	0,173	0,159	0,215	0,181

Source : STATISS 2013.

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour les personnes handicapées au 01 août 2014



Sources : © Département d'Ille-et-Vilaine 2014 / © IGN BD CARTO® 2012 - Conception cartographique : Département d'Ille-et-Vilaine - DGSD - SEP.

Nombre de services par commune

- De 3 à 6 services
- De 7 à 10 services
- De 11 à 17 services
- Plus de 17 services

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

© Département d'Ille-et-Vilaine. Tous droits réservés.

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Ces services ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes en situation de handicap par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ils répondent aux besoins :

- d'assistance ou d'accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie ;
- d'un accompagnement social en milieu ouvert et d'un apprentissage à l'autonomie.

Les prestations sont délivrées à domicile et sont assurées par des professionnels : assistant social, éducateur spécialisé, aide médico-psychologique, moniteur-éducateur ou psychologue. Les personnes accompagnées par ces services vivent à domicile, en appartement individuel, en appartement collectif ou dans leur famille. Elles ont une reconnaissance en tant que personne handicapée, sont aptes ou non à travailler. Le champ d'intervention du service est limité géographiquement.

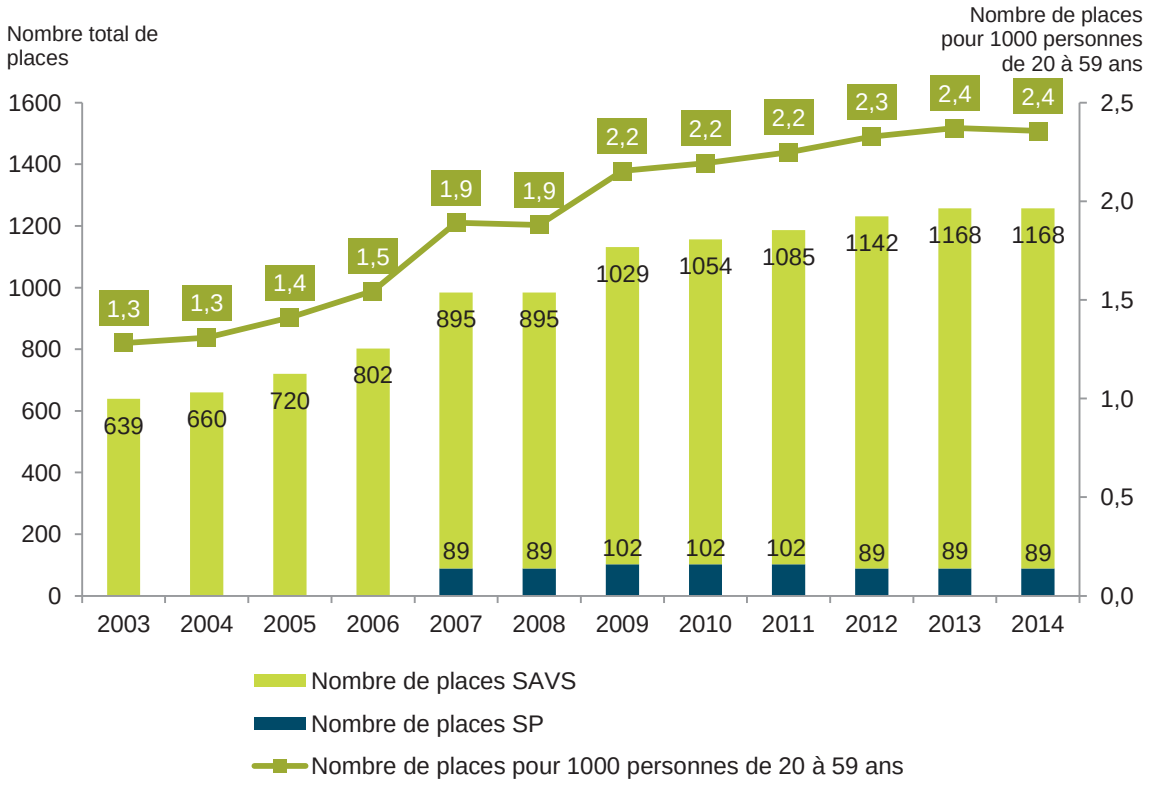
Pour être admis en service d'accompagnement à la vie sociale, il faut une décision d'orientation par la Commission des droits et de l'autonomie de la MDPH vers ce type de service. Les personnes assument elles-mêmes leurs charges quotidiennes (loyer, alimentation, loisirs…). Une participation leur est demandée par le service en fonction des prestations fournies par celui-ci.

Les SAVS sont autorisés et financés par le Conseil général.

Les services de proximité (SP)

Les services de proximité sont des dispositifs spécifiques au département d'Ille-et-Vilaine, dans la mesure où il s'agit de SAVS proposant un accompagnement renforcé, le plus souvent adossé à une offre de logement rattachée à un foyer de vie ou à un foyer d'hébergement. L'accompagnement par le SP offre aux adultes en situation de handicap un apprentissage progressif de la vie autonome grâce à un suivi par une équipe éducative et la présence d'une maîtresse de maison. Il n'y a pas de présence la nuit mais une personne d'astreinte peut être jointe.

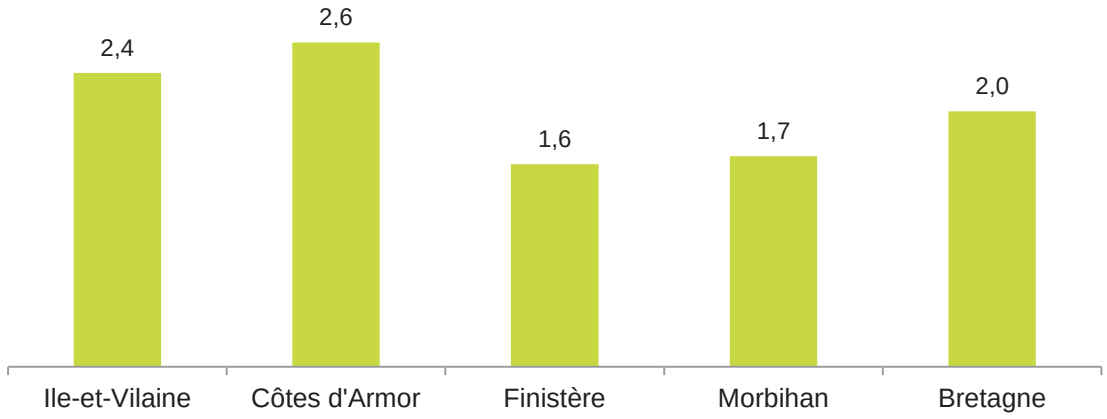
Evolution de l'offre de SAVS/SP en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier.

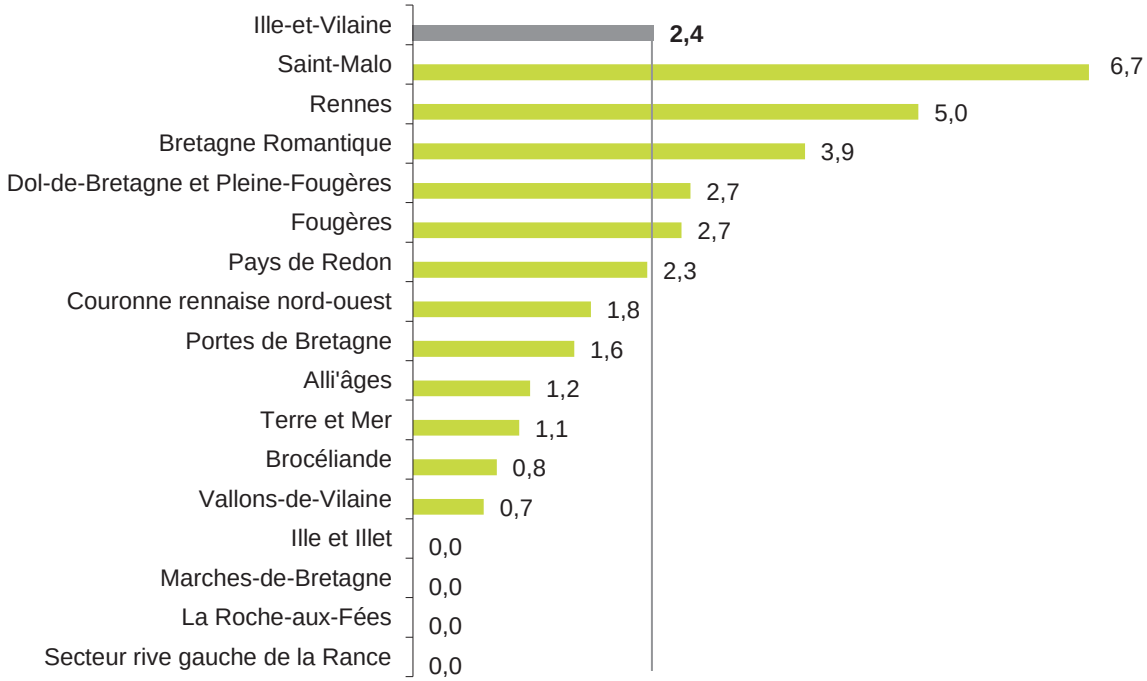
Au 1er décembre 2014, l'Ille-et-Vilaine dispose de **23 SAVS** pour un total de **1168 places et de 6 services de proximité totalisant 89 places.** Entre 2003 et 2014, le nombre total de places sur l'ensemble des deux dispositifs a pratiquement été multiplié par deux, portant le taux d'équipement en Ille-et-Vilaine de 1,3 à 2,4 places pour 1000 personnes de 20 à 59 ans. Le dispositif constitue ainsi la deuxième offre relative la plus importante après les Côtes d'Armor.

Nombre de places de SAVS/SP
pour 1000 personnes de 20 à 59 ans au 1er janvier 2014



Source : Conseils généraux. Insee, ELP 2014.

Nombre de places de SAVS/SP par CODEM
pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier 2014 / Insee RP 2011.

Ramené à la population de 20 à 59 ans, trois CODEM apparaissent significativement mieux dotés que la moyenne : les CODEM de Saint-Malo, Rennes et de la Bretagne Romantique. Les CODEM de Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères et Fougères bénéficient également d'un taux d'équipement supérieur à la moyenne. Quatre CODEM n'ont aucun service sur leur territoire : Ille et Illet, Marches de Bretagne, La Roche-aux-Fées et Secteur rive gauche de la Rance.

Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)

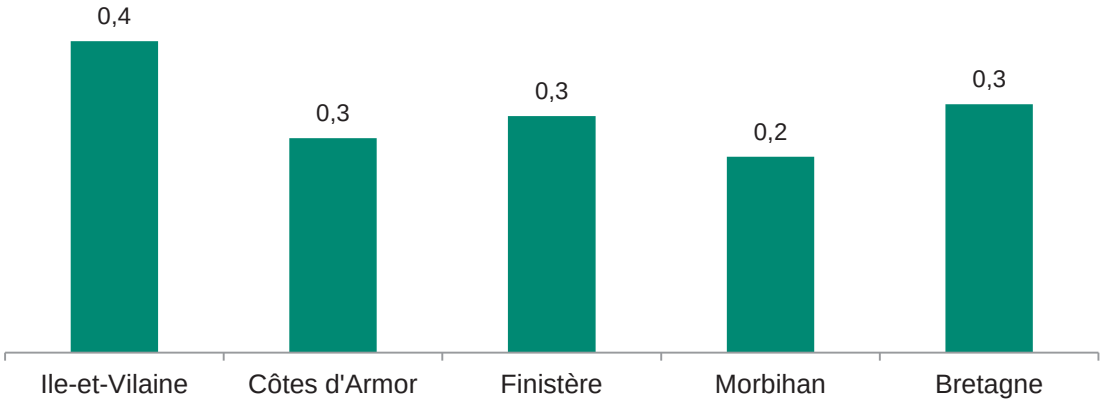
Ces services ont des missions identiques aux services d'accompagnement à la vie sociale mais proposent, en complément, des prestations de soins ou la coordination des soins. Les équipes professionnelles comprennent donc, en plus des personnels du SAVS, des personnels de soins : médecin, auxiliaires médicaux, aides-soignants. Les conditions de participation des usagers sont identiques à celles des SAVS. Les SAMSAH sont autorisés et financés conjointement par l'ARS et le Conseil général.

Evolution de l'offre de SAMSAH en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier.

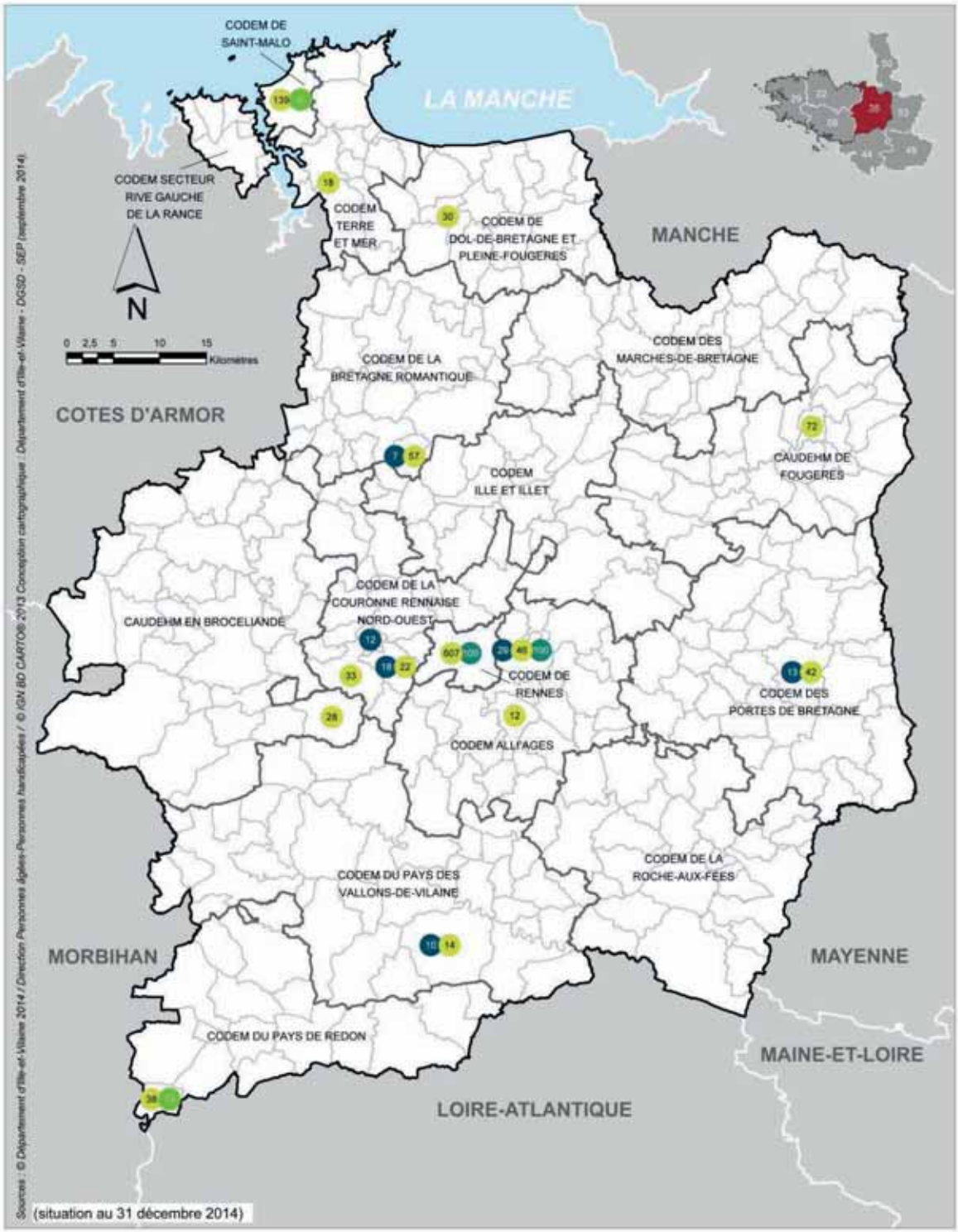
Deux services de 100 places sont implantés en Ille-et-Vilaine avec dans les deux cas, un périmètre d'intervention qui comprend l'ensemble du département. Cette capacité confère à l'Ille-et-Vilaine un taux d'équipement supérieur à la moyenne bretonne.

Nombre de places de SAMSAH
pour 1000 personnes de 20 à 59 ans au 1er janvier 2013



Source : Conseils généraux, Insee ELP 2014.

Offre d'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap



Nombre de places par type de dispositif :

- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Service de proximité (SP)
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- Habitat accompagné (HAcc)

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

© Département d'Ille-et-Vilaine. Tous droits réservés

Les services d'accueil de jour (SAJ)

Ces services accueillent dans la journée des personnes en situation de handicap. Ils favorisent leur maintien à domicile en leur offrant du répit, ainsi qu'éventuellement à leurs familles. Des activités sont proposées aux personnes accueillies. Cet accueil peut être ponctuel, à la journée ou en fonction des activités proposées. Le service est encadré par des professionnels. Il peut ou non être rattaché à un foyer de vie ou à un foyer d'accueil médicalisé. Certains services sont spécialisés pour ce type d'accueil (services autonomes).

Pour être admis en accueil de jour, il faut bénéficier d'une décision d'orientation de la CDAPH vers ce type de service, ou d'une orientation en foyer de vie ou foyer d'accueil médicalisé.

Les SAJ sont autorisés et financés, soit par le Conseil général uniquement, soit conjointement avec l'ARS lorsque les places sont médicalisées. Une participation financière est sollicitée auprès des usagers.

Evolution de l'offre d'accueil de jour en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

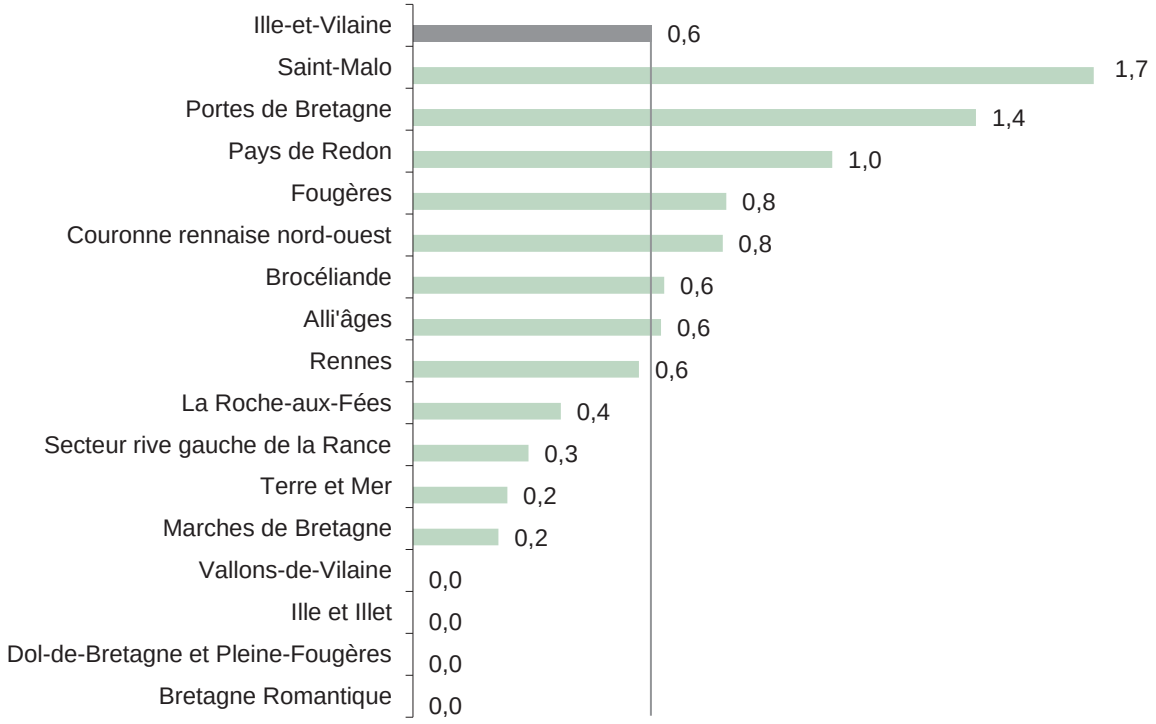
Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier.

Au 31 décembre 2014, le département dispose de **321 places d'accueil de jour pour adultes handicapés, réparties entre 35 structures**. La répartition entre les types de structure est la suivante :

Type de structures	Nombre de services	Nombre de places
Accueils de jour autonomes non médicalisés	11	190
Accueils de jour autonomes médicalisés	1	6
Accueils de jour rattachés à un foyer de vie	17	98
Accueils de jour rattachés à un foyer d'accueil médicalisé	7	27
Total	**35***	**321**

** Le Foyer l'Orgerie à Vern-sur-Seiche dispose à la fois de places rattachées au foyer de vie et de places rattachées au foyer d'accueil médicalisé.*

Nombre de places d'accueil de jour par CODEM pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier 2014 / Insee RP 2011.

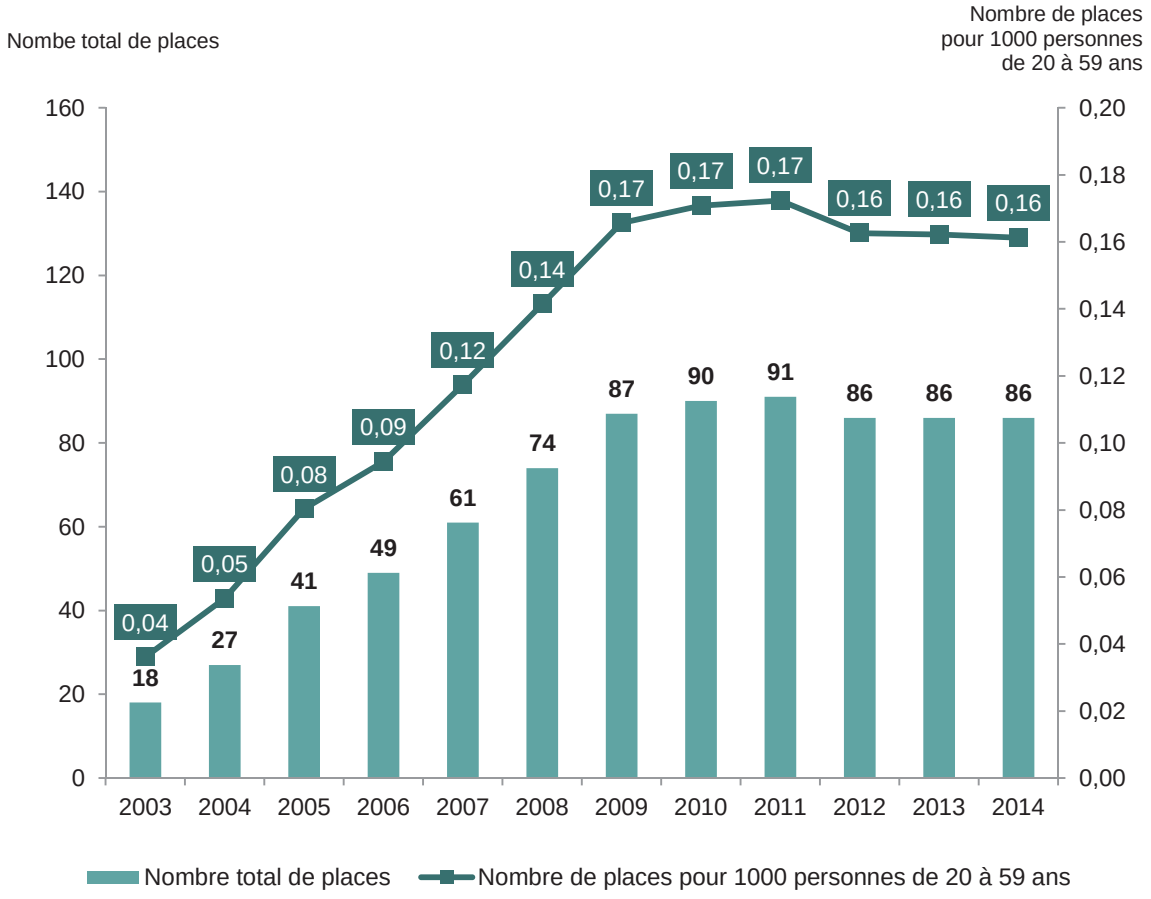
Cinq CODEM bénéficient d'un taux d'équipement supérieur à la moyenne départementale. Avec respectivement 35 et 49 places, les CODEM de Saint-Malo et Portes de Bretagne constituent les territoires les mieux dotés. A contrario, les CODEM situés en périphérie de ces deux pôles, c'est-à-dire les autres CODEM du pays de Saint-Malo et le CODEM de La Roche-aux-Fées, sont faiblement pourvus ou dépourvus de dispositifs d'accueil de jour. Les CODEM de l'Ille et Illet et du Pays des Vallons de Vilaine ne dispose pas d'offre non plus.

Les services d'hébergement temporaire (HT)

Ils accueillent des personnes en situation de handicap pour des séjours d'une durée déterminée afin de pouvoir soulager notamment leurs aidants familiaux. L'accueil temporaire est limité à 90 jours par période de 12 mois. Une décision d'orientation de la CDAPH est nécessaire pour y être admis. Les places d'hébergement temporaire peuvent ou non être rattachées à un foyer de vie ou à un foyer d'accueil médicalisé.

Les services sont autorisés et financés, soit par le Conseil général uniquement, soit conjointement avec l'ARS lorsque les places sont médicalisées. Une participation financière des usagers est sollicitée et fixée par décret. Elle équivaut au montant du forfait hospitalier journalier.

Evolution de l'offre d'hébergement temporaire en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

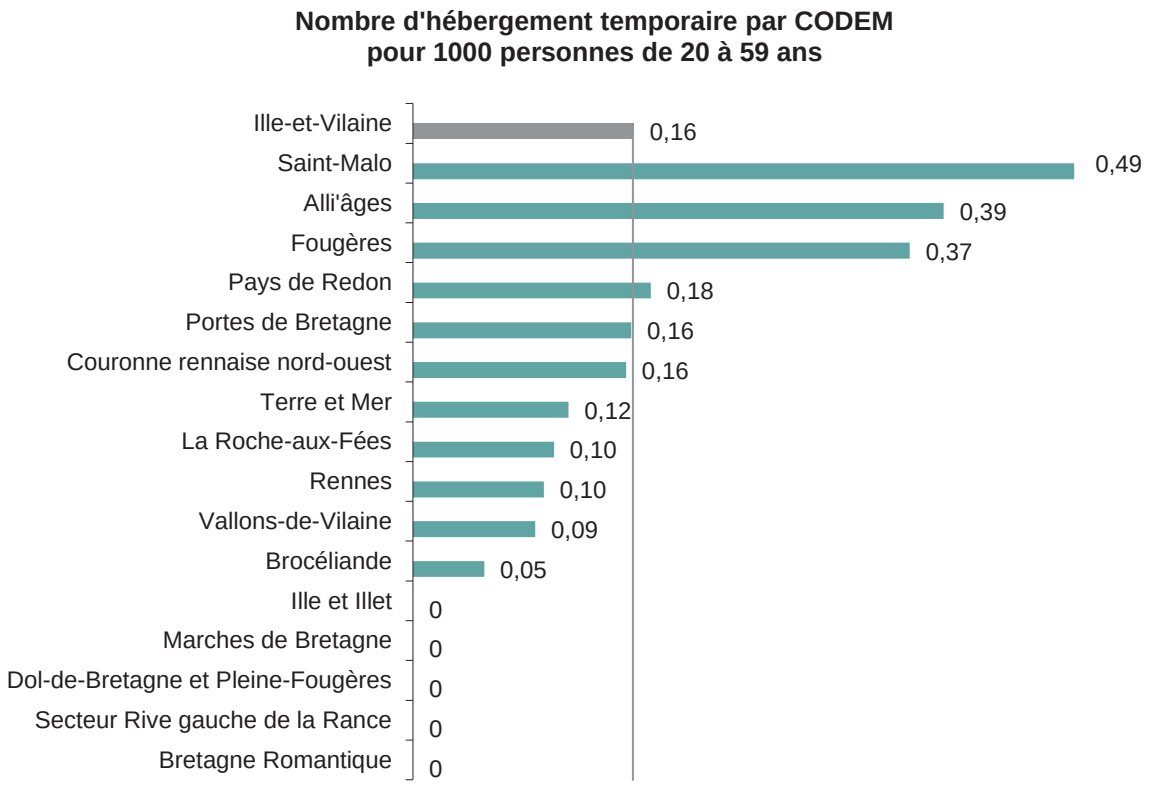


Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier.

Au 31 décembre 2014, **86 places d'hébergement temporaire pour adultes en situation de handicap répartis sur 25 structures** sont proposées dans le département. La répartition entre les types de structure est la suivante :

Type de structures	Nombre de services	Nombre de places
Hébergements temporaires autonomes non médicalisés	6	39
Hébergements temporaires autonomes médicalisés	2	8
Hébergements temporaires rattachés à un foyer d'hébergement	3	13
Hébergements temporaires rattachés à un foyer de vie	14	20
Hébergements temporaires rattachés à un foyer d'accueil médicalisé	2	6
Total	**25***	**86**

** Le service Trait d'Union Bol d'Air à Saint-Grégoire et le service Temp'hau à Vern-sur-Seiche proposent à la fois des places médicalisées et non médicalisée.*



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier 2014 / Insee RP 2011.

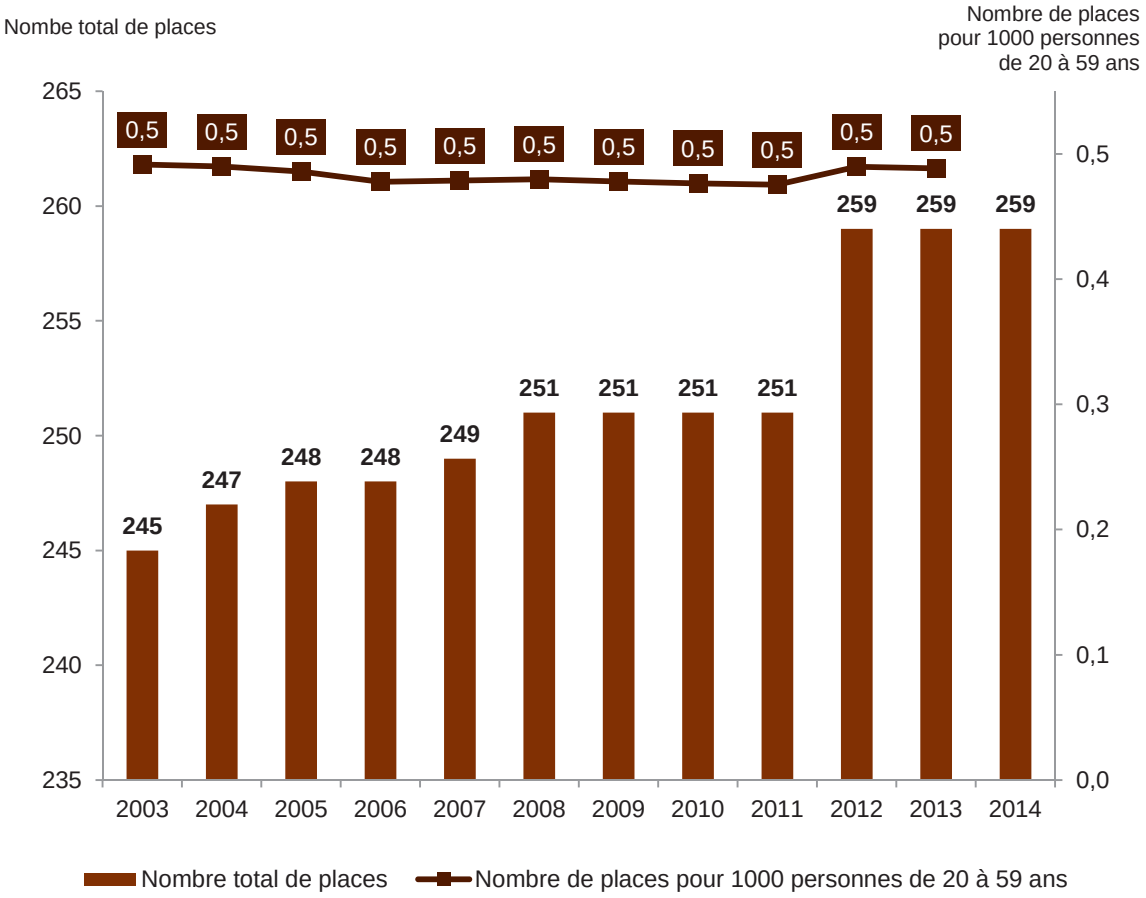
La répartition des places d'hébergement temporaire demeure relativement concentrée sur le département puisque 74 places (86% de l'offre) sont localisées sur 6 CODEM. En comparaison, la population de 20-59 ans sur ces territoires représente 62% de l'ensemble des 20-59 ans dans le département.

Les sections annexes des établissements et services d'aide par le travail (SA ESAT)

En Ille-et-Vilaine, des sections annexes d'ESAT accueillent, normalement à temps partiel, des personnes en situation de handicap orientées en ESAT par la CDAPH. Ces personnes ont, soit besoin de faire leur apprentissage en ESAT de manière progressive, soit ne peuvent pas ou ne peuvent plus y travailler à temps plein. De manière exceptionnelle, la section annexe peut également permettre à une personne orientée en ESAT de retrouver les acquis nécessaires pour y accéder. Les sections annexes d'ESAT sont autorisées et financées par le Conseil général.

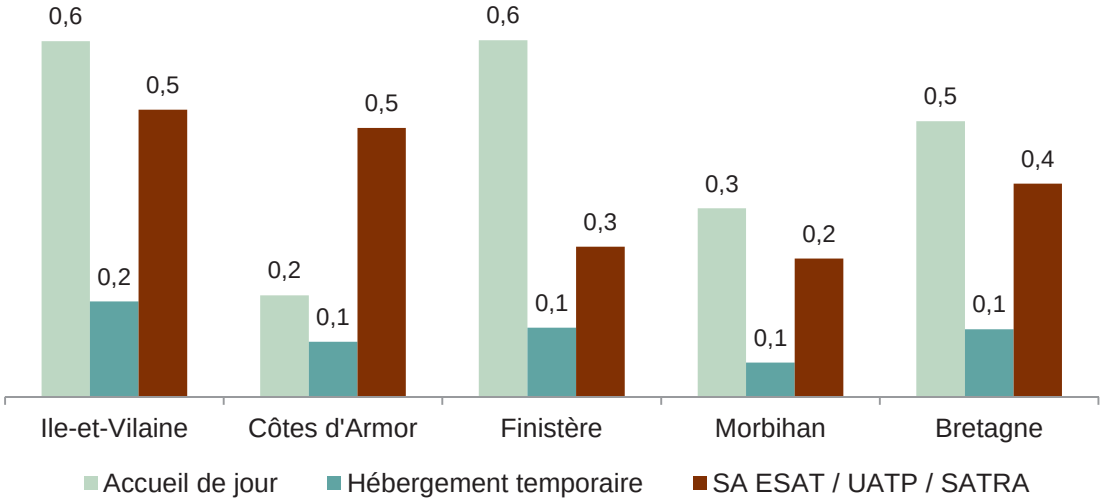
Au 31 décembre 2014, le département dispose de **259 places en SA ESAT réparties dans 14 services**.

Evolution de l'offre en section annexe d'ESAT en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



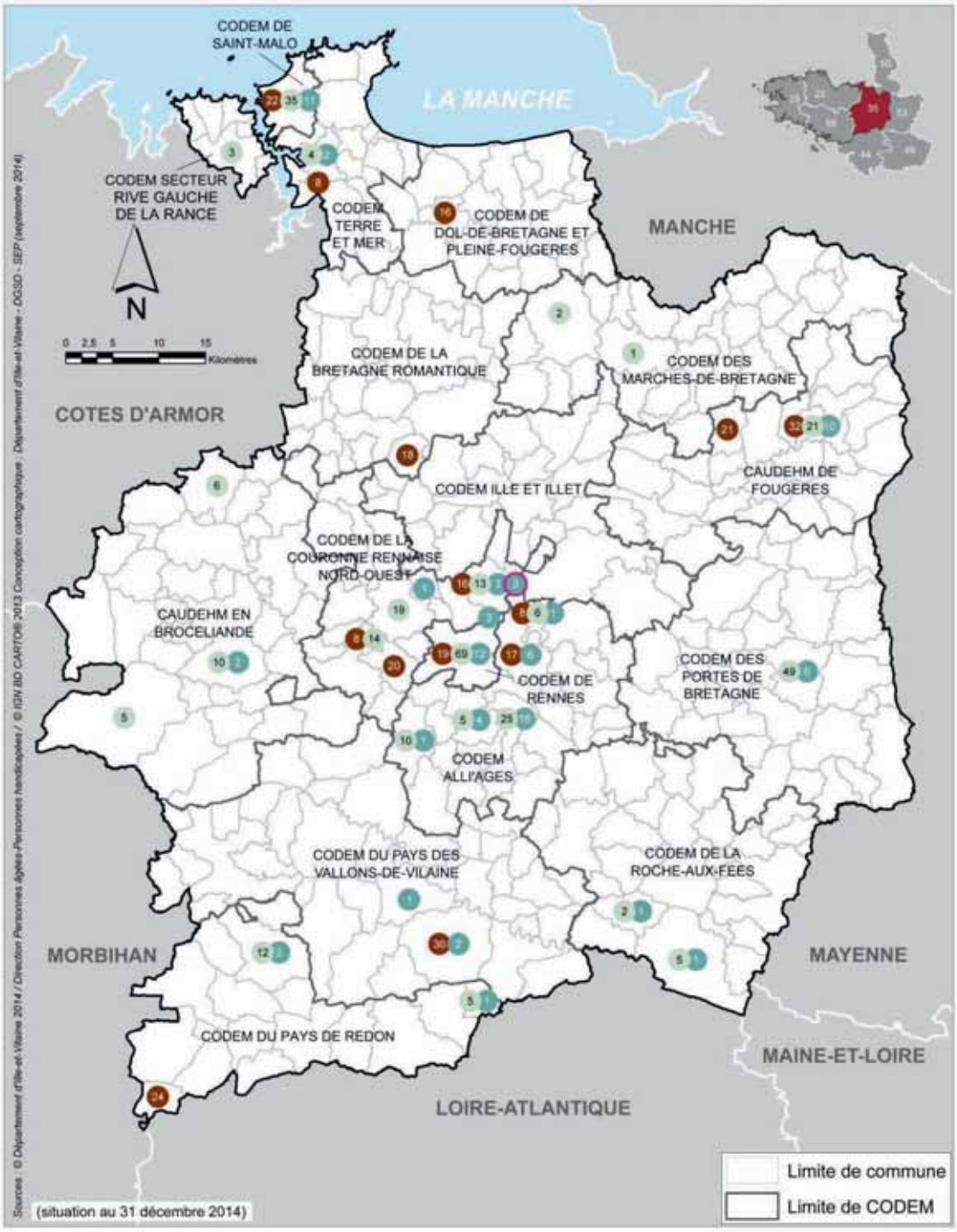
Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier.

Nombre de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et de sections annexes d'ESAT ou équivalent en Bretagne pour 1000 personnes de 20 à 59 ans au 1er janvier 2013



Sources : Conseils généraux, Insee : ELP 2014, population au 1er janvier 2013.

Offre concourant au maintien à domicile des personnes en situation de handicap



Nombre de places par type de dispositif :

- Accueil de jour (AJ)
- Hébergement temporaire (HT)
- Hébergement temporaire (HT) prévu fin 2015
- Section annexe aux établissements et services d'aide par le travail (SA ESAT)

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

© Département d'Ille-et-Vilaine. Tous droits réservés

L'habitat regroupé

L'offre départementale d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap comprend également une offre de logements en habitats regroupés. Ce type de logements constitue des alternatives à l'hébergement collectif ou à l'hospitalisation des personnes en situation de handicap. Ils peuvent aussi être un tremplin vers l'appartement individuel.

Généralement de petite taille, ces habitats sont regroupés dans un appartement ou dans une maison. Les personnes peuvent bénéficier de la présence d'une maîtresse de maison, d'un accompagnement à la vie sociale ou d'un encadrement éducatif.

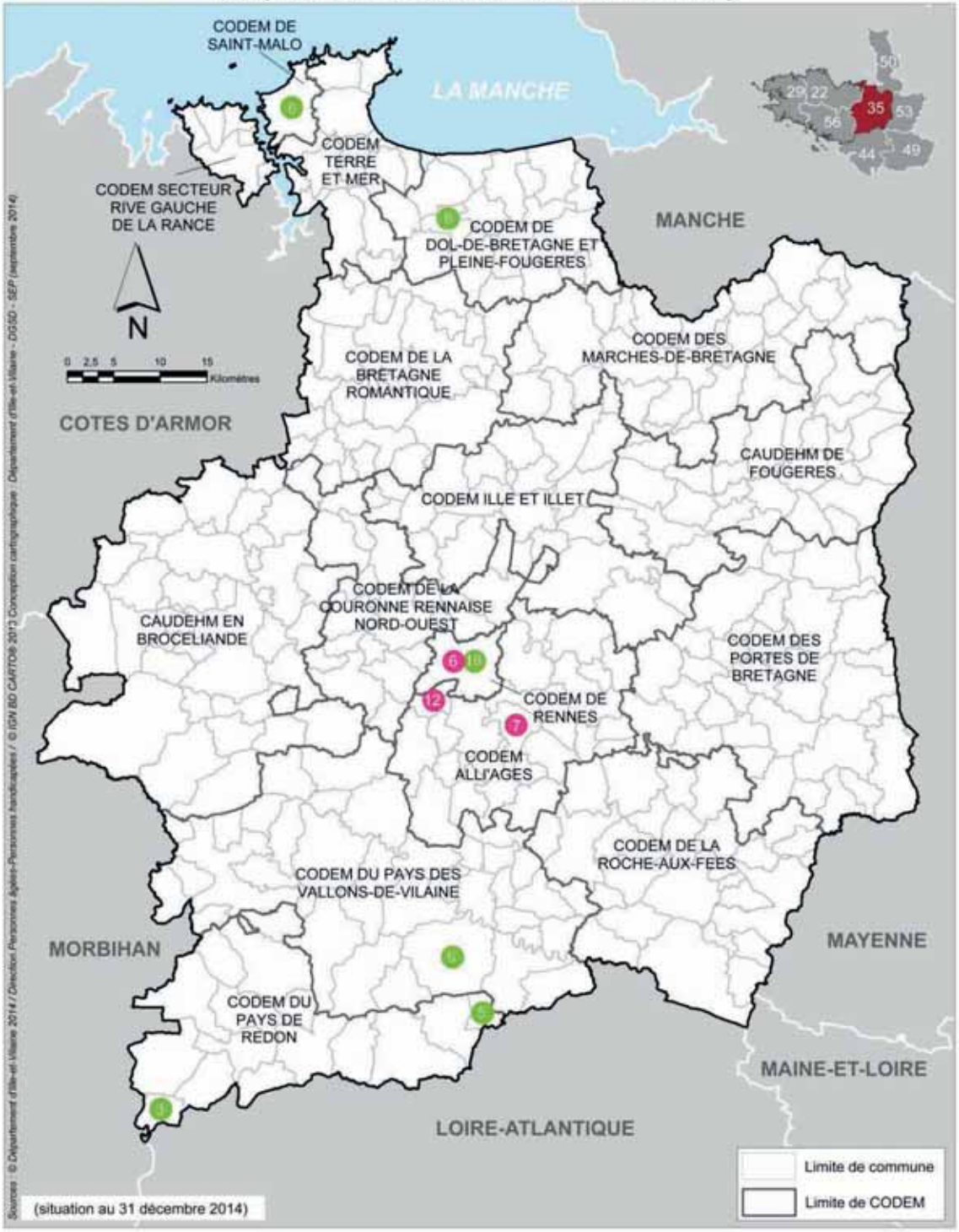
Le développement de ce type de dispositifs avait été retenu comme une priorité départementale dans le précédent schéma handicap 35 et figure également au plan d'action du schéma des services de maintien à domicile 2011-2015. Cette priorité est réaffirmée pour :

- répondre au projet de vie des personnes qui souhaitent vivre à domicile, de manière autonome, dans un cadre adapté, sécurisé et accompagné,
- diversifier des modes d'habitats proposés aux adultes handicapés dans une logique de parcours.

Des dispositifs d'habitats regroupés soutenus par le Département ont ainsi été mis en place depuis 2006. En 2013, 7 nouveaux dispositifs ont été retenus dans le cadre d'un appel à candidatures lancé fin 2012 et encadré par un cahier des charges.

Commune	Gestionnaire	Propriétaire	Date d'ouverture	Nombre de logements
Rennes et Redon	APF 35	Néotoa SA Les Foyers	4e trimestre 2014	9
Rennes	Association EPI Bretagne	Néotoa	Avant fin 2015	5
Dol-de-Bretagne	ADPEP 35	SA HLM Emeraude Habitation	4e trimestre 2014	5
Saint-Malo	ADPEP 35	SA HLM La Rance	2e trimestre 2014	6
Saint-Sulpice-des-Landes	Association Vivre Autrement	Néotoa	Avant fin 2015	5
Bain-de-Bretagne	Association notre Avenir	Espacil Habitat	Avant fin 2015	6
Rennes	Espoir 35	Aiguillon Construction	Avant fin 2015	6

Offre en milieu ordinaire : les habitats regroupés pour les personnes en situation de handicap



Nombre de logements :

- Habitat regroupé (HR)
- Habitat regroupé (HR) prévu fin 2015

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

Les maisons relais et les résidences accueil

Les maisons relais et les résidences accueil sont des résidences sociales, inscrites dans le champ du logement social et relevant du code de la construction et de l'habitation. Elles s'inscrivent dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, et offrent un cadre de vie semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social. Elles sont soutenues et financées par l'Etat.

Les maisons relais, encore appelées pensions de famille sont des dispositifs généralistes accueillant des publics variés, dès lors qu'ils se trouvent « dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire ». Le principe de mixité des maisons relais leur permet d'accueillir des personnes handicapées psychiques.

Les résidences accueil sont destinées à accueillir des personnes qui se trouvent de fait, en situation de handicap en raison de troubles psychiques. Cependant, l'accès aux résidences accueil n'est en aucun cas subordonné à la reconnaissance du handicap par la MDPH. Leur spécificité est d'offrir aux résidents la garantie, en tant que de besoin, d'un accompagnement sanitaire et social, organisée dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions, d'une part, avec le secteur psychiatrique, et d'autre part, avec un SAVS ou un SAMSAH sur décision de la CDA. Une attention particulière est apportée au fait que chaque résident puisse avoir une activité à l'extérieur. La proximité d'un service d'accueil de jour et/ou d'un groupe d'entraide mutuelle représente un intérêt pour les personnes.

Trois résidences accueil ont été mises en service sur le département : deux à Rennes et une à Fougères avec, dans chacune, 12 à 14 logements.

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Les GEM trouvent leur base légale dans la loi du 11 février 2005. Il s'agit d'un collectif de personnes animées d'un même projet, qui, pour développer ce projet doit trouver un cadre (généralement le soutien d'une association), un lieu qu'il puisse investir, l'aide de personnes (animateurs et bénévoles), et des moyens financiers. Ils sont financés par l'ARS sur la base d'une subvention forfaitaire de fonctionnement.

Le GEM a pour objectifs d'aider à rompre l'isolement, de restaurer et maintenir les liens sociaux, de redonner confiance en soi. Il offre un accueil convivial, il permet l'écoute et l'échange, l'information et l'aide mutuelle, le choix et l'organisation d'activités culturelles et de loisirs.

Ses usagers sont des personnes adultes :

- que des troubles psychiques mettent en situation de fragilité,
- désireuses de rompre leur isolement puis de participer aux activités du groupe d'entraide et d'envisager un parcours conduisant à une meilleure insertion dans la vie sociale avec l'aide de pairs et des accueillants.

Six GEM ont été créés sur le département.

Voir chapitre 3.2 bilan schéma : réponses adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap psychique.

B) Les établissements d'hébergement pour adultes en situation de handicap

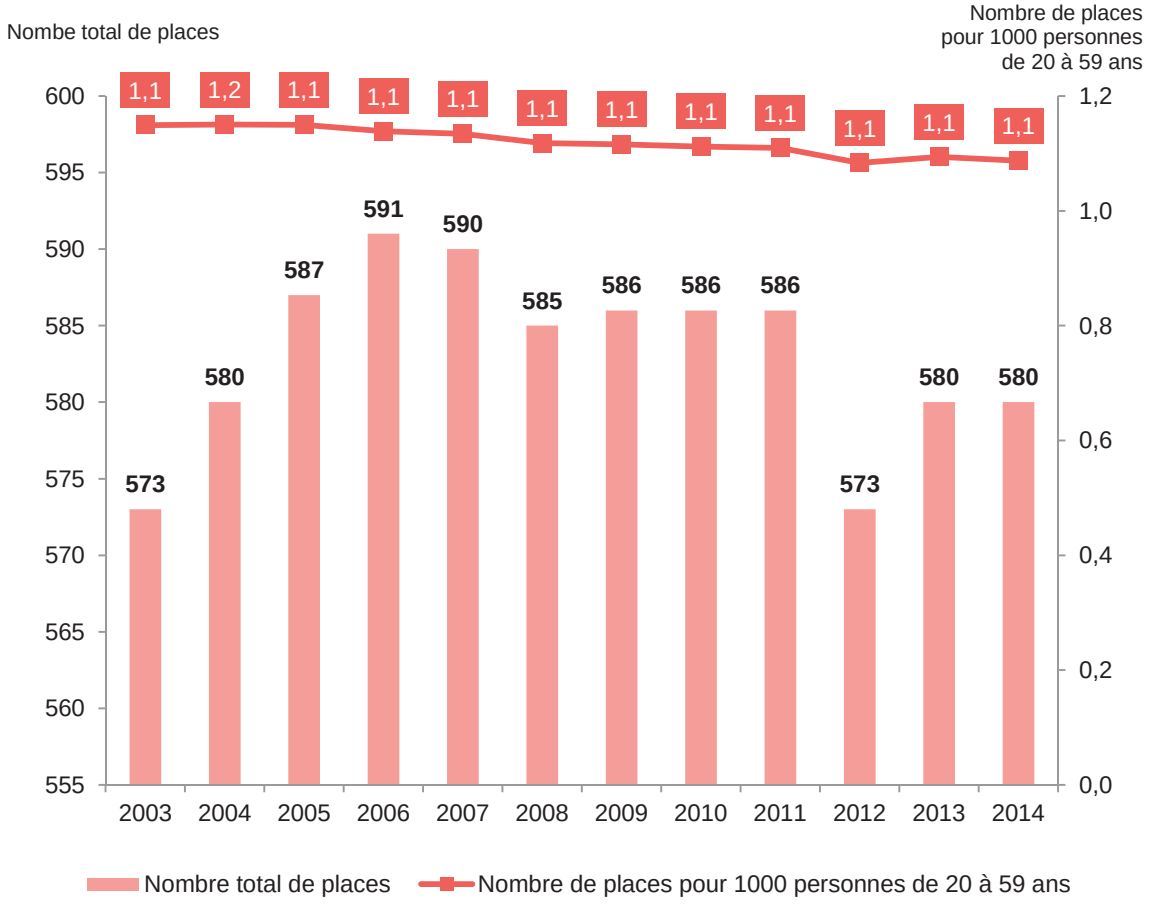
Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés (FH)

Les foyers d'hébergement accueillent des adultes en situation de handicap qui travaillent à temps plein ou à temps partiel en ESAT ou en entreprise adaptée. Ils peuvent être un passage pour accéder à davantage d'autonomie et à une vie en appartement individuel. Pour y être admis, une décision d'orientation de la CDAPH est nécessaire.

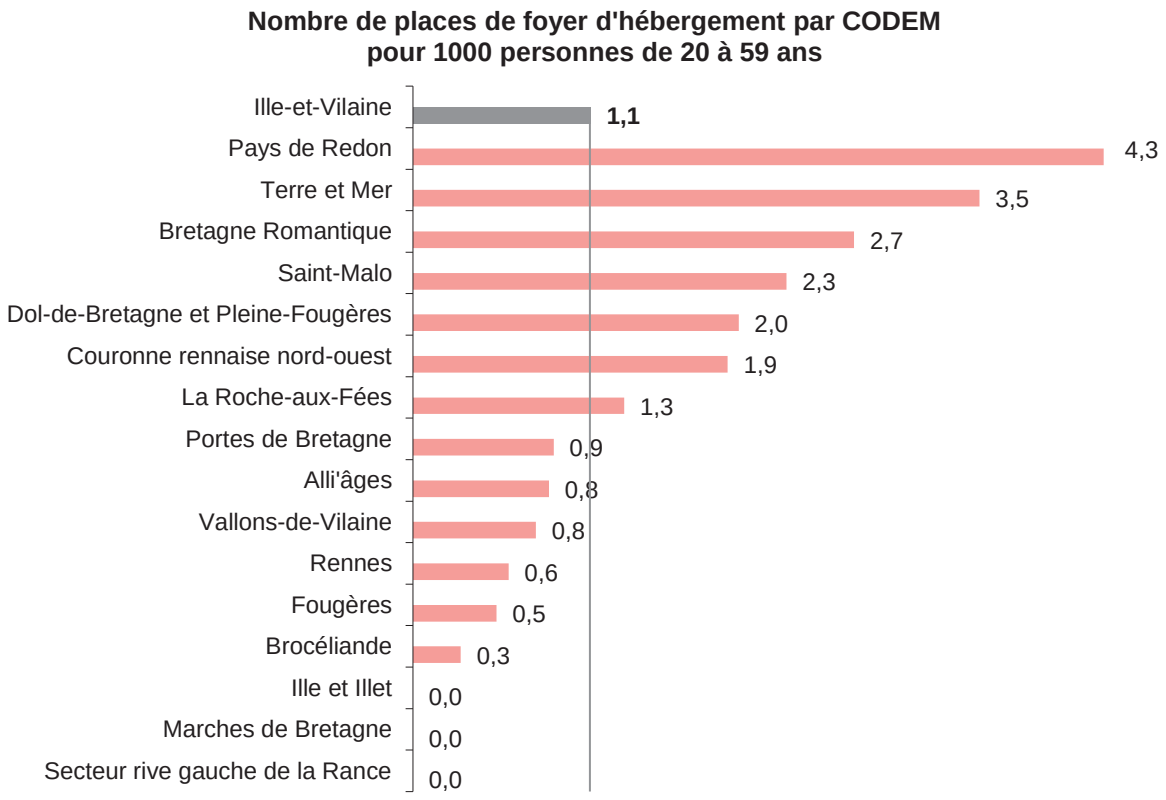
Les foyers d'hébergement sont autorisés et financés par le Conseil général avec une participation financière laissée à la charge des résidents.

Au 31 décembre 2014, le département dispose de **580 places en foyers d'hébergement**, dédiées à l'hébergement permanent.

Evolution de l'offre de foyer d'hébergement en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier.



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier 2014 / Insee RP 2011.

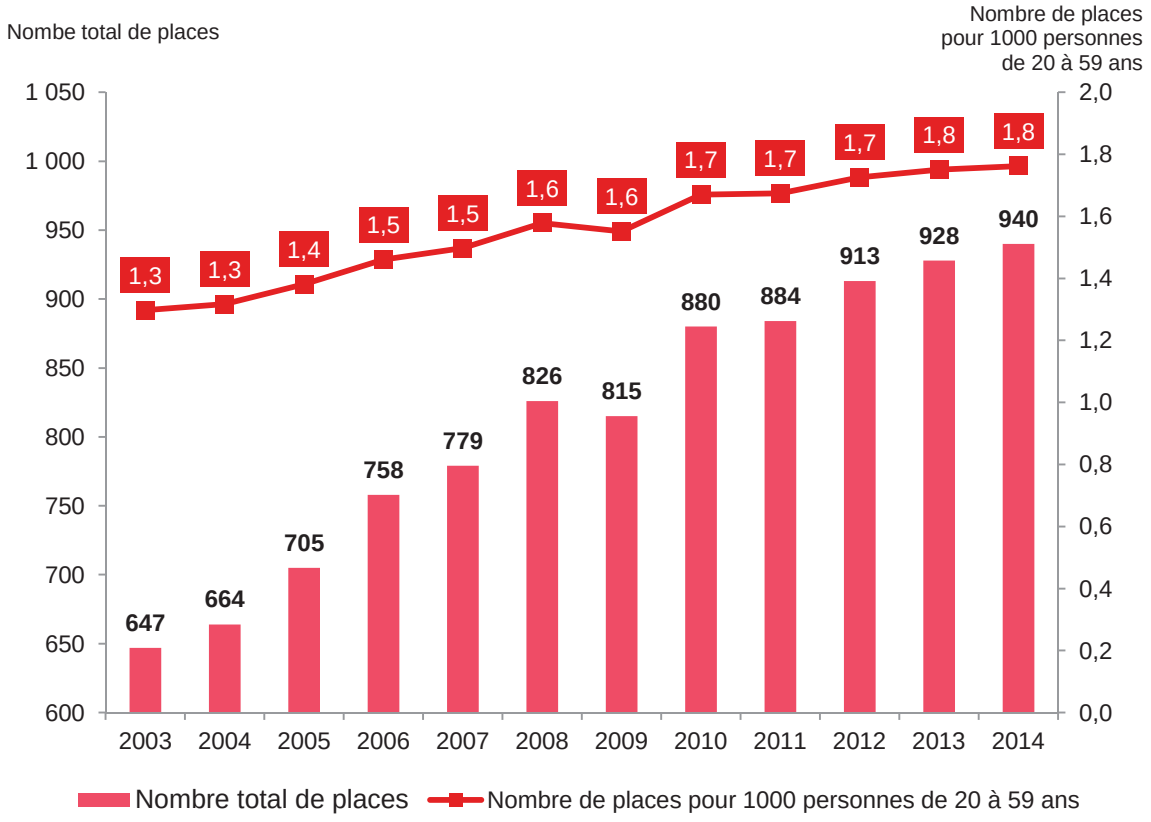
Les foyers de vie (FV)

Les foyers de vie ou occupationnels hébergent des adultes en situation de handicap qui sont inaptes au travail, même en milieu protégé et qui ont besoin d'un accompagnement quotidien pour accomplir certains actes essentiels de la vie courante (toilette, habillage…). Pour autant, les résidents ont une autonomie suffisante pour des occupations quotidiennes. Une décision d'orientation de la CDAPH est nécessaire pour y être admis.

Les FV sont autorisés et financés par le Conseil général avec une participation laissée à la charge des personnes accueillies.

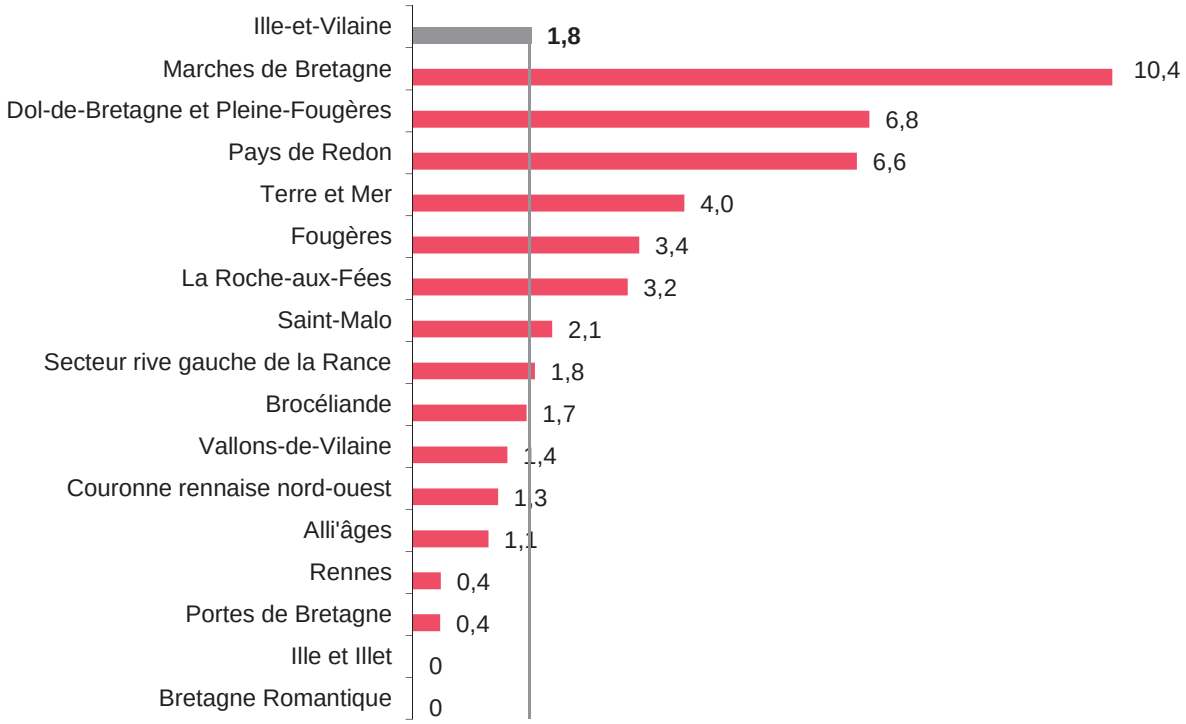
Au 31 décembre 2014, le département dispose de **940 places en foyers de vie** dédiées à de l'hébergement permanent.

Evolution de l'offre de foyer de vie en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier.

Nombre de places de foyer de vie par CODEM
pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier 2014 / Insee RP 2011.

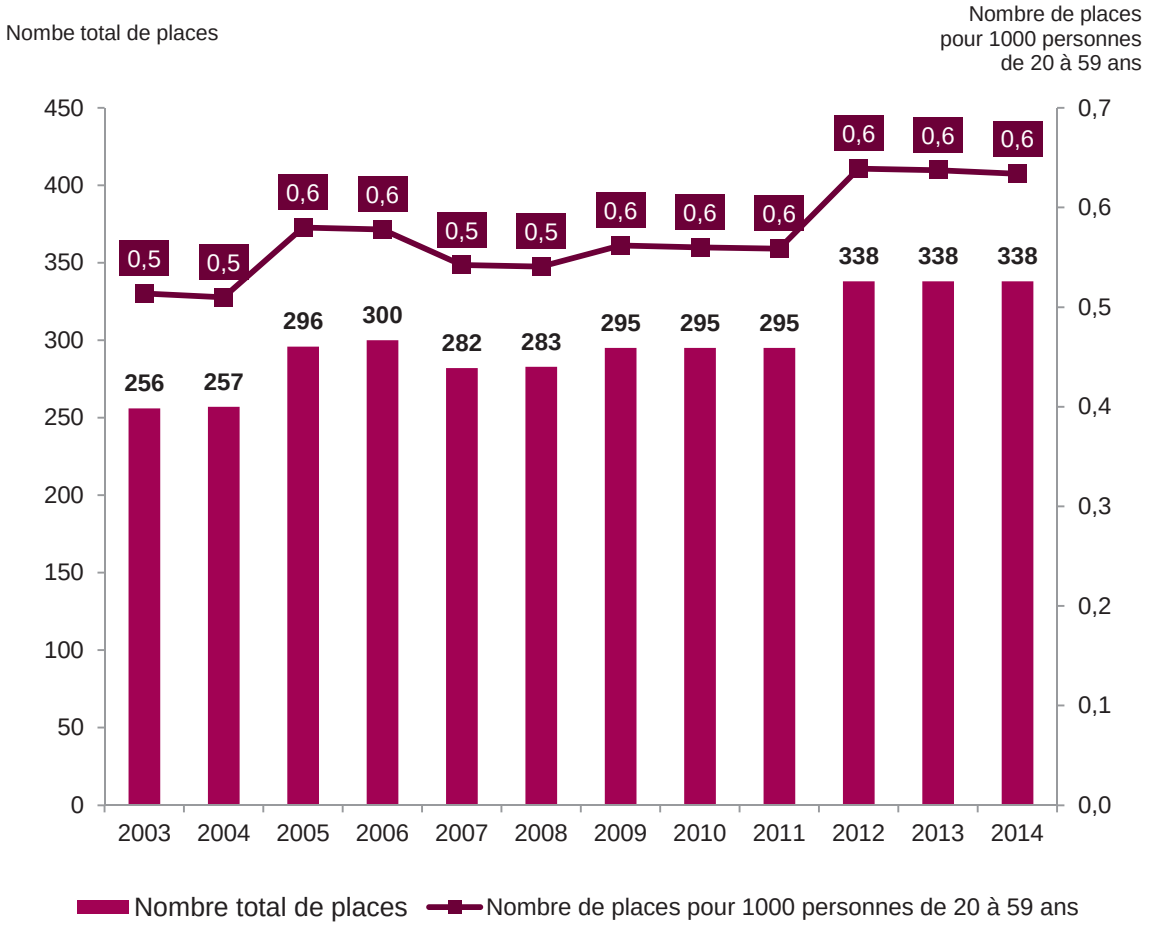
Les foyers d'accueil médicalisé (FAM)

Les foyers d'accueil médicalisés accueillent des adultes en situation de handicap qui sont inaptes au travail et qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence, et d'une surveillance et de soins médicaux ou paramédicaux constants. Une orientation de la CDAPH est nécessaire pour y être admis.

Les FAM sont autorisés et financés conjointement par l'ARS et le Conseil général. Les résidents s'acquittent d'une participation pour leur frais d'hébergement.

Au 31 décembre 2014, le département dispose de **338 places en foyers d'accueil médicalisés**, dédiées à de l'hébergement permanent.

Evolution de l'offre de foyer d'accueil médicalisé en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

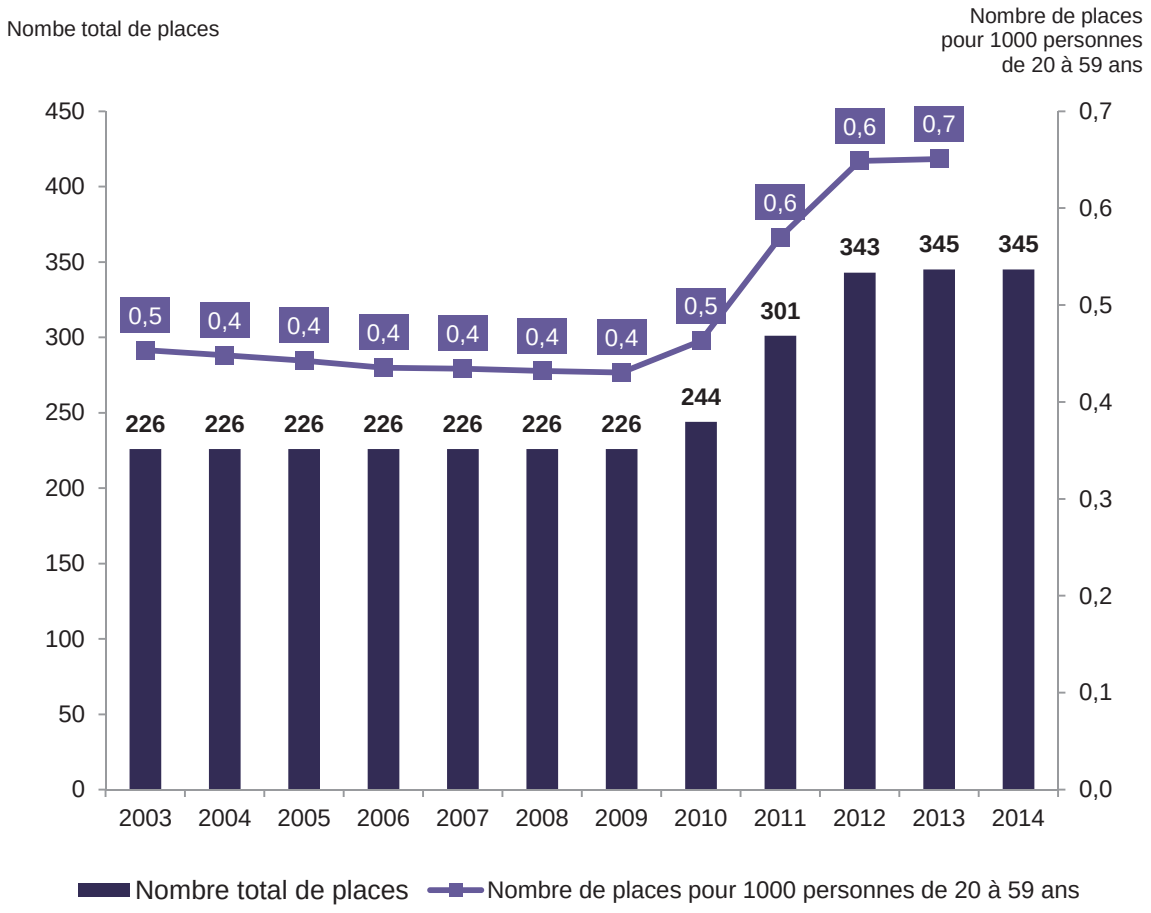


Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier / Insee ELP : population au 1er janvier.

Les maisons d'accueil spécialisées (MAS)

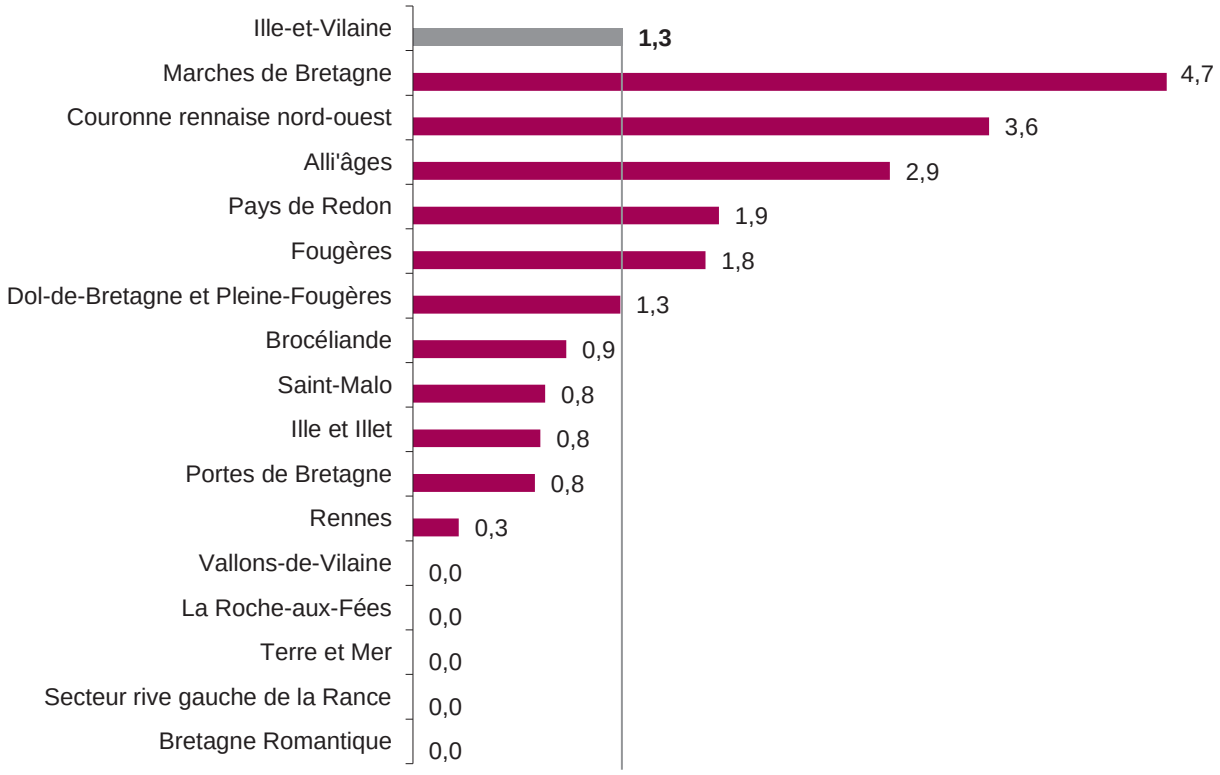
Les maisons d'accueil spécialisées hébergent des personnes lourdement handicapées justifiant de soins paramédicaux constants. Après orientation de la CDAPH, l'Assurance maladie prend en charge la totalité des frais d'hébergement dans les MAS qui sont autorisées par l'ARS.

Evolution de l'offre de maison d'accueil spécialisée en Ille-et-Vilaine
Nombre total de places et pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



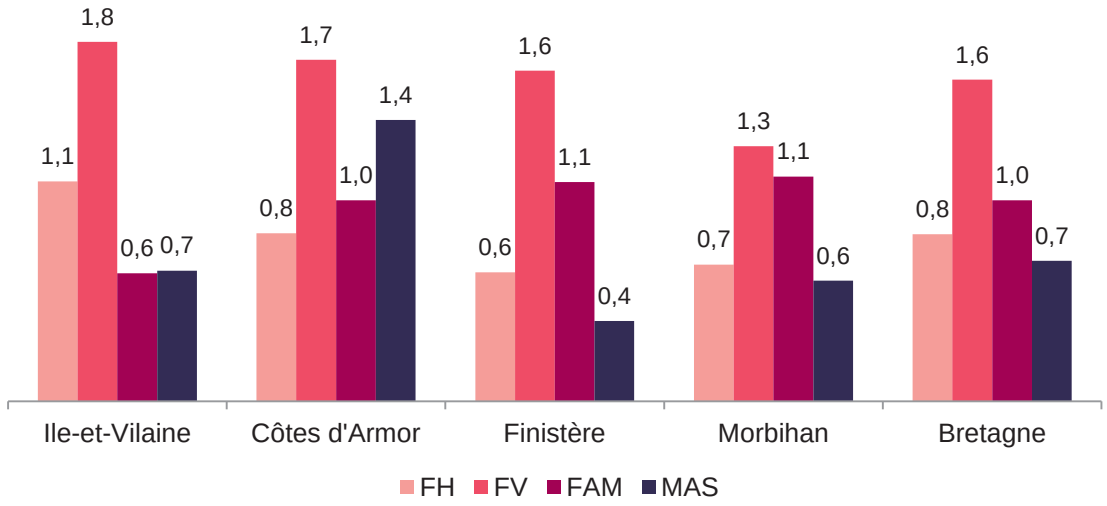
Source : STATISS.

Nombre de places de foyer d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisée par CODEM pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



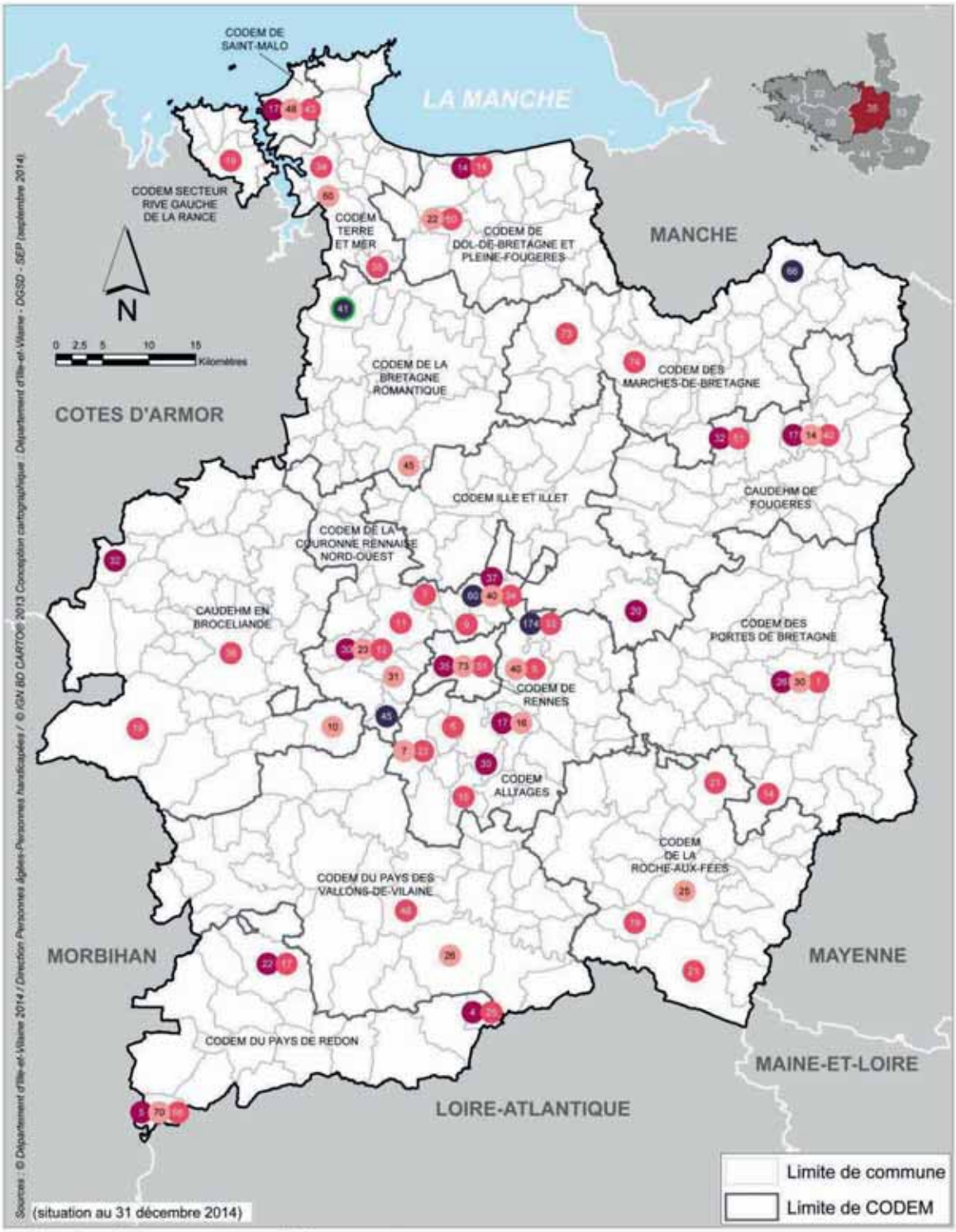
Sources : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES : nombre de places installées au 1er janvier 2014 / Insee RP 2011.

Nombre de places en foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisée pour 1000 personnes de 20 à 59 ans au 1er janvier 2013



Sources : Conseils généraux / STATISS 2013.

Offre en hébergement permanent pour les personnes en situation de handicap



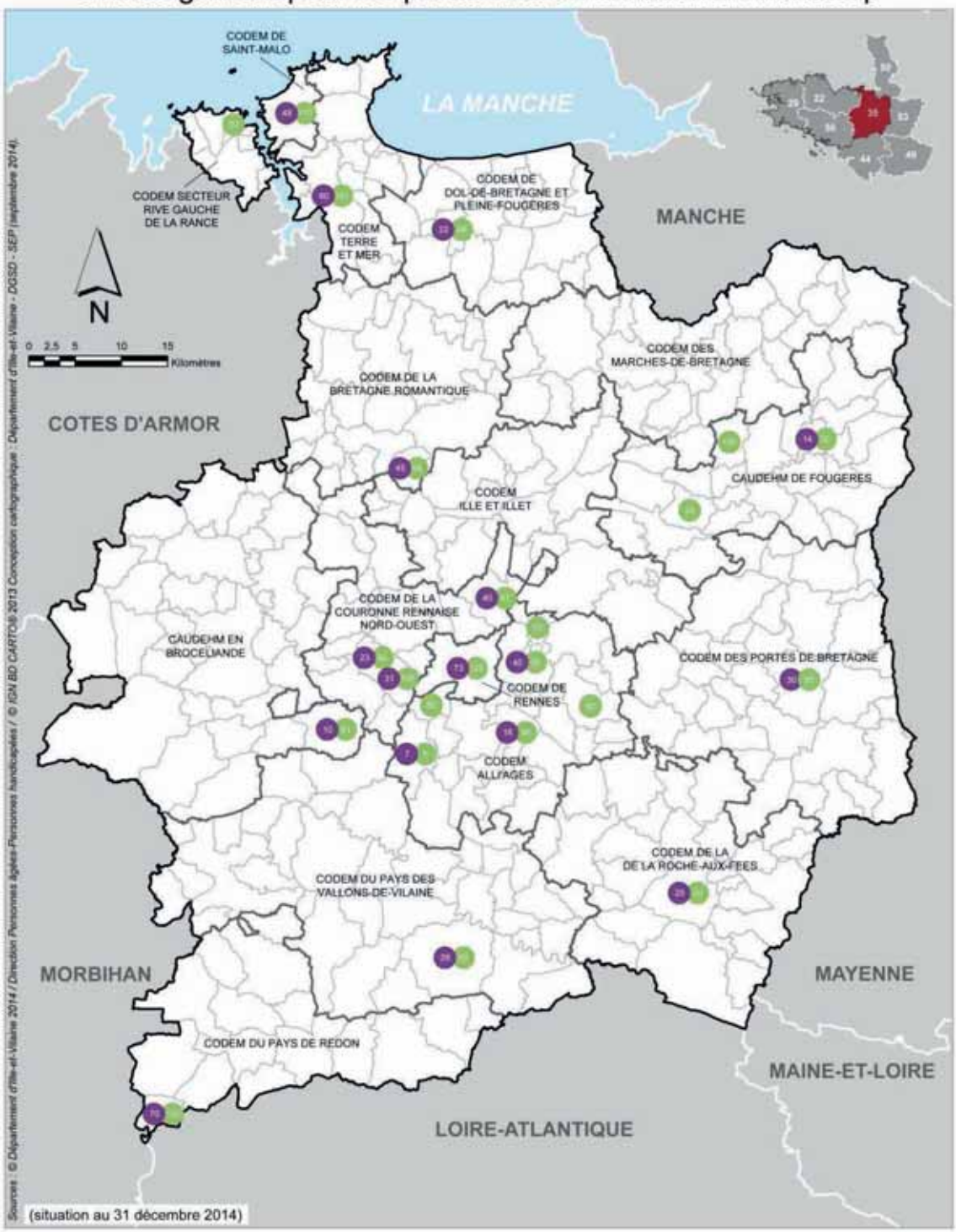
Nombre de places par type d'hébergement :

- Foyer d'hébergement (FH)
- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS) prévue fin 2015

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

© Département d'Ille-et-Vilaine. Tous droits réservés.

Offre en Etablissement et service d'aide par le travail et en Foyer d'hébergement pour les personnes en situation de handicap



Nombre de places :

- Foyer d'hébergement (FH)
- Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)

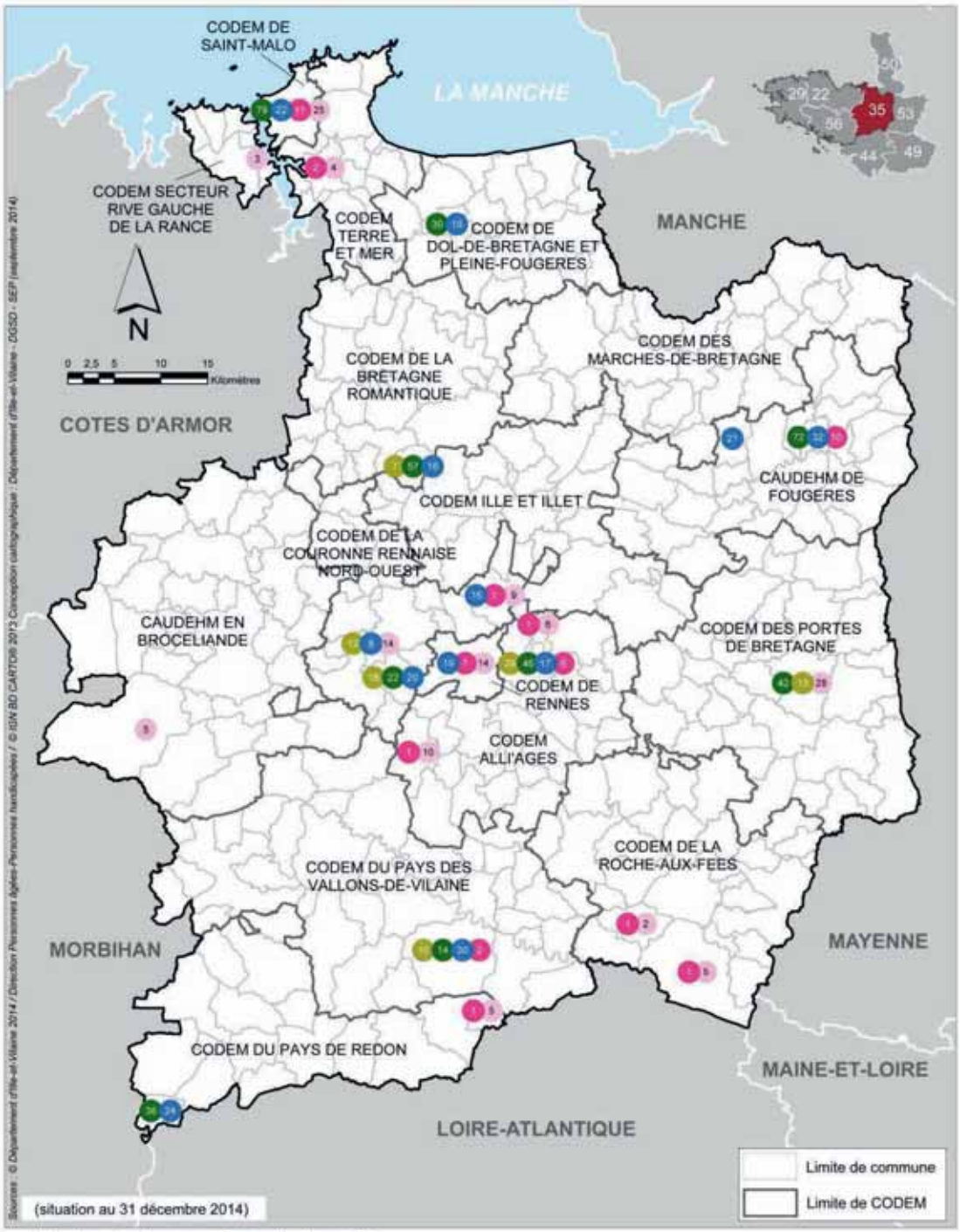
Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

© Département d'Ille-et-Vilaine. Tous droits réservés.

L'offre par type de déficience

Les structures accompagnent des adultes en situation de handicap présentant un ou plusieurs types de déficience mentionné dans l'arrêté d'autorisation. L'offre d'accueil peut ainsi être répertoriée selon le type de handicap.

Offre concourant au maintien à domicile des adultes présentant une déficience intellectuelle

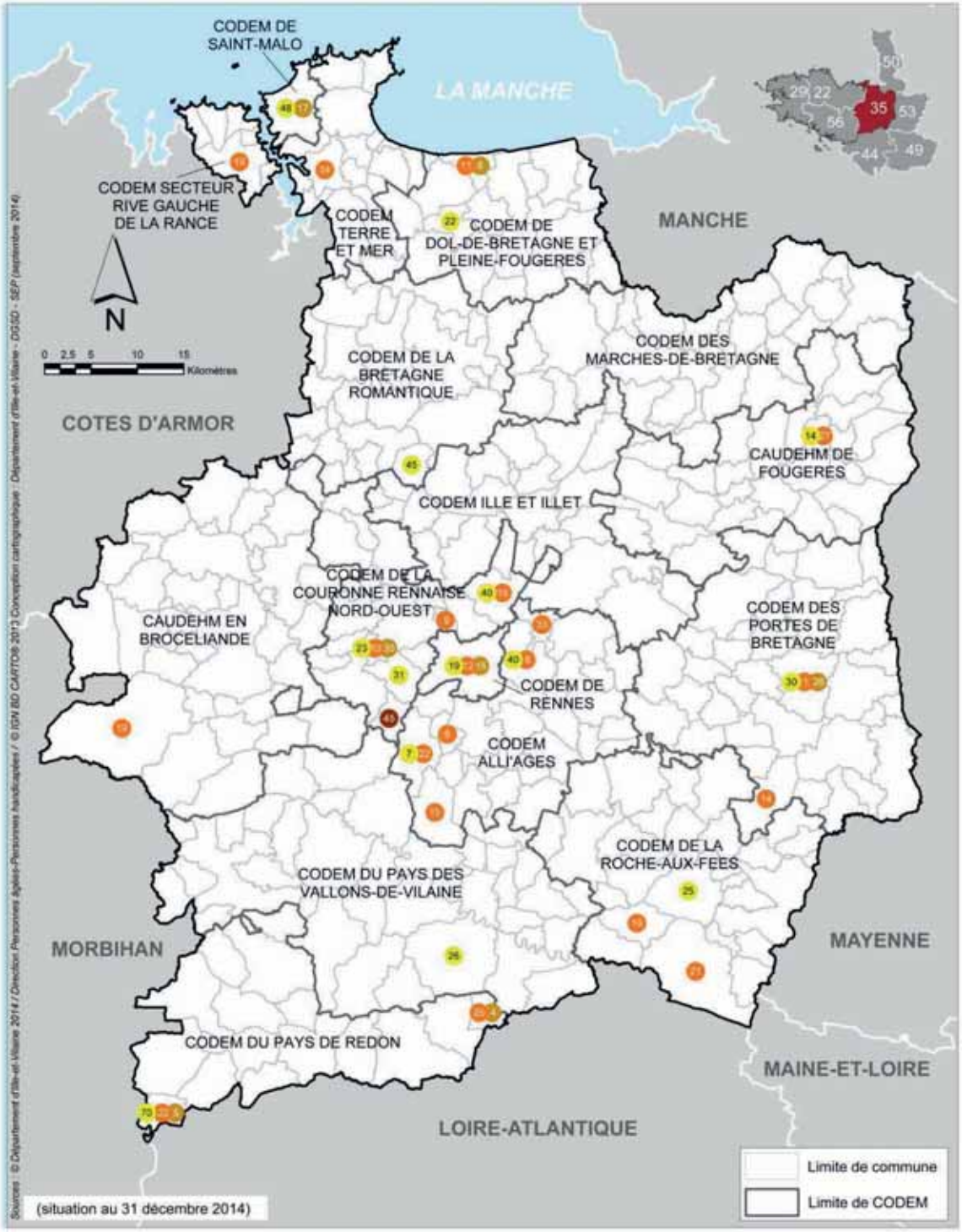


Nombre de places par type de dispositif :

- Accueil de jour (AJ)
- Hébergement temporaire (HT)
- Section annexe aux établissements et services d'aide par le travail (SA ESAT)
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Service de proximité (SP)

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

Offre en hébergement permanent pour les adultes présentant une déficience intellectuelle

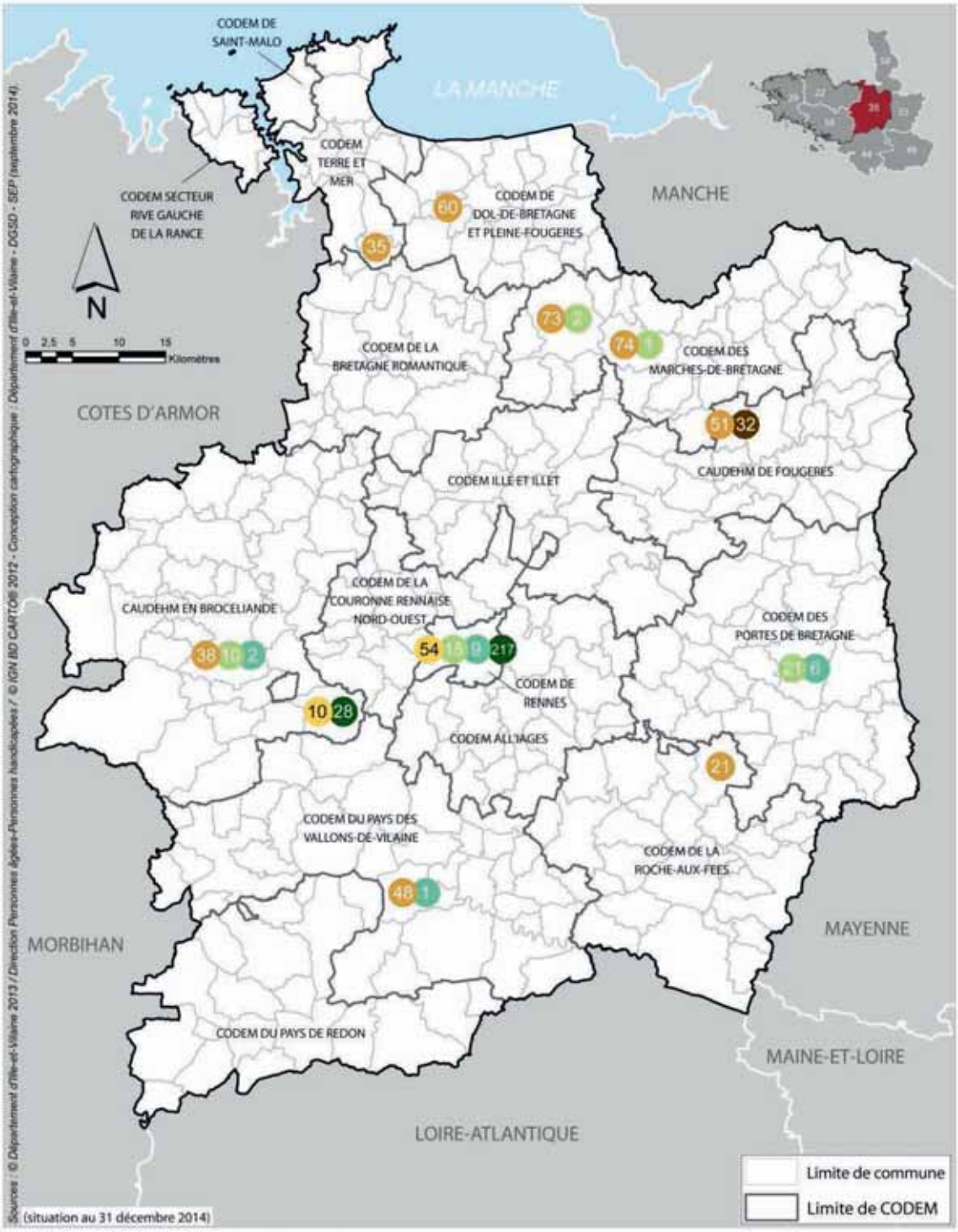


Nombre de places par type d'hébergement :

- Foyer d'hébergement (FH)
- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

Offre d'accueil pour les adultes présentant une déficience intellectuelle et psychique



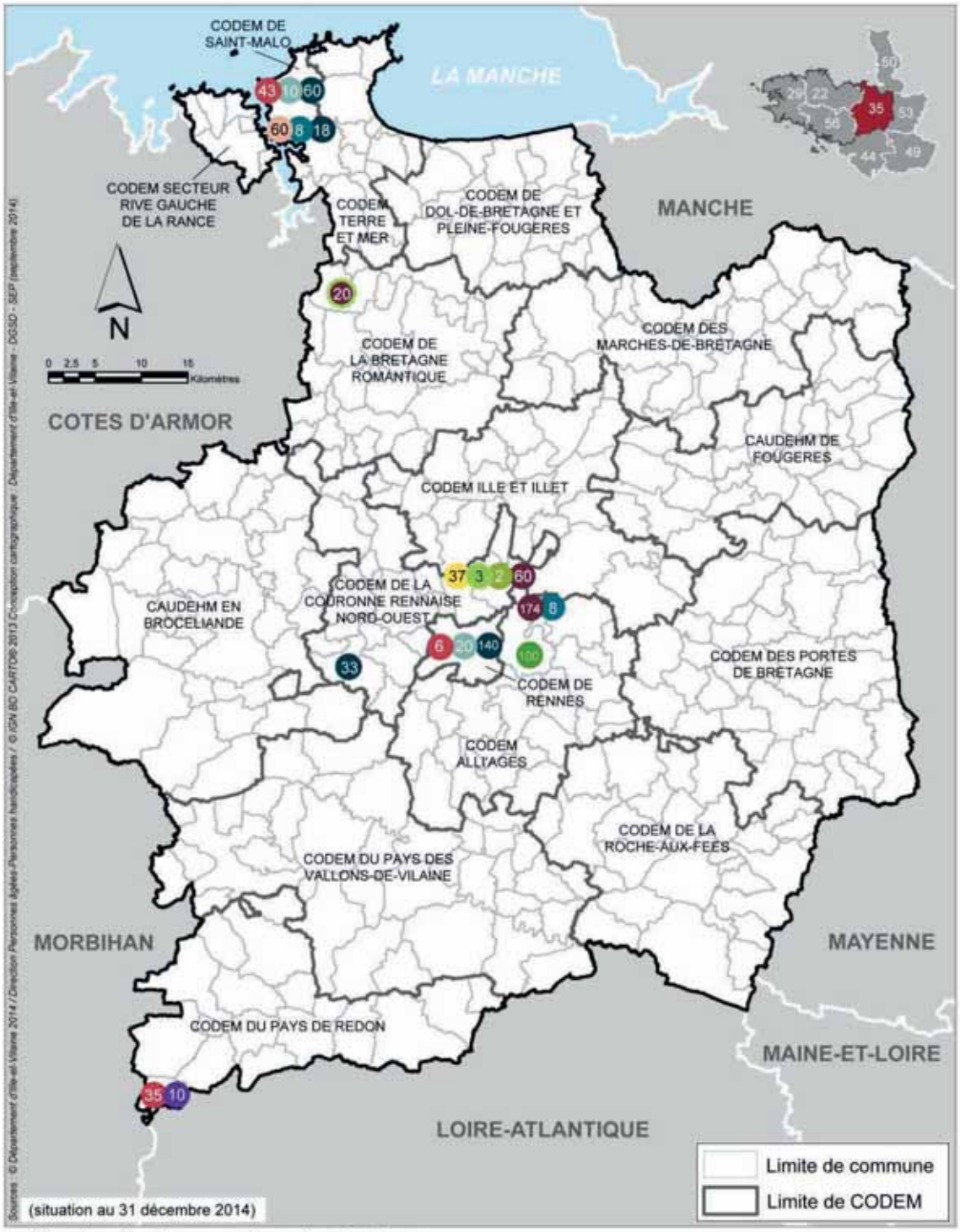
Nombre de places par type de structure :

Hébergements permanents
- Foyer d'hébergement (FH)
- Foyer de vie (FV)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)

Dispositifs concourant au maintien à domicile
- Accueil de jour (AJ)
- Hébergement temporaire (HT)
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

Offre d'accueil pour les adultes cérébro-lésés ou présentant une déficience psychique



Nombre de places par type de structure :

Hébergements permanents

- Foyer d'hébergement (FH) - Psychique
- Foyer de vie (FV) - Psychique
- Maison d'accueil spécialisée (MAS) - Psychique
- Maison d'accueil spécialisée (MAS) - Psychique prévue avant fin 2015
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM) - Cérébro lésée

Dispositifs concourant au maintien à domicile

- Accueil de jour (AJ) - Psychique
- Service annexe aux établissements et services d'aide par le travail (SA ESAT) - Psychique
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) - Psychique
- Accueil de jour (AJ) - Cérébro lésée
- Hébergement temporaire (HT) - Cérébro lésée
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) -Cérébro lésée
- Habitat accompagné (HAcc)

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

© Département d'Ille et Vilaine. Tous droits réservés

Offre d'accueil pour les adultes présentant des troubles envahissants du développement

Nombre de places par type de structure :

Hébergements permanents

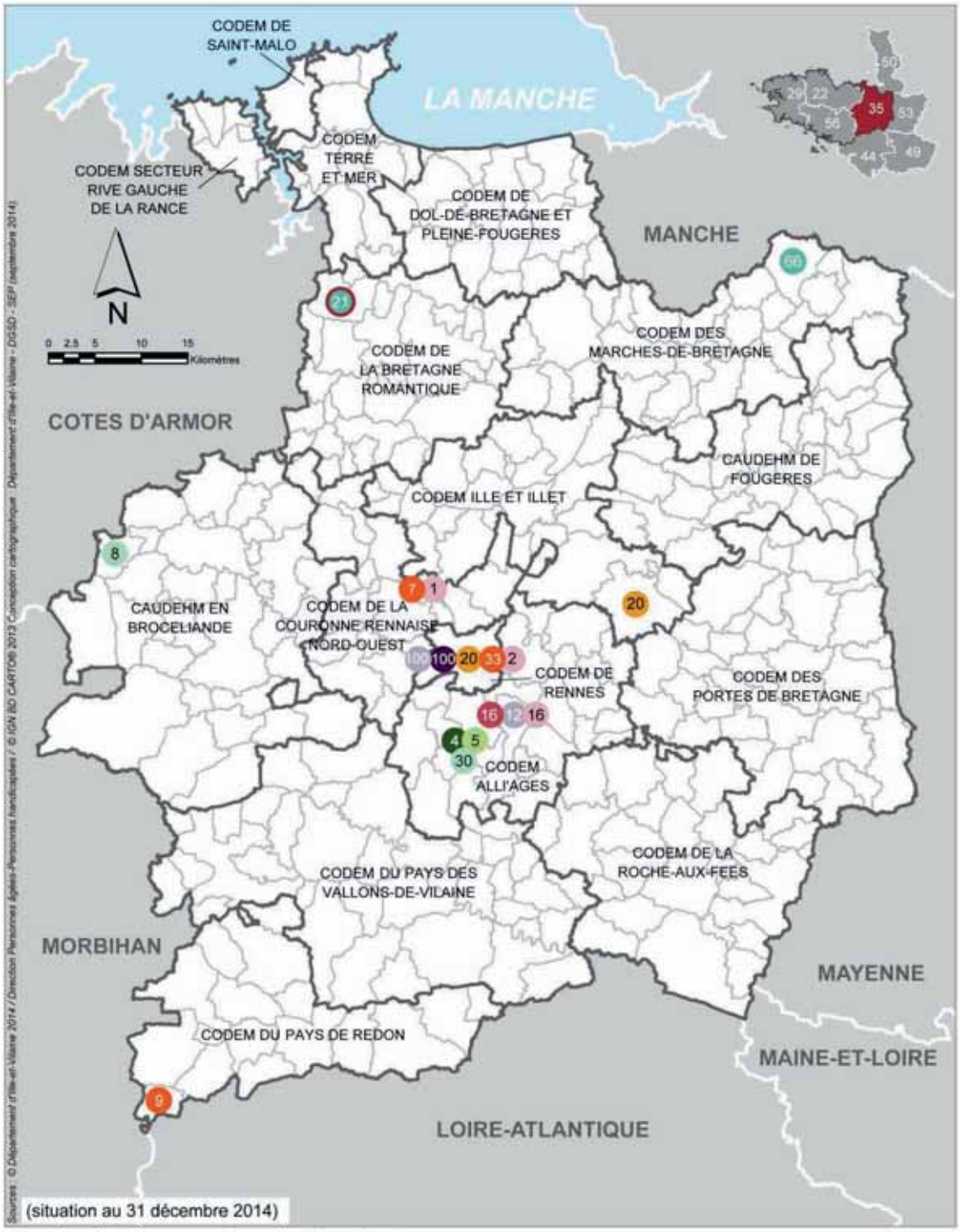
- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Dispositifs concourant au maintien à domicile

- Accueil de jour (AJ)
- Hébergement temporaire (HT)

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

Offre d'accueil pour les adultes présentant une déficience motrice ou polyhandicapée



Nombre de places par type de structure :

Hébergements permanents

- Foyer d'hébergement (FH) - Motrice
- Foyer de vie (FV) - Motrice
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM) - Motrice
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM) - Polyhandicap
- Maison d'accueil spécialisée (MAS) - Polyhandicap
- Maison d'accueil spécialisée (MAS) - Polyhandicap prévue avant fin 2015

Dispositifs concourant au maintien à domicile

- Hébergement temporaire (HT) - Motrice
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) - Motrice
- Service d'accompagnement médico-social (SAM) - Motrice
- Accueil de jour (AJ) - Polyhandicap
- Hébergement temporaire (HT) - Polyhandicap

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

© Département d'Ille et Vilaine. Tous droits réservés

Offre d'accueil pour les adultes présentant une déficience auditive ou visuelle

Nombre de places par type de structures :

Hébergements permanents

- Foyer de vie (FV) - Visuel
- Foyer de vie (FV) - Visuel
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM) - Auditif

Dispositifs concourant au maintien à domicile

- Accueil de jour (AJ) - Visuel
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) - Visuel
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) - Auditif

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

Offre d'accueil pour les adultes présentant tout type de déficience

Nombre de places par type de structure :

Hébergements permanents

- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Dispositifs concourant au maintien à domicile

- Accueil de jour (AJ)
- Hébergement temporaire (HT)
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Habitat accompagné (HAcc)

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

Les établissements à destination des personnes handicapées vieillissantes

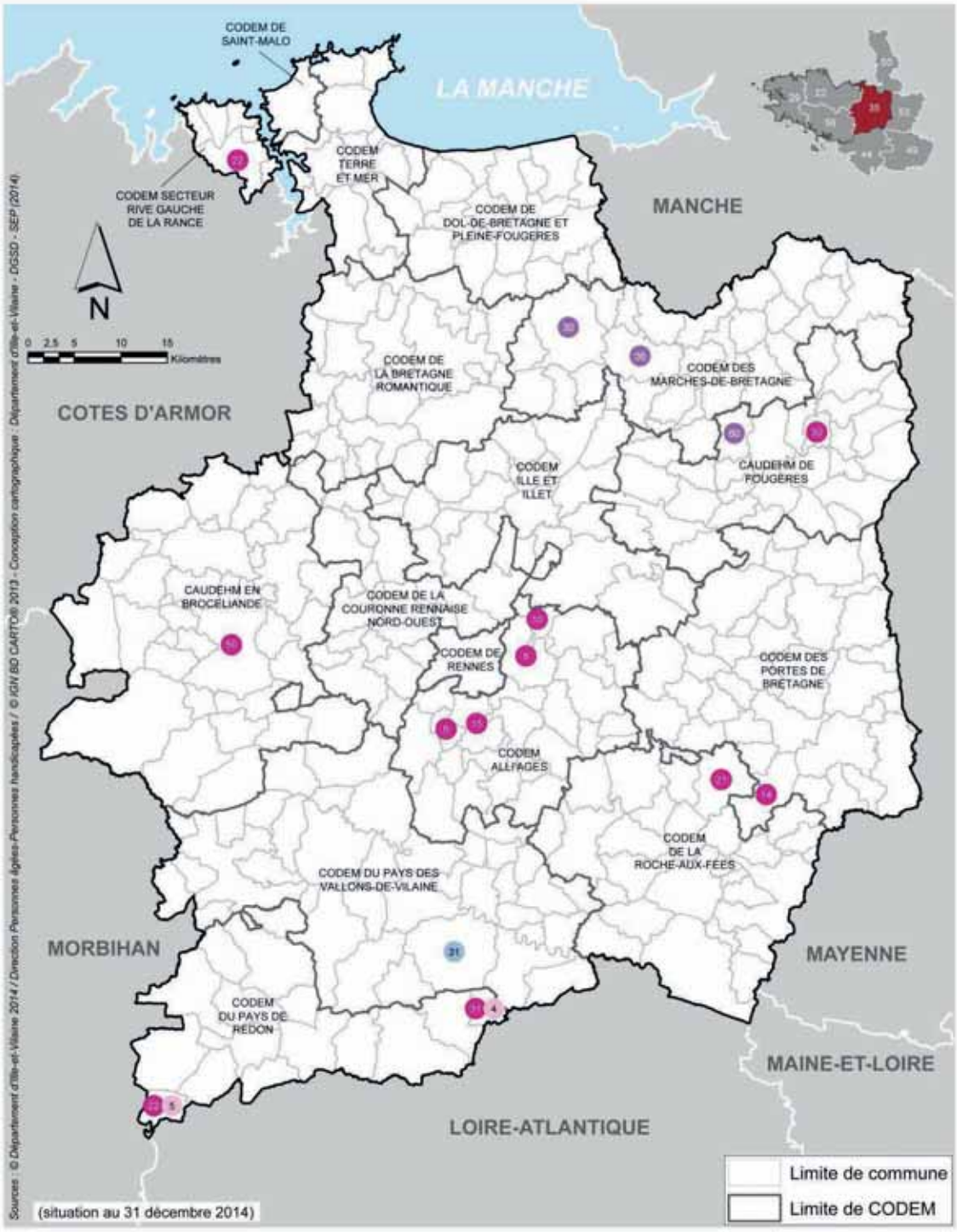
Le département a développé une offre spécifique pour un accompagnement adapté à l'avancée en âge des personnes en situation de handicap, notamment en foyer de vie. Les personnes y sont généralement admises à partir de 45 ans. Depuis leur ouverture, certaines de ces structures ont évolué vers de la médicalisation, d'où la transformation de places de foyer de vie en foyer d'accueil médicalisé, pour ainsi bénéficier d'un forfait soins leur permettant de faire appel à des professionnels spécifiques et ainsi poursuivre l'accompagnement des résidents.

Certains EHPAD ont mis en place des unités dédiées à l'accueil de personnes qui, avant leur admission, étaient reconnues en situation de handicap. Ils leur proposent ainsi des activités adaptées à leurs rythmes, à leurs capacités et à leurs centres d'intérêt. Un EHPAD a obtenu la reconnaissance de son projet d'accompagnement spécifique auprès des personnes handicapées vieillissantes.

Trois maisons de retraite dites spécialisées, accueillent également des personnes qui, avant leur entrée, étaient reconnues en situation de handicap.

Plusieurs accueillants familiaux accueillent des travailleurs d'ESAT qui sont actuellement âgés de plus de 45 ans. Sur les 166 personnes en situation de handicap accueillies, 60 ont une activité en ESAT et/ou en section annexe, parmi lesquelles 33 sont âgées de plus de 45 ans.

Offre d'hébergement en faveur des personnes handicapées vieillissantes



Nombre de places par type de structure :

- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Maison de retraite spécialisée (MRS)

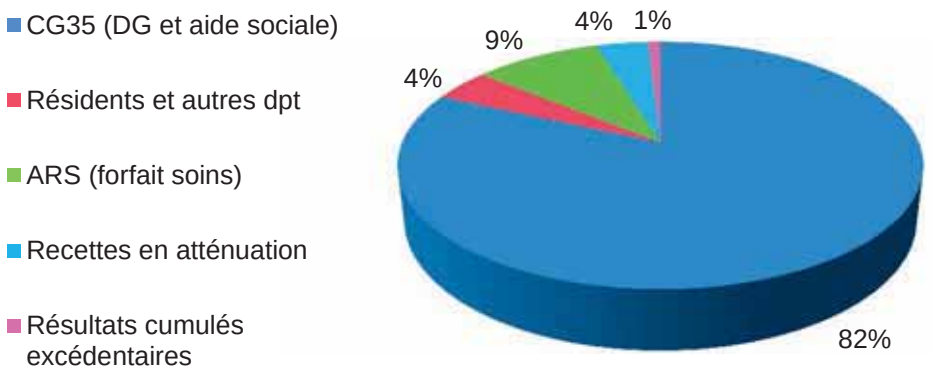
Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

C) Les moyens des établissements et services pour adultes en situation de handicap

Le financement

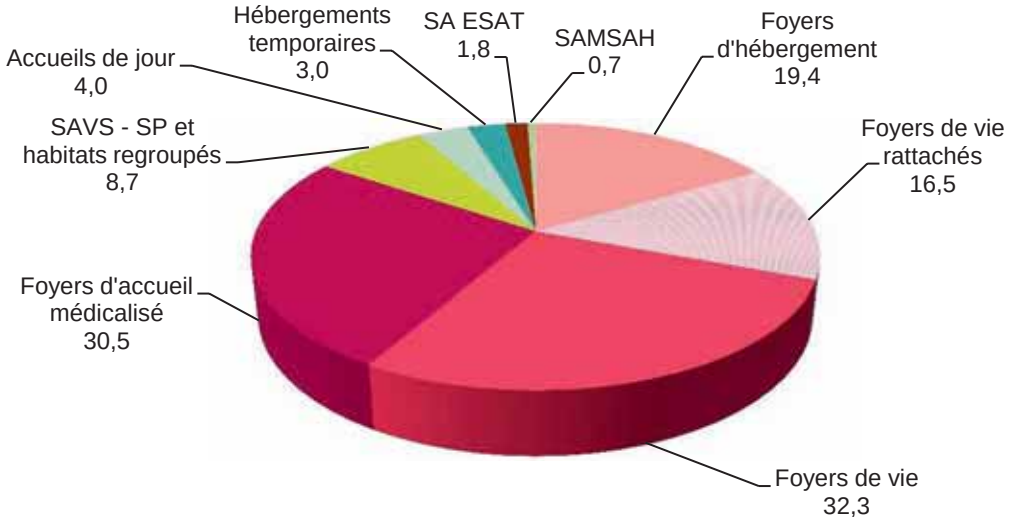
Au budget 2014, le coût total de fonctionnement des établissements et services en situation de handicap en Ille-et-Vilaine représente 104,6 millions d'euros. Le Département y participe à hauteur de **85,47 millions d'euros**, **soit 82% du coût global.**

Financement des établissement et services BP 2014



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, Budgets prévisionnels 2014.

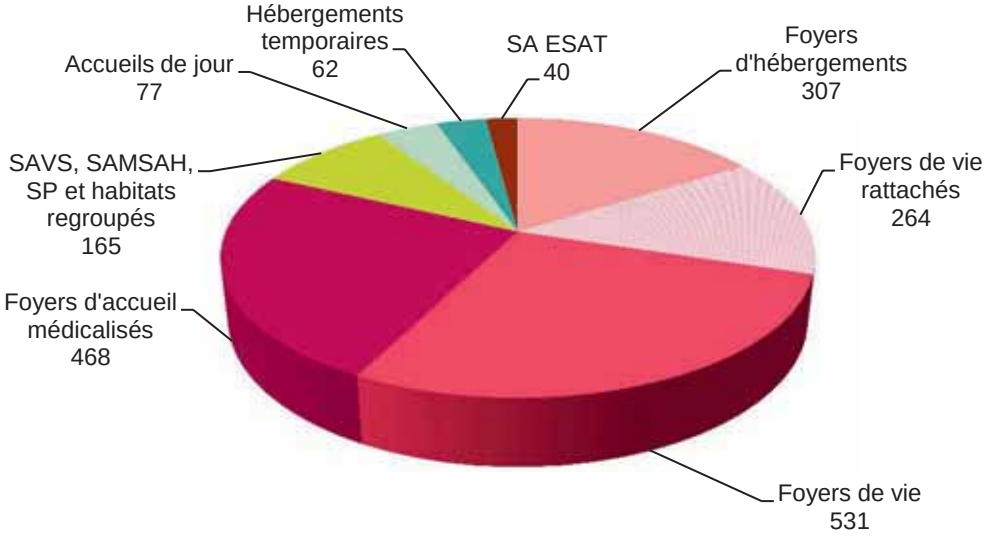
Répartition des charges à couvrir par le prix de journée et le financement globalisé en 2014 en millions d'euros



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, Budgets prévisionnels 2014.

Données en matière de personnel

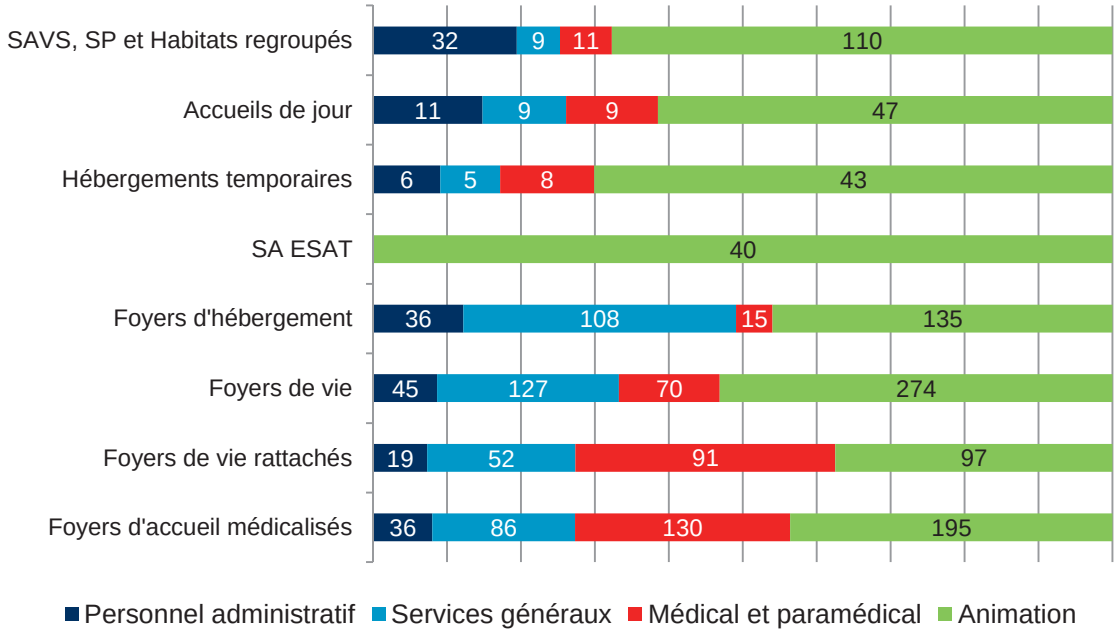
Répartition des 1 913 ETP par type de structure en 2014



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, Budgets prévisionnels 2014.

Lors du budget 2014, 309 équivalents temps plein en personnels ont été créés, soit une évolution de 19,26% sur 5 exercices et un total **de 1 913 poste équivalent temps-plein (ETP).**

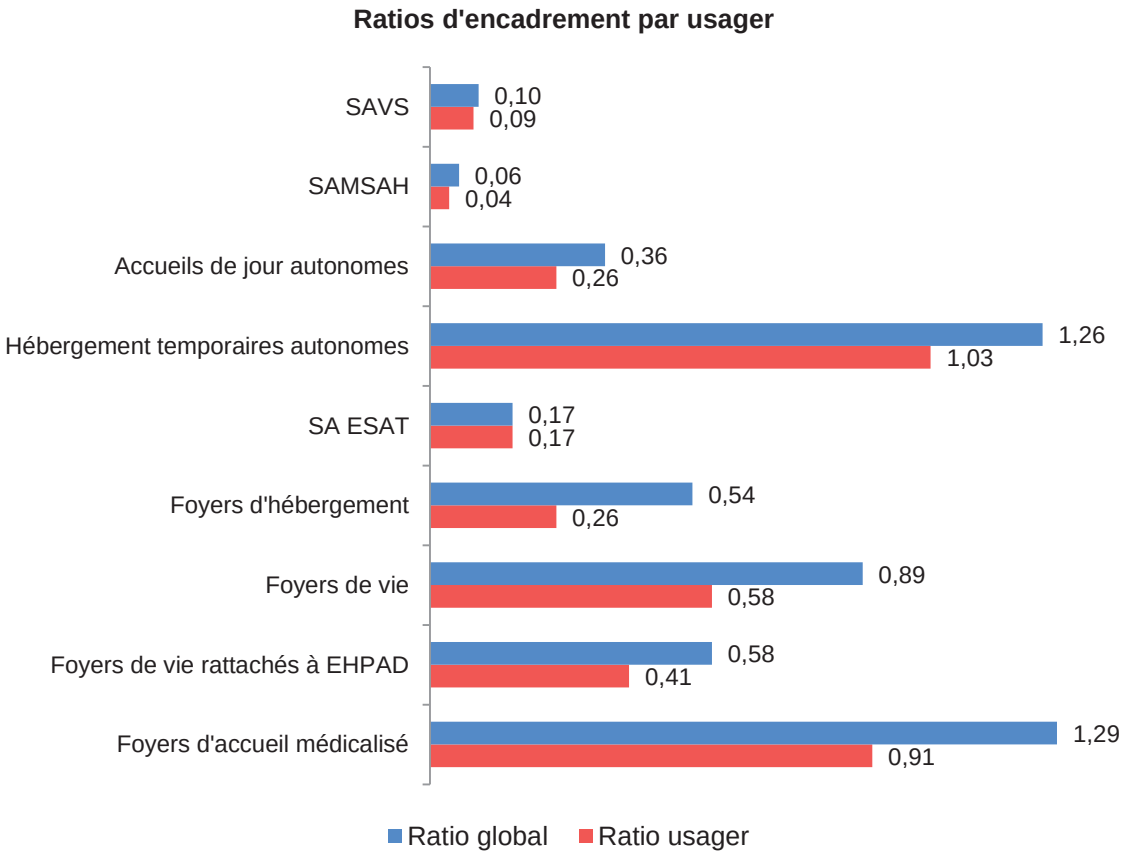
Répartition des effectifs par catégorie de personnel en ETP et par type de structure



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, Budgets prévisionnels 2014.

Toutes structures confondues, le personnel administratif représente 10% du total d'ETP et les services généraux 11%. 29% des ETP correspondent à du personnel médical ou paramédical dans les foyers d'accueils médicalisés et jusqu'à 35% dans les foyers de vie rattachés. De manière générale, les postes d'animation rassemblent la moitié des ETP dans les structures.

Les ratios d’encadrement



Source : Conseil général d’Ille-et-Vilaine, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, Budgets prévisionnels 2014.

1.4 L'offre sanitaire

A) La démographie médicale et l'offre sanitaire globale

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

Depuis le 1er janvier 2012, les statistiques publiées par la DREES sur la démographie des médecins sont élaborées à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire.

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé a été créé par le décret n° 2009-134 du 6 février 2009 et l'arrêté du même jour. Il a pour objectifs, entre autres, d'identifier les professionnels de santé en exercice, ayant exercé ou susceptibles d'exercer et de suivre l'exercice de ces professionnels.

Les données du RPPS sont élaborées à partir d'une confrontation des données des Ordres, de l'Assurance maladie (la CNAMTS) et du CNG (Centre national de gestion). Le RPPS a remplacé le répertoire Adeli qui, de 1984 à 2011 opérait le recensement des professionnels de santé.

Source : DREES – Les médecins au 1er janvier 2013 – Document de travail, Série statistiques, n° 179, avril 2013.

Effectifs des médecins libéraux ou mixtes et densité pour 100 000 habitants au 1er janvier 2013

	Ille-et-Vilaine	Côtes-d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France métro
Généralistes libéraux/mixtes	**1 086**	597	1 022	777	3 482	67 445
Spécialistes libéraux/mixtes	**863**	367	704	523	2 457	59 799
Total libéraux/mixtes	**1 949**	964	1 726	1 300	5 939	127 244
Population	**1 003 815**	601 027	911 868	733 105	3 249 815	63 409 191
Densité généralistes lib/mix.	**108**	99	112	106	107	106
Densité spécialistes lib/mix.	**86**	61	77	71	76	94
Densité globale lib/mix.	**194**	160	189	177	183	201

Source : DREES – Les médecins au 1er janvier 2013 – Document de travail, Série statistiques, n° 179, avril 2013.

Note : la population totale retenue par la DREES correspond aux estimations de population provisoire de l'Insee au 1er janvier 2012, arrêtés fin 2012.

58% des médecins enregistrés en Ille-et-Vilaine exercent de façon libérale ou mixte. Les médecins mixtes exercent une activité libérale mais peuvent être en partie des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire. En considérant les seuls médecins exerçant à titre libéral ou mixte, l'Ille-et-Vilaine compte **108 généralistes et 86 spécialistes pour 100 000 habitants**. La proportion de généralistes place l'Ille-et-Vilaine à un niveau équivalent à la moyenne bretonne et nationale tandis que la proportion de spécialistes est supérieure à la moyenne bretonne et inférieure à la moyenne nationale.

Les médecins actifs réguliers

L'Ordre National des Médecins recense au 1er janvier 2013, 215 865 médecins inscrits en activité totale en France entière et 10 357 en Bretagne. L'activité totale comprend les médecins en activité régulière, les médecins remplaçants et les médecins temporairement sans activité.

Les effectifs en activité générale en Bretagne au 1er janvier 2013

	2007	2013	Evolution
Activité régulière	8 810	9 139	3,7%
Remplaçant	450	560	24,4%
Temporairement sans activité	286	279	- 2,4%
Retraité actif	95	379	289,9%
Sous-total actifs	**9 641**	**10 357**	**7,4%**
Retraité	1 579	2 204	39,6%
Total	**11 220**	**12 561**	**12,0%**

Source : Ordre National des Médecins – La démographie médicale en région Bretagne, situation en 2013.

Le nombre de médecins actifs a progressé sensiblement en Bretagne entre 2007 et 2013 avec une hausse cumulée de 716 praticiens, représentant 7,4% de croissance. Cette hausse contraste avec l'évolution observée au niveau national où l'augmentation n'a été que de 0,9% sur la période. A noter toutefois, que près de la moitié des actifs supplémentaires en Bretagne est constituée par des médecins retraités qui ont fait le choix de rester en activité.

En Ille-et-Vilaine, la situation pointée par l'Ordre National des Médecins au 1er janvier 2014, fait apparaitre une évolution favorable du nombre d'actifs. **L'Ille-et-Vilaine fait partie des cinq départements ayant enregistré la plus forte hausse sur la période 2007-2014 avec 7,4% d'augmentation** (la Loire Atlantique est le second département enregistrant la plus forte hausse avec +11,7%)[26]. L'évolution est cependant nettement moins favorable au regard des actifs réguliers et singulièrement des médecins généralistes.

L'analyse de la démographie médicale conduite par le Conseil de l'Ordre des Médecins privilégie la notion d'actifs réguliers. En application des dispositions de l'article R 4127-85 du code de la santé publique, l'activité régulière détermine, comme lieu habituel d'exercice du médecin, sa résidence professionnelle, au titre de laquelle, il est inscrit sur le tableau du Conseil départemental conformément à l'article L 4112-1.

Au 1er janvier 2013, le tableau de l'Ordre recense 199 419 médecins inscrits **en activité régulière** en France métropolitaine, **9 139 en Bretagne et 3 014 en Ille-et-Vilaine.**

Des quatre départements bretons, seul le Finistère a vu le nombre de médecins généralistes (actifs réguliers) augmenter significiativement depuis 2007 (+37). Le Morbihan compte seulement sept praticiens de plus, tandis que l'Ille-et-Vilaine et les Côtes d'Armor ont vu leurs effectifs baisser, respectivement de 7 et 25 praticiens. Face à une croissance démographique soutenue, en Ille-et-Vilaine notamment, la densité du nombre de généralistes régresse rapidement. **Avec 1 365 médecins généralistes actifs réguliers, elle s'établit à 134 médecins pour 100 000 habitants en Ille-et-Vilaine en 2013.**

Avec 1 649 médecins spécialistes actifs réguliers, l'Ille-et-Vilaine compte 162 médecins pour 100 000 habitants et bénéficie ainsi de la plus forte densité de spécialistes en Bretagne. Celle-ci demeure néanmoins inférieure à la densité moyenne observée en France métropolitaine de 169 spécialistes pour 100 000 habitants.

Au niveau de la Bretagne, la localisation des CHRU à Rennes et Brest profite à l'Ille-et-Vilaine et au Finistère qui bénéficient d'une densité de médecins spécialistes supérieure à celle du Morbihan et des Côtes d'Armor. Par ailleurs, la localisation des facultés de médecine influe sur le lieu de première installation des jeunes médecins, le Conseil de l'Ordre souligne que l'installation de médecins étrangers (Européens et Extra-Européens) se produit plus facilement dans les départements où il n'existe pas de CHRU.

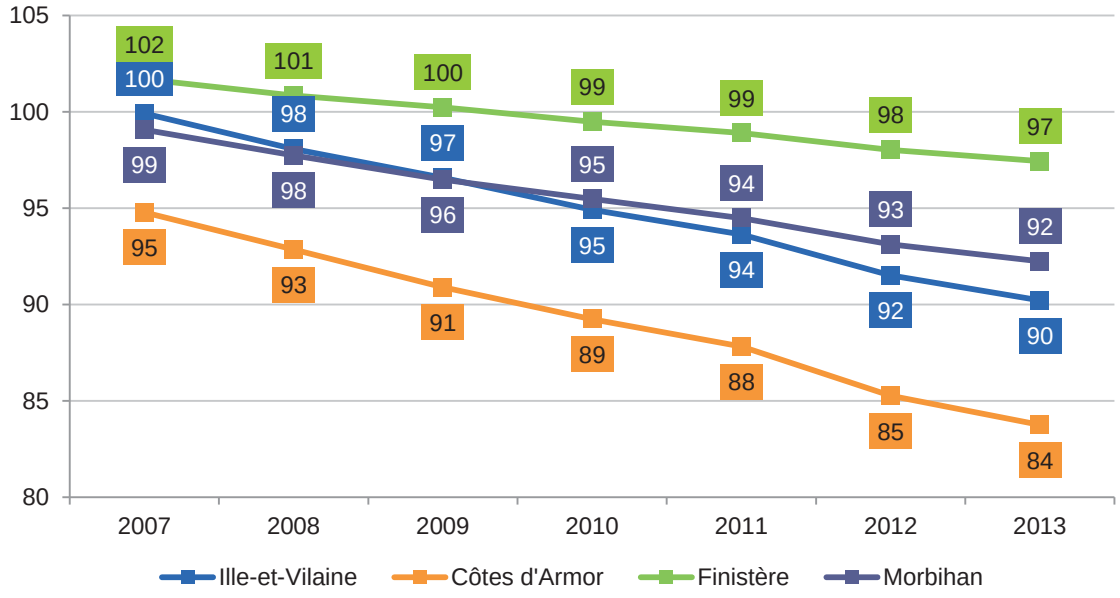
[26] Cf. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014 – Ordre National des Médecins.

En Ille-et-Vilaine, la moyenne d'âge des médecins généralistes actifs réguliers est de 51 ans et celle des médecins spécialistes de 49 ans. Les praticiens de 60 ans ou plus représentent 22% des généralistes et 19% des spécialistes, tandis que ceux de moins de 40 ans représentent 15% des généralistes et 22% des spécialistes.

Sur les 3 014 médecins actifs réguliers dans le département, 47,2% exercent en libéral, 44,8% sont salariés et 7,9% en mixte.

Focus sur les médecins généralistes libéraux

Evolution de la densité de médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière pour 100 000 habitants dans les quatres départements bretons



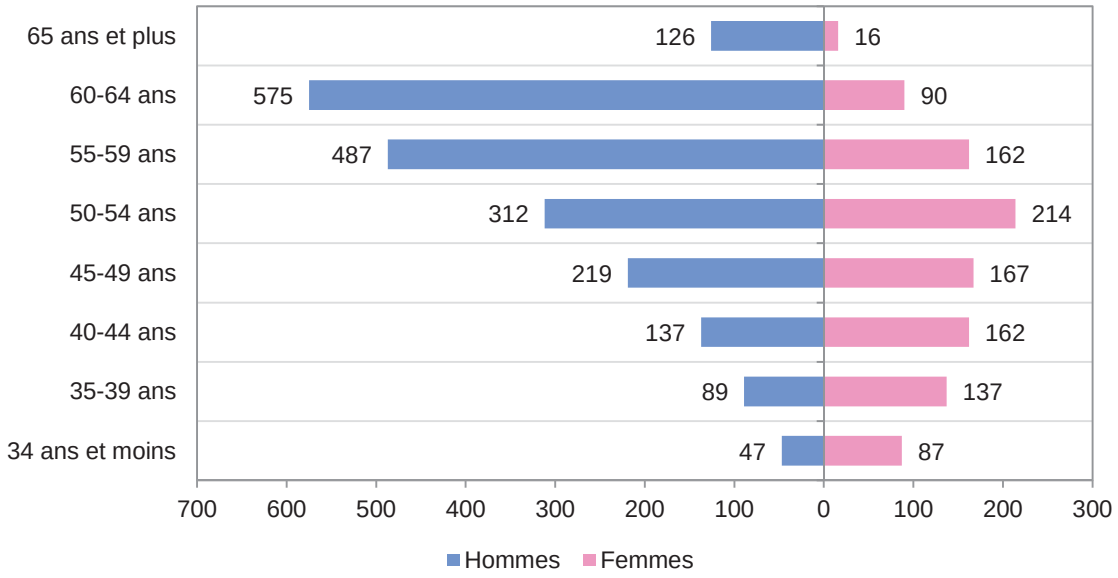
Source : Ordre National des Médecins – La démographie médicale en région Bretagne, situation en 2013.

Le nombre de médecins généralistes exerçant à titre régulier en activité libérale ou mixte a baissé dans les quatre départements bretons entre 2007 et 2013 tandis que dans le même temps, la population a continué d'augmenter, de 0,36% par an en moyenne dans le Finistère à 1% par an en Ille-et-Vilaine. La couverture de la population par les médecins généralistes libéraux et mixtes s'est donc réduite dans l'ensemble de la Bretagne.

L'Ille-et-Vilaine enregistre la deuxième baisse la plus forte après les Côtes d'Armor entre 2007 et 2013, conduisant à une densité moyenne de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Par ailleurs, la structure par âge des médecins généralistes libéraux bretons n'augure pas d'une évolution favorable. Agés en moyenne de 52 ans, les médecins généralistes libéraux ou mixtes de 60 ans et plus représentent 27% de la profession (24% en Ille-et-Vilaine) et ceux de moins de 40 ans 12% (13%en Ille-et-Vilaine).

Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux ou mixtes en Bretagne



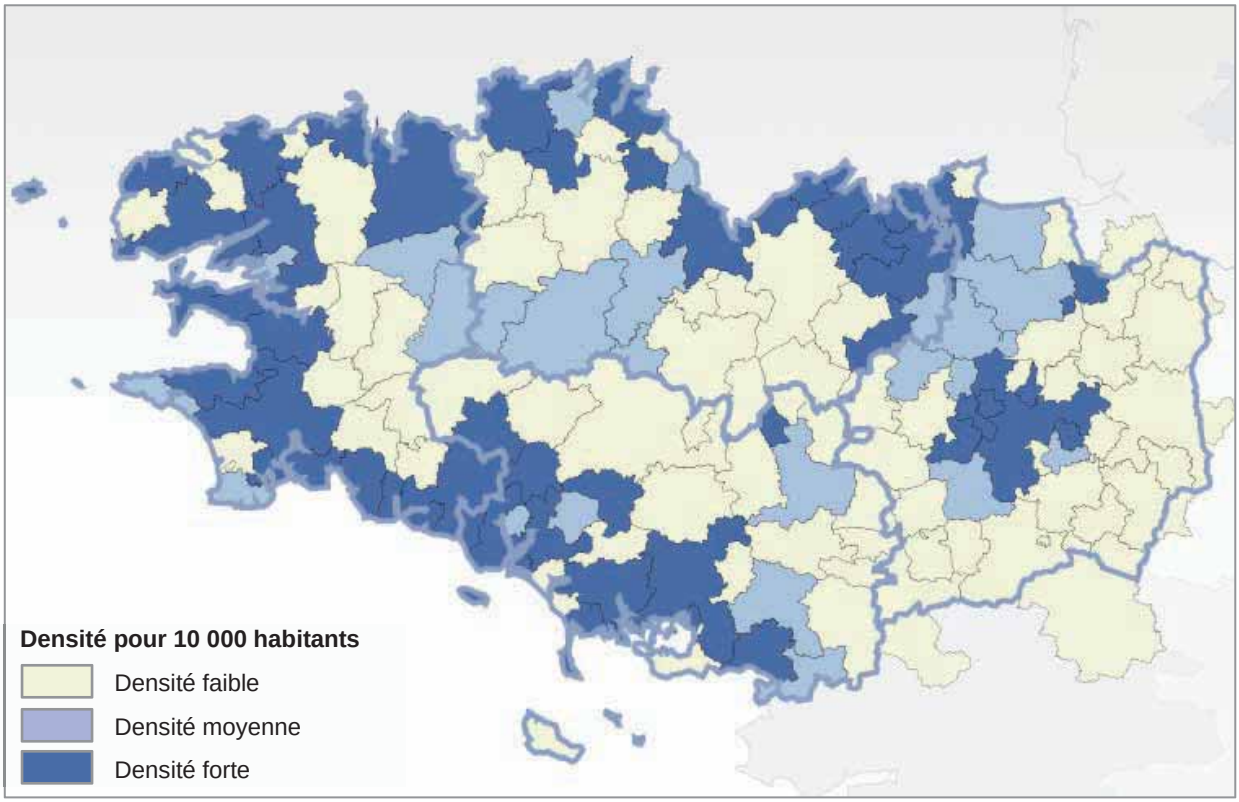
Source : Ordre National des Médecins – La démographie médicale en région Bretagne, situation en 2013.

L'approche par bassin de vie

Dans son analyse territoriale de la démographie médicale, l'Ordre National des Médecins a retenu le périmètre du bassin de vie. Le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants, incluant l'accès aux soins de médecine générale.

L'analyse de la densité de médecins généralistes par rapport à la population des bassins de vie en Bretagne conclut que **25 bassins de vie sur 42 en Ille-et-Vilaine ont une faible densité de médecins généralistes par habitant.**

Densité de médecins généralistes libéraux ou mixtes par bassin de vie en Bretagne au 1er janvier 2014



Source : www.conseil-national.medecin.fr

Remarque : le zonage des bassins de vie a été actualisé par l'Insee en 2012. La carte ci-dessus a été réalisée à partir de la nomenclature antérieure des bassins de vie.

Le diagnostic du Schéma régional de l'organisation des soins 2012-2016

"Avec une densité comparable à la moyenne nationale pour les médecins généralistes libéraux, de l'ordre de 99 praticiens pour 100 000 habitants, la Bretagne se classe au 11e rang des régions de France métropolitaine les mieux pourvues. Toutefois, alors que la région gagnait en moyenne chaque année une dizaine de médecins généralistes, même si le nombre de médecins généralistes a peu augmenté depuis 2007 (+1 %), on observe en 2011 une stabilisation des effectifs.

Aujourd'hui, plus d'¼ de la profession est âgé de plus de 60 ans, ce qui signifie grossièrement une cessation d'activité de ces professionnels dans les 5 prochaines années.

La question la plus urgente à résoudre est le maintien d'une offre en médecine générale sur certains territoires, notamment ruraux, en situation de fragilité. Dans le scénario simpliste présenté précédemment, 800 départs sont à envisager dans les 5 prochaines années pour 500 installations (une centaine par an en moyenne), ce qui laisse présager des difficultés dans les territoires où la part de médecins âgés est élevée et la densité de médecins déjà faible. Par ailleurs, la perte de médecins peut avoir une répercussion sur l'installation ou le maintien d'autres professionnels de santé, notamment paramédicaux et pharmaciens, dont le niveau d'activité et donc la viabilité économique, dépend de la présence d'une offre médicale sur le territoire.

Le maintien d'une médecine générale de proximité est donc un enjeu majeur, au risque de renforcer les inégalités spatiales d'accès aux soins par l'augmentation des distances à parcourir."

Source : ARS Bretagne – SROS 2012-2016

B) L'organisation territoriale mise en place par l'ARS de Bretagne

En application de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, dite aussi loi « HPST », l'ARS Bretagne a défini les territoires de santé pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours.

Au nombre de 8, ces territoires de santé sont organisés autour des besoins d'un bassin de population, d'une gradation de l'offre de soins et des plateaux techniques, et de la mise en œuvre de filières territoriales de santé.

Les 8 territoires de santé :

- Territoire de santé 1 : Brest - Carhaix-Morlaix
- Territoire de santé 2 : Quimper - Douarnenez-Pont l'Abbé
- Territoire de santé 3 : Lorient - Hennebont
- Territoire de santé 4 : Vannes - Ploërmel - Malestroit
- Territoire de santé 5 : Rennes - Redon - Fougères - Vitré
- Territoire de santé 6 : Saint Malo - Dinan
- Territoire de santé 7 : Saint Brieuc - Lannion - Guingamp
- Territoire de santé 8 : Loudéac - Pontivy

Source : Programme régional de santé de Bretagne.

Le territoire de santé est le périmètre de référence pour :

- l'organisation de l'offre de services de santé ;
- l'organisation de la démocratie locale incarnée par les conférences de territoires ;
- la mise en œuvre d'actions, notamment aux travers des territoires de proximité, sur tous les champs de compétence de l'ARS.

Une **conférence de territoire** a été installée sur chacun des 8 territoires de santé. Elle est le lieu de la concertation dans le territoire de santé.

Les **programmes territoriaux de santé** viennent décliner le projet régional de santé sur chacun des huit territoires de santé.

C) L'analyse de l'offre de santé de premier recours par territoire de santé

Diagnostic sur le territoire de santé n° 5

"Le territoire n° 5 se caractérise par une offre en infirmiers libéraux la plus faible de la région, **comparable pour les médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes et la plus élevée pour les dentistes libéraux**.

L'évolution des effectifs depuis 2007 est positive et supérieure à la moyenne régionale pour toutes ces professions de santé et la répartition par âge montre un taux de professionnels âgés plus faible que sur le reste de la région.

Ces chiffres plutôt satisfaisants s'expliquent principalement par la présence et l'attractivité de Rennes et sa métropole, qui concentrent la majorité des professionnels. Pour autant, **les cantons situés aux extrémités du territoire présentent une fragilité en offre de soins de premier recours** avec une part de professionnels âgés plus importante au regard de l'ensemble du territoire ou de la région.

Sur les cantons du Grand-Fougeray, Le Sel-de-Bretagne, Retiers, La Guerche-de-Bretagne, Argentré du-Plessis, Louvigné-Du-Désert et Saint-Brice-en-Coglès, les densités de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux sont faibles, voire très faibles.

Le territoire n° 5 est un secteur qui bénéficie également d'une offre en médecine de spécialité élevée qui s'explique par la présence d'établissements hospitaliers importants et en nombre."

Source : L'offre médico-sociale et sanitaire pour personnes âgées, diagnostic au 31 décembre 2011 sur le territoire n°5 – Juin 2012.

Diagnostic sur le territoire de santé n° 6

"Le territoire n° 6 est le territoire de santé le mieux pourvu en médecins généralistes de la région (10,7 médecins pour 10 000 habitants contre 9,8 pour la région). **Il présente toutefois des densités sensiblement inférieures à la moyenne régionale pour les autres professions** (infirmiers, masseurs-kiné, dentistes).

L'évolution des effectifs depuis 4 ans démontre l'attractivité du territoire pour toutes les professions de santé et plus particulièrement pour les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes libéraux.

Le niveau de dotation par canton présente une offre satisfaisante sur les pôles urbains du territoire alors que **des situations de fragilité existent sur le canton de Pleine-Fougères notamment**.

La répartition par âge est proche de la tendance régionale pour ces professions de santé à l'exception des médecins généralistes libéraux dont la part des 60 ans et plus représentent plus de 28 % des effectifs."

Source : L'offre médico-sociale et sanitaire pour personnes âgées, diagnostic au 31 décembre 2011 sur le territoire n°6 – Juin 2012.

Les zones prioritaires sur l'offre de soins de premier recours identifiées par l'ARS

L'analyse de l'offre de soins de premier recours a conduit l'ARS Bretagne a établir une hiérarchisation des territoires en fonction de l'offre existante et a proposé une liste de zones prioritaires.

En Ille-et-Vilaine, **6 zones ont été classées prioritaires** :

- Argentré-du-Plessis
- Maure-de-Bretagne
- Pipriac
- Pleine-Fougères

- Plélan-le-Grand
- Retiers

5 zones ont été classées fragiles :

- Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine
- La Guerche-de-Bretagne
- Louvigné-du-Désert
- Pleurtuit
- Saint-Aubin du Cormier

8 zones ont été classées à surveiller :

- Bain-de-Bretagne
- Cancale
- Chartres-de-Bretagne
- Fougères
- Montauban-de-Bretagne
- Montfort-sur-Meu
- Saint-Aubin d'Aubigné
- Saint-Brice-en-Coglès

Enfin 15 zones sont classées avec peu de difficultés et 12 zones sans difficultés.

D) L’offre sanitaire à destination des personnes âgées

Définition

L’offre hospitalière comporte différentes unités fonctionnelles organisées en filières de soins :

- un pôle d’évaluation pluridisciplinaire : consultations et/ou hôpital de jour gériatrique ;
- une unité de court séjour gériatrique ;
- une équipe mobile de gériatrie ;
- des soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ;
- des soins de longue durée.

Le pôle d’évaluation pluridisciplinaire

Les pôles d'évaluation gériatrique proposent des bilans approfondis réalisés de façon pluridisciplinaire. Ils collaborent au suivi du patient et proposent les aides utiles. Ces consultations et ces pôles fonctionnent en étroite collaboration et dans un souci de complémentarité, avec les consultations mémoire et les centres mémoire de ressources et de recherche. Ils permettent aux personnes âgées d’éviter un passage par le service des urgences. Le cas échéant, la prise en charge peut être réalisée sous forme d'hospitalisation de jour.

Le court séjour gériatrique

L’unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l’origine d’une dépendance physique et/ou psychique ou d’un risque de dépendance majeure, et par l’intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. Ces patients sont hospitalisés en raison de l’aggravation d’une de ces pathologies ou de la survenue d’une affection aiguë.

L’équipe mobile de gériatrie

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l’orientation des patients âgés qu’ils accueillent en apportant un avis spécialisé.
L’équipe mobile gériatrique intervient à la demande, dans l’ensemble des services des établissements de santé, notamment dans la structure des urgences pour :

- dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique,
- contribuer à l’élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques,
- les orienter dans la filière de soins gériatriques, incluant les hôpitaux locaux,
- participer à l’organisation de leur sortie en s’articulant avec les dispositifs de soutien à domicile,
- conseiller, informer et former les équipes soignantes.

Les soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes

Les soins de suite à orientation gériatrique accueillent des personnes âgées poly-pathologiques suite à une hospitalisation pour une affection médicale et/ou chirurgicale. Elles assurent une prise en charge médico-psycho-sociale ainsi que rééducative et ré-adaptative.

Il peut s’agir :

- d’une pathologie médicale» cardiaque**,** dermatologique, digestive, systémique et oncologique,
- d’une pathologie «post-chirurgicale**»**, viscérale et orthopédique post-fracturaire.

L'équipe multidisciplinaire intervient autour de la personne en cohérence avec un projet défini avec la personne et son entourage.

Les unités de soins de longue durée (USLD)

Les USLD sont des établissements sanitaires au sens du Code de la Santé publique mais bénéficient d'une autorisation et de financements conjoints de l'Agence Régionale de Santé et du Département. A l'instar de la tarification des EHPAD, le département intervient en effet pour arrêter annuellement le prix de journée facturé aux résidents et leur alloue une dotation globale APA.

Ces structures accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie durable. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médico-psycho-social rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

La réforme mise en place entre 2008 et 2010 a redimensionné l'offre d'hébergement en USLD.

Ainsi en Ille-et-Vilaine, 505 places réparties sur 8 établissements ont été maintenues, contre 1528 avant la réforme, la différence ayant été requalifiée en EHPAD.

L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne. Elle assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne…) et médicalisée (il y a toujours un médecin coordonnateur en HAD).

La prise en charge intègre l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les professionnels sanitaires et sociaux de la ville (médecins traitants, professionnels de santé libéraux, officines pharmaceutiques, services à domicile, services sociaux).

L'Ille et Vilaine dispose de **54 établissements de santé répartis** en 13 établissements publics et 41 privés.
Le département disposait fin 2013 de :

- **2 247 lits et places de médecine** pour un taux d'équipement de 2,2 places pour 1000 habitants contre 2,3 en Bretagne et en France métropolitaine,
- **1 525 lits et places de SSR** pour un taux d'équipement de 1,5 place contre 1,7 en Bretagne et France Métropolitaine. L'activité des SSR est constituée à 43 % de personnes de plus de 75 ans,
- **7 établissements proposent un SSR pour personnes âgées polydépendantes** (PAPD) : CH de Saint Malo, Redon, Vitré, CHU La Tauvrais, pôle gériatrique de Rennes, Bourg des Comptes, et STV Bain de Bretagne.

L'offre sanitaire de court séjour

Nombre de places de court séjour en médecine et taux d'équipement pour 1000 habitants

	Ille-et-Vilaine	Côtes d'Armor	Finistère	Morbihan	Bretagne	France métro.
Hospitalisation complète	**1 868**	1 138	1 850	1 868	6 281	117 503
Hospitalisation partielle	**224**	87	163	224	630	12 979
Hospitalisation à domicile	**155**	65	130	155	590	12 225
Total	**2 247**	1 290	2 143	2 247	7 501	142 707
Taux d'équipement	**2,2**	2,1	2,4	2,2	2,3	2,3

Source : STATISS.

248 places de courts séjour en médecine ont été créées dans le département entre 2006 et 2013 dont 89 places d'hospitalisation complète, 64 places d'hospitalisation partielle et 95 places d'hospitalisation à domicile. Ces créations de places représentent une hausse de l'offre de courts séjours en médecine de 12%.

En termes de taux d'équipement cependant, l'augmentation de capacité est en grande partie absorbée par l'augmentation de la population. En Ille-et-Vilaine, on compte ainsi 2,2 places pour 1000 habitants, soit 4,1% de plus qu'en 2006, une offre sensiblement équivalente à celle observé dans l'ensemble de la Bretagne et en France métropolitaine (2,3 places pour 1000 habitants).

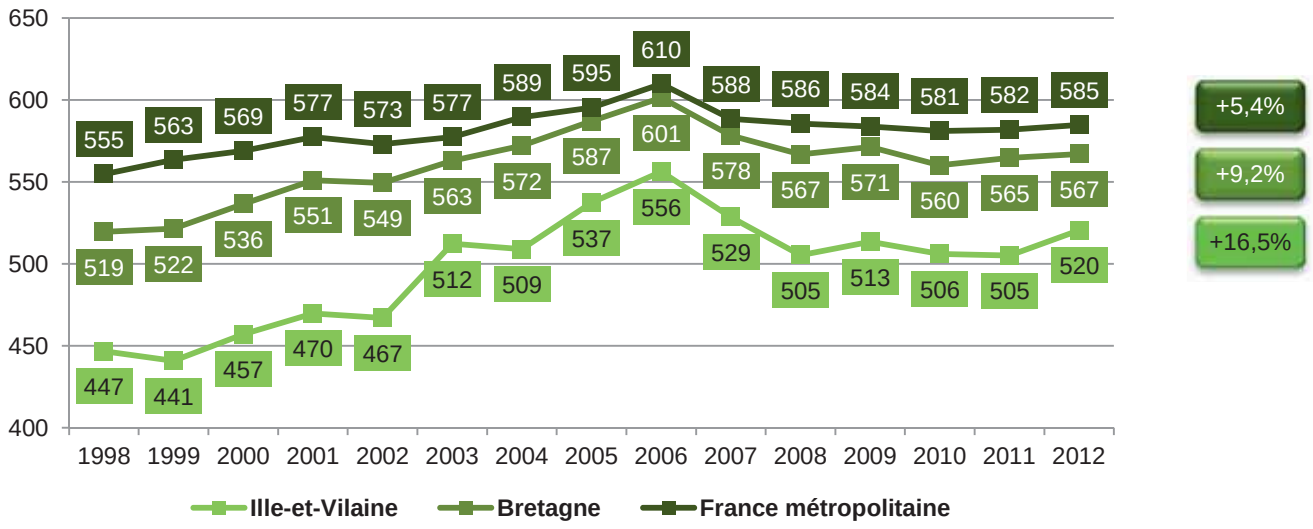
La morbidité hospitalière

Le taux de recours constitue un des indicateurs permettant de mesurer la morbidité hospitalière, c'est-à-dire, le nombre de patients pris en charge par les services des hôpitaux. Le taux de recours est égal au nombre de séjours hospitaliers annuels rapporté au nombre d'habitants.

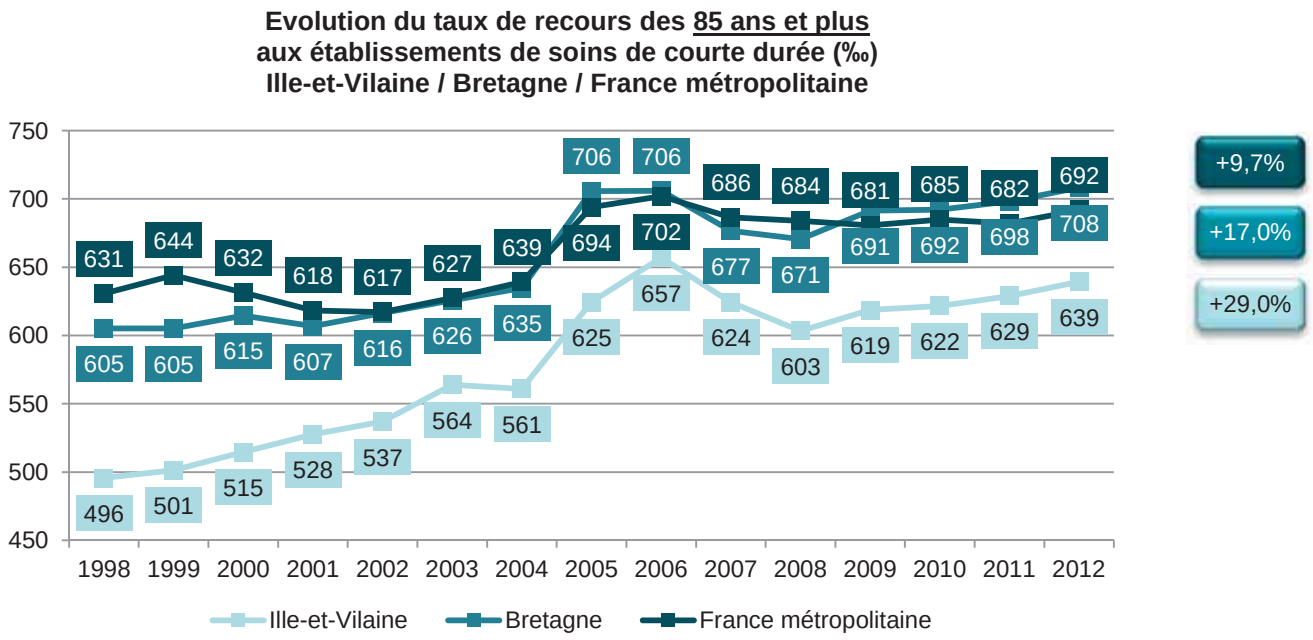
Le taux de recours aux établissements de soins de courte durée est naturellement corrélé à l'âge. On compte ainsi en moyenne, **200 séjours à l'hôpital pour 1000 habitants en Ille-et-Vilaine en 2012**, **520 chez les personnes de 75-84 ans et 639 chez les personnes de 85 ans et plus**.

L'élément notable se situe au niveau de l'évolution observée entre 1998 et 2012. Si le taux de recours de l'ensemble de la population a faiblement progressé, +2,3% en 14 ans, **le taux de recours des 75-84 ans a augmenté de 16,5% et celui des 85 ans et plus de 29%. On note ainsi un recours accru des personnes âgées aux soins hospitaliers.**

Evolution du taux de recours des 75-84 ans aux établissements de soins de courte durée (‰) Ille-et-Vilaine / Bretagne / France métropolitaine



Source : DREES – Données sur la morbidité hospitalière, août 2013.



Source : DREES – Données sur la morbidité hospitalière, août 2013.

Le taux de recours des personnes de 75-84 ans et des 85 ans et plus est plus faible en Ille-et-Vilaine qu'en Bretagne, lequel est un peu moins élevé qu'en France métropolitaine. Cependant, **le taux de recours des personnes âgées progresse plus rapidement en Ille-et-Vilaine**. **Le taux de recours des personnes de 75-84 ans a ainsi augmenté de 16,5% en Ille-et-Vilaine entre 1998 et 2012 contre +9,2% en Bretagne et +5,4% en France métropolitaine. On note un rattrapage encore plus rapide du taux de recours des personnes de 85 ans et plus en Ille-et-Vilaine : +29% contre +17% en Bretagne et +9,7% en France métropolitaine**.

Extrait des diagnostics de territoires ARS

"Sur le territoire de santé n°5, le taux de recours en médecine est plus faible que sur l'ensemble de la région. A l'inverse, chez les plus de 75 ans, le taux de recours est un peu plus élevé sur le territoire n°5 que sur l'ensemble de la région.

La moitié des hospitalisations en médecine (hospitalisation complète) des personnes âgées ne sont pas programmées car celles-ci surviennent après un passage aux urgences. Cela est un peu moins fréquent sur le territoire de santé n°5 que sur l'ensemble de la région."

"Sur le territoire de santé n°6, le taux de recours en médecine est un peu plus faible que le taux de recours sur l'ensemble de la région, y compris chez les plus de 75 ans. La majorité des hospitalisations en médecine (hospitalisation complète) des personnes âgées ne sont pas programmées car celles-ci surviennent après un passage aux urgences. Cela est particulièrement fréquent sur le territoire de santé n°6."

"L'hôpital public de proximité : il atteint 80 % et plus d'hospitalisation en provenance des Urgences, en lien avec une part de personnes âgées de plus de 75 ans élevée (de 42 % à 56 %). La part des niveaux de sévérité 3 et 4 est également élevée (certains de ces établissements ont une activité gériatrique prépondérante). La situation de la ressource médicale ambulatoire dans ces communes et de la permanence des soins peut influer les flux et taux de recours à l'hospitalisation.

L'hôpital public dit de référence : de 64 à 75 % d'hospitalisation en provenance des Urgences, avec un gradient nord/ sud et une part des personnes âgées de plus de 75 ans autour de 33 %.

Les CHU, de 51 à 58 % d'hospitalisation en provenance des Urgences, avec une part des personnes âgées de plus de 75 entre 25 % et 29 % et des niveaux de sévérité 3 et 4 de l'ordre de 12 %.

Les établissements de santé privés présentent les taux les plus bas d'hospitalisation en provenance des Urgences (36 % à 47 %) avec une part des personnes âgées de plus de 75 ans (de 23 % à 33 %) mais la part des niveaux de sévérité 3 et 4 est moindre (2 % à 7,7 %)."

1.5 Les dispositifs de coordination

Les comités d'observation de la dépendance et de médiation (CODEM)

Les comités d'observation de la dépendance et de médiation (CODEM) ont été systématisés en Ille-et-Vilaine à partir de 1998. Ils devaient alors rassembler les différents acteurs locaux, et les équipes médico-sociales. Ce sont des lieux de médiation et de concertation entre professionnels de l'action gérontologique. Leurs missions sont définies comme suit :

- recueillir les données relatives à la population âgée du secteur gérontologique,
- évaluer les besoins et demandes exprimées par les personnes âgées et leurs familles,
- élaborer des projets et favoriser les actions collectives pour répondre aux besoins non satisfaits des personnes,
- informer le comité des besoins de la population âgée et faire des propositions,
- constituer un lieu de médiation et de concertation entre les participants à l'action gérontologique

Il existe 16 CODEM en Ille-et-Vilaine, soit un maillage départemental complet. A chaque territoire de CODEM correspond généralement un territoire de CLIC, à l'exception de deux secteurs, sur lesquels il y a un CLIC pour deux CODEM.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Les centres locaux d'information et de coordination sont des services de proximité, s'adressant aux personnes âgées de plus de 60 ans. En Ille-et-Vilaine, le CLIC est aussi un lieu d'accueil pour les personnes handicapées, ayant été missionné comme antenne MDPH sur le territoire. C'est un lieu d'accueil gratuit, centre de ressources et d'informations. Il oriente personnes âgées et personnes en situation de handicap dans le dispositif d'offre de services et de prestations, sur la base du besoin des personnes.

En plus du service aux personnes, le CLIC assure aussi la coordination sur son territoire : en informant les différents partenaires, organisant les rencontres, contribuant au partage de connaissances et d'expériences. Sur ce volet, il travaille en cohérence avec les orientations prises par le CODEM. Il développe des actions de prévention, en mobilisant les acteurs locaux, et assure le pilotage de projets dans un cadre partenarial.
Il organise aussi, pour certains, la coordination pluri partenariale autour de situations individuelles.

En principe, il existe 3 niveaux de compétences, correspondant aux niveaux de labellisation du CLIC :

- label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil, de soutien aux familles ;
- label niveau 2 : en plus du niveau 1, les missions d'évaluation des besoins, et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- label niveau 3 : en plus du niveau 2, les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

En Ille-et-Vilaine, les CLIC de niveau 3 ont la particularité de ne pas faire d'évaluation à domicile ni de suivi du plan d'aide. Cela s'explique par la présence des Equipes médico-sociales du Conseil général.

Exception cependant de quelques CLIC qui ont passé convention avec la CARSAT : ils peuvent procéder à l'évaluation des personnes en GIR 5 et 6. Il s'agit des CLIC en Marches, Trois Cantons et Alli'âges.
Le rôle du CODEM est donc redéfini avec l'arrivée des CLIC : le CODEM est l'instance politique, le CLIC l'instance technique.

La méthode MAIA

Actuellement, **M**aison pour l'**A**ccompagnement et l'**I**ntégration des malades d'**A**lzheimer, l'acronyme MAIA devrait évoluer dans la future loi de l'Adaptation de la société au vieillissement pour devenir : « **M**éthode d'**A**ction pour l'**I**ntégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'**A**utonomie. Née du constat de la fragmentation de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment pour l'accès

aux soins et aux aides, la MAIA a vocation à apporter une réponse à l'accès aux ressources locales et à la fluidité du parcours de vie des usagers.

Il s'agit d'un dispositif visant à mettre en œuvre, sur un territoire, une nouvelle méthode de travail entre les professionnels, poursuivant l'objectif d'intégration. Il s'agit de :

- Renforcer l'articulation entre les professionnels des champs sanitaire, social, médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants ;
- Simplifier les parcours ;
- Réduire les doublons d'évaluations ;
- Eviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes ;
- Améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

Les publics pris en compte par la MAIA sont les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et, plus largement, les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle. Les personnes en situation complexe sont orientées vers la gestion de cas. Mais la population concernée par le dispositif est plus large : la MAIA ne se limite pas à la gestion de cas, mais vise la fluidification du parcours des personnes âgées, par le processus d'intégration.

Trois niveaux d'intervention participent au mouvement d'intégration :

- **Le niveau stratégique** (la table stratégique), regroupe les décideurs et financeurs. L'objectif est l'ajustement de la planification, de l'évaluation et de la régulation de l'offre de services sur le territoire, via les retours d'information de la table tactique et de la gestion de cas.
- **Le niveau tactique** (la table tactique), regroupe les professionnels de l'hôpital, les représentants de libéraux, d'établissements pour personnes âgées, d'acteurs du domicile, du Conseil général, de l'ARS. Le niveau de représentation doit être décisionnel. Ils travaillent sur l'harmonisation les pratiques, l'amélioration de la lisibilité du système de soins et d'aides ; travail sur des outils communs, sur le guichet intégré. Ainsi, le **guichet intégré** ne se réfère pas à un lieu physique mais à un processus d'orientation homogène dont les partenaires sont coresponsables. Il s'agit d'un projet collectif porté en partenariat.
- Le niveau opérationnel : **la gestion de cas**
  - ⇨ Objectif : suivi individuel et intensif de certaines personnes dont la situation est dite complexe, par des professionnels dédiés (système de référent).
  - ⇨ Organisation : le gestionnaire de cas est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels concernés. Il travaille avec un outil d'évaluation multidimensionnelle, un plan de services individualisé (afin d'articuler les interventions), un système d'échange d'informations.
  - ⇨ Le pilote MAIA est l'animateur de la concertation et responsable fonctionnel des gestionnaires de cas. Choisi par le porteur du dispositif et l'ARS, il assure le lien entre les deux tables et la gestion de cas.

Les réseaux de santé

Les réseaux de santé introduits par la loi du 4 mars 2002[27], sont un dispositif de coordination des parcours de santé entre les secteurs de l'offre de soins. Jusqu'à présent, ils s'adressent à une population cible et répondent à des besoins de santé spécifiques. À titre d'exemple, un réseau gérontologique s'adresse à des personnes âgées de plus de 60 ans, atteintes de maladies chroniques ou aigues, qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire.

Ces réseaux sont autorisés et financés par l'Agence Régionale de Santé sur le Fond d'Intervention Régional (FIR).

En Ille et Vilaine, il existe le réseau gérontologique *Géront'Emeraude* qui intervient sur Saint-Malo et le Pays Malouin.

Les orientations nationales de 2012 incitent à faire évoluer les réseaux de santé afin de mieux répondre aux besoins. La loi confère au médecin généraliste un rôle de pivot dans l'organisation et l'entrée dans le

[27] Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art.L6321-1 et L6321-2 du code de la santé publique).

système de soins, de suivi du patient et de coordination de son parcours, de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

Les réseaux de santé doivent devenir des missions d'appui aux médecins généralistes pour la prise en charge des situations complexes leur permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et mieux orienter leurs patients. Il est préconisé la polyvalence des réseaux. Une articulation avec les autres dispositifs de coordination de proximité (MAIA, CLIC, HAD, SSIAD, SAMSAH …) devra être recherchée.

Les filières gériatriques

La filière gériatrique[28] hospitalière constitue un maillon du dispositif de coordination. Sa mission est de contribuer aux parcours de la personne âgée à titre de conseil et d'expertise gériatrique. Elle constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l''intégralité des parcours possibles du patient âgé. Elle s'inscrit dans une politique de réponse globale et participe à la structuration du parcours de soin et à l'accompagnement de la personne âgée en s'articulant avec les coordinations de proximité.

Sur un territoire donné, la filière a pour objectifs :

- de proposer des dispositifs de soins gériatriques nécessaires à la réponse aux besoins de santé des personnes âgées y compris en santé mentale ;
- d'assurer les évaluations gériatriques.

Elle assure que le patient âgé puisse bénéficier :

- d'un avis gériatrique si possible préalable à l'hospitalisation,
- d'une palette complète d'interventions spécifiques de soins en gériatrie (court séjour, équipe mobile, unité de consultations et d'hospitalisations, SSR, USLD),
- d'un accès à un plateau technique,
- d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation.

En outre, elle assure un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie notamment pour les médecins généralistes.

La filière s'appuie sur un établissement support (centre hospitalier disposant de l'ensemble des services spécialisés en gériatrie) qui a vocation à formaliser les liens avec les autres établissements hospitaliers de son territoire de filière.

Elle s'articule avec la MAIA et les dispositifs de proximité existants et à venir.

La formalisation de ces filières est actuellement en cours. Elle s'appuie sur le déploiement en 2015 à l'échelle de la région Bretagne d'un outil, une convention constitutive type, servant de support à la formalisation des partenariats. Cet outil a fait l'objet d'une réflexion au sein d'un groupe de travail animé par la Direction territoriale 35 en lien avec la conférence de territoire 5, le Conseil général et le coordonnateur de la thématique *personnes âgées* de l'ARS. Ce groupe de travail rassemblait une vingtaine de membres et visait une représentation plurielle en termes de métiers, structures, taille de structures et de territoire.

A terme, le département d'Ille-et-Vilaine devrait être pourvu de **5 filières gériatriques** :

- Pays de Fougères, porté par le Centre hospitalier de Fougères
- Pays de Redon, porté par le Centre hospitalier de Redon
- Pays de Rennes, Brocéliande et Vallons de Vilaine, porté par le CHRU de Rennes en lien avec le pôle gériatrique de Chantepie et Bain de Bretagne
- Pays de Saint Malo, porté par le Centre hospitalier de la Côte d'Émeraude,
- Pays de Vitré porté par le Centre hospitalier de Vitré

[28] circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques / circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires (PSP / MSP)

Regroupant des activités médicales et paramédicales, les MSP favorisent les prises en charge coordonnées et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels. Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires. Leur fonctionnement repose sur un mode d'exercice multidisciplinaire et coordonné.

Les coordinations locales

Outre les coordinations portées par les CLIC, le diagnostic réalisé en 2014 sur ce thème met en évidence d'autres types de coordination ou échanges de pratiques.

Sont recensées deux modalités de coordination :

- ✓ Les « **instances de concertation partenariale** » : correspondant au **niveau organisationnel**, ces espaces peuvent prendre différentes formes : réunions entre différents acteurs pour favoriser l'interconnaissance, échanger autour de problématiques communes, travailler autour d'outils communs, favoriser les mutualisations. Il s'agit de se concerter pour essayer de fluidifier, de manière globale, le parcours des personnes sur un territoire.

  On peut distinguer deux types d'espaces de concertation en fonction des acteurs concernés :

  - **Des réseaux thématiques** : par exemple, des réunions régulières entre directeurs d'établissements sur un secteur.
  - **Des réseaux généraux** : regroupent des acteurs du territoire, de différents services, secteurs, champs. Par exemple, des réunions type CODEM qui ont vocation à regrouper un large panel d'acteurs.

Une différence peut aussi être faite selon les objectifs de ces réunions : Interconnaissance / Discussion autour de problématiques communes / Projets / Articulation, création d'outils communs. On constate une hétérogénéité infra-départementale sur ce type de coordination.

- ✓ Les « **instances de coordination autour de situations individuelles** » : correspondant au **niveau opérationnel**, elles ont pour objectif de réunir plusieurs partenaires concernés par une situation, en vue de trouver une solution avec un regard pluridisciplinaire, de coordonner les interventions autour d'une personne. Il s'agit de se rencontrer pour échanger sur des situations individuelles tant sur le maintien à domicile que sur les sorties d'hospitalisation.

  Elles ont vocation à permettre une analyse des situations et des échanges de pratiques ou encore le passage d'information et l'articulation entre les différents professionnels intervenant autour d'un même usager.

Les porteurs de ces coordinations : on peut identifier **deux porteurs principaux des coordinations individuelles** : l'équipe médico-sociale du CDAS et le CLIC. A la marge, certaines réunions peuvent être portées par un binôme CLIC/EMS.

Pour les réunions d'échanges de pratiques, le CDAS est très souvent porteur, parfois en binôme avec le CMP ou le CCAS. Pour les réunions autour des sorties d'hospitalisation, il s'agit en général des Assistants sociaux des hôpitaux. On constate un maillage territorial presque complet pour les situations concernant les personnes âgées (exception faite de 3 secteurs) et un maillage territorial très hétérogène pour les situations concernant les personnes en situation de handicap (6 secteurs non couverts). L'organisation de ces rencontres reste perfectible notamment dans leur formalisation.

1.6 L'action des collectivités territoriales en matière d'accessibilité

Les collectivités territoriales jouent un rôle primordial dans l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en particulier à travers l'intervention des centres communaux d'action sociale (CCAS). Avec la loi du 11 février 2005, les collectivités se sont vues confier de nouvelles responsabilités pour améliorer l'accessibilité.

Les principes mis en place par la loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a pour ambition de changer le regard que notre société porte sur le handicap. Elle s'appuie sur les quatre axes suivants :

1. L'accessibilité pour tous sans exclusion.

La loi prend en compte toutes les formes de handicap : moteurs, sensoriels, cognitifs, psychiques. Elle concerne les personnes handicapées, les personnes à mobilité réduite, y compris de manière temporaire.

2. L'accessibilité de l'ensemble de la chaîne des déplacements.

Pour la première fois, une loi considère de façon intégrée le cadre bâti, les espaces publics, la voirie, les systèmes de transport et leur inter-modalité. L'enjeu est bien d'éliminer tout obstacle, toute rupture dans le cheminement des personnes atteintes d'une quelconque déficience.

3. L'agenda de mise en accessibilité

La loi prévoyait un calendrier de mise en œuvre de la loi avec une échéance au 1er janvier 2015. Cette date limite demeure mais l'élaboration d'un Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) autorise un délai pour les ERP qui ne respecteraient pas leurs obligations d'accessibilité. L'Ad'AP correspond à un engagement de réaliser des travaux dans un délai déterminé (jusqu'à 3 ans, sauf cas particuliers), de les financer et de respecter les règles d'accessibilité. Le dossier d'Ad'AP doit obligatoirement être déposé auprès des mairies avant le 27 septembre 2015.

4. Une accessibilité concertée.

La loi est le fruit de la concertation avec les associations représentant les personnes handicapées. Celles-ci sont régulièrement entendues au sein des différentes instances créées pour la mise en œuvre de la loi.

Celle-ci est évaluée tous les trois ans lors de la Conférence nationale du handicap, laquelle est suivie d'un rapport du Gouvernement au Parlement.

La mise en accessibilité du cadre de vie, édictée par la loi du 11 février 2005, s'appuie notamment sur les éléments suivants :

- la concertation avec les acteurs concernés par la création des **Commissions communales et intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées**
- **l'établissement d'une programmation des travaux nécessaires :**
  - plans de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics ;
  - schémas directeurs d'accessibilité ;
  - diagnostics des établissements recevant du public.

Source : Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie.

Les commissions communales et intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées (CCAPH et CIAPH)

Règlementation

L'article L.2143-3 du code général des collectivités territoriales impose la création dans toutes les communes de plus de 5 000 habitants, d'une commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées (CAPH).

Présidée par le maire, cette commission est composée des représentants de la commune, d'association d'usagers et d'associations représentant les personnes handicapées.

Cette commission exerce 4 missions :

- elle dresse le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports.
- elle établit un rapport annuel présenté en conseil municipal.
- elle fait toutes propositions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de l'existant.
- elle organise un système de recensement de l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées.

La loi prévoit également la création d'une commission intercommunale dans les EPCI de plus de 5 000 habitants qui exercent en plus la compétence "transports" ou "aménagement du territoire".

Les missions de la commission intercommunale sont les mêmes que celles d'une commission communale mais elles se limitent aux compétences institutionnelles de l'EPCI.

Les communes peuvent transférer une ou plusieurs missions de la commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées à la commission intercommunale grâce à une convention signée entre les communes et l'EPCI.

Source : Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie

Situation en Ille-et-Vilaine

L'Ille-et-Vilaine compte 33 communes de plus de 5000 habitants représentant 54% de la population départementale et 24 EPCI depuis la nouvelle organisation intercommunale effective au 1er janvier 2014. Le bilan dressé par la DDTM d'Ille-et-Vilaine au 1er juillet 2012 a établi que 94,1% des commissions communales et 90% des commissions intercommunales avaient été mises en place dans le département.

Les plans de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE)

Les objectifs du PAVE

Le plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE) est prévu par l'article 45 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Il fixe au minimum, les dispositions susceptibles de rendre accessible aux personnes handicapées ou à mobilité réduite, l'ensemble des circulations piétonnes et des aires de stationnement présentes sur le territoire de la commune (que ces circulations et aires relèvent de la voirie communale, intercommunale, départementale, nationale ou de voies privées ouvertes à la circulation publique).

Toutes les communes, quelle que soit leur population, devaient en principe adopter leur PAVE au plus tard le 22 décembre 2009.

La compétence facultative "Elaboration du PAVE" peut éventuellement être transféré à l'établissement public de coopération intercommunale.

L'état d'avancement des PAVE au 1er juillet 2012, faisait apparaitre qu'en Ille-et-Vilaine, seulement 7,9% des communes et 15,6% de la population étaient couvertes par un PAVE (communal ou intercommunal). Ce

bilan place le département en dessous de la moyenne nationale avec 13% des communes et 30% de la population couverte par un PAVE.
En considérant les PAVE en cours d'adoption au 1er juillet 2012, le nombre de communes couvertes atteignait 49,3% en Ille-et-Vilaine et 64,5% de la population contre respectivement 64% et 85% au niveau national.

Source : Atlas 2012 des démarches d'accessibilité - Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie.

Diagnostic d'accessibilité des établissements recevant du public (ERP)

Les établissements recevant du public sont définis dans l'article R123-2 du Code de la construction et de l'habitation. Ils désignent les lieux privés ou publics, fixes ou provisoires, accueillant des personnes, clients ou usagers, autres que les employés.

On retrouve parmi les établissements recevant du public, un très grand nombre d'établissements comme les théâtres, les magasins (du petit commerçant à la grande surface), les cinémas, les bibliothèques, les écoles, les universités, les hôtels, les restaurants, tous les hôpitaux...

On dénombre en France plus de 650 000 établissements recevant du public. L'article R. 123-19 du Code de la Construction et de l'Habitation les classe en 5 catégories en fonction de l'effectif du personnel et du public:

- Catégorie 1 : effectif supérieur à 1 500 personnes,
- Catégorie 2 : effectif compris entre 701 et 1 500 personnes,
- Catégorie 3 : effectif compris entre 301 et 700 personnes,
- Catégorie 4 : effectif inférieur ou égal à 300 personnes, excepté les établissements de la catégorie 5,
- Catégorie 5 : effectif du public inférieur au minimum fixé par le règlement de sécurité incendie pour chaque type d'exploitation.

Quels que soient les dispositions architecturales et les équipements, l'article L111-7 du Code de la Construction et de l'Habitation prévoit que les établissements recevant du public doivent être accessibles à tous, sans distinction, et notamment aux personnes handicapées, que leur handicap soit physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique, mais également aux personnes à mobilité réduite telles que les personnes âgées ou les personnes avec poussette. L'accessibilité concerne les parties extérieures et intérieures, aussi bien pour circuler que pour stationner (places de stationnement réservées), les ascenseurs, les locaux et leurs équipements.

Afin d'amener les ERP à se mettre en conformité avec la législation, la loi du 11 février 2005 a rendu obligatoire les diagnostics d'accessibilité pour tous les ERP de 1ère à 4ème catégories. En principe, ceux-ci devaient tous avoir été effectués au 1er janvier 2011.

Le diagnostic d'accessibilité a deux objectifs :

- analyser l'établissement recevant du public au regard de ses obligations de mise en accessibilité,
- établir, à titre informatif, une estimation du coût des travaux nécessaires pour respecter ces obligations.

Le diagnostic doit être réalisé par une personne qui peut justifier auprès du maître d'ouvrage d'une compétence ou d'une formation en matière d'accessibilité du cadre bâti. L'accessibilité des ERP a également d'autres objectifs que le strict accès à ses locaux. Il doit aider à améliorer la qualité de l'accueil des personnes handicapées, ces dernières doivent pouvoir avoir accès aux prestations offertes par l'ERP et contribuer à l'intégration de ces personnes dans la société. Il doit aussi améliorer les conditions de travail du personnel handicapé.

Au 31 décembre 2011, la DDTM d'Ille-et-Vilaine avait recensé 535 diagnostics d'ERP communaux réalisés, 94 en cours de réalisation, 32 ERP intercommunaux diagnostiqués et 45 en cours.

Chapitre 2
Identification des besoins

2. Identification des besoins

2.1 Les attentes des usagers

A) Le collectif Handicap 35

Dans le cadre de l'élaboration du diagnostic départemental, le collectif Handicap 35 a communiqué une liste de 5 thèmes de travail qu'il souhaitait voir figurer au sein du schéma départemental.

A – L'accessibilité à tout pour tous.

Normalement en 2015, tous les établissements recevant du public devront être mis aux normes. Le schéma devra nécessairement prendre en compte cet aspect. La collectivité départementale devra donc rendre accessible l'ensemble de son parc immobilier, rendre accessible les transports Illenoo ainsi que les transports scolaires dont elle a la charge. De même, l'ensemble des collèges du département devront être mis en accessibilité. L'accessibilité doit également s'entendre au sens large du terme et ainsi concerner l'accès aux lieux, aux cheminements, aux espaces mais aussi aux discours, aux œuvres, au savoir en général.

B – Le développement de l'emploi.

Le Département est également employeur, c'est pour cela que le Collectif Handicap 35 insiste sur la nécessité d'encourager l'emploi des travailleurs handicapés dans les organismes dépendant du Conseil départemental et ceci pas seulement au niveau des postes les plus bas de l'échelle. Sur ce point, il pourrait être créé un groupe de travail pour travailler l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans le département en lien avec d'autres partenaires.

Suivant les évolutions attendues, le schéma ne peut pas ne pas tenir compte de l'évolution de l'emploi protégé puisqu'en principe, il fera partie des compétences du Département. Cela devra donc être un axe fort du futur schéma. Il ne s'agira pas de reprendre ce domaine tel quel mais aussi d'élaborer une véritable politique du travail protégé dans ce département. Cette politique devra tenir compte de l'état actuel mais aussi des problématiques comme le vieillissement précoce des travailleurs handicapés, les alternatives au travail…

C – Le développement du maintien à domicile.

Malgré quelques progrès en ce domaine, l'accession à une vie à domicile ou son maintien doit être développée de plus en plus. Ceci passe par plusieurs domaines :

- le renforcement des services à domicile avec des critères de qualité qui sont en train d'être élaborés.
- la mise en place de petites structures alternatives au domicile en cas de difficultés, de lourdeur du handicap, ou de vieillissement : il serait intéressant que les services à domicile soient couplés à des petits hébergements sous forme d'appartements regroupés. De même le développement des solutions d'accueil temporaire doit être poursuivi… etc.

D – Le vieillissement de la personne handicapée.

Ce sujet devra être un axe majeur du schéma départemental. En effet, compte tenu de l'évolution démographique et des progrès médicaux, les personnes handicapées vivent de plus en plus longuement.

Cet allongement de la vie se double souvent par une recrudescence des problèmes médicaux et des problèmes de dépendance. Il s'agit donc pour le schéma départemental de :

- poursuivre le développement des structures, de foyers, et de foyers médicalisés ;
- créer des passerelles entre le monde de la personne handicapée et les structures accueillant les personnes âgées ;
- favoriser les solutions de répit et d'accueil temporaire ;
- travailler sur la politique en faveur des aidants familiaux ;
- accompagner le vieillissement en cas de vie à domicile.

E – MDPH.

Suivant l'évolution de la législation, les MDPH devraient rester indépendantes des Conseils généraux. Cependant, les départements auront une grande influence sur leur fonctionnement. Ils peuvent intervenir indirectement pour favoriser les évolutions concernant les référentiels ou certains points qui ne sont pas pris en compte (comme les aides ménagères). Vous trouverez ci-joint un exemple concernant le handicap psychique mais d'autres pathologies pourraient être aussi intéressées par certaines évolutions.

Les Départements peuvent aussi avoir un rôle direct concernant par exemple le Fonds Départemental de Compensation. Au Collectif Handicap 35, il nous parait important que le futur schéma départemental prenne en compte une politique favorisant le développement des fonds départementaux de compensation.

Lettre du Handicap 35 adressé au Département – Juillet 2013.

B) Le CODERPAG

Le CODERPAG a participé activement aux groupes de travail qui ont contribué à l'élaboration du plan d'action. Au terme de cette collaboration, le Comité a formulé un certain nombre de remarques et d'observations présentées ci-après.

Lettre du Coderpag à l'attention du Président du Conseil général, le 3 juin 2014

- **« Thème 1 (Les dispositifs de coordination en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap)**

  Le Coderpag déplore le mille-feuilles organisationnel et demande une rationalisation des structures et une meilleure lisibilité pour les usagers et les professionnels.
  Le Coderpag propose que soit instauré un lieu d'information unique pour les usagers et les professionnels, type « Maison de l'autonomie », au sein duquel les différents services d'information PA/PH seraient regroupés, et dont les CLIC représenteraient la partie opérationnelle sur le terrain.

- **Thème 3 (Vivre à domicile)**

  Il existe de nombreuses initiatives susceptibles de créer ou de développer le lien social. Toutefois les personnes isolées, de par leur isolement, n'y ont parfois pas accès. Le Coderpag propose la mise en place de personnes référentes en matière de lien social, rattachées fonctionnellement à la Maison de l'autonomie, et détachées physiquement sur différents territoires, à l'échelon intercommunal, voire communal.

- **Thème 4 (L'évolution des établissements au regard des populations accueillies)**

  Le Coderpag juge qu'il est inacceptable que les résidents des EHPAD soient financièrement traités de la même manière alors qu'ils bénéficient de revenus différents.
  Le Coderpag est conscient des efforts du département en matière de tarifs et de la complexité de l'organisation tarifaire. Le Coderpag considère toutefois qu'il existe des solutions méritant d'être explorées et demande que le conseil général s'engage sur une mise à plat et une réflexion sur ce problème.

- **Thème 8 (Communication)**

  Les outils d'information pour les personnes âgées sont nombreux et bien réalisés. Toutefois, ce sont généralement les personnes déjà les mieux informées qui savent rechercher l'information. Les personnes les moins informées – et qui ont donc le plus besoin d'information – y ont peu, voire pas, accès.
  Le Coderpag propose donc que soient mis en place les relais nécessaires pour que l'information atteigne le public visé.
  Par ailleurs, le Coderpag réitère sa demande d'un site internet autonome, en lien avec celui du Conseil général. »

2.2 Analyse des listes d'attente dans les établissements pour personnes âgées

Le dispositif GAELIG35

Qu'est ce que GAELIG35 ?

GAELIG 35 est un dispositif départemental de suivi des listes d'attente et des admissions dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. GAELIG est ainsi l'acronyme de *Gestion des Admissions et des Listes d'Inscriptions Gérontologiques*.

La genèse de l'outil

Elaboré dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité mise en œuvre en 1996, Gaelig35 existe depuis 1997 avec un système de remplissage des inscriptions et admissions par les établissements sur papier et communication par fax. La mise en place du site gaelig35.org a eu lieu à la suite de groupes de travail avec les partenaires réunis en 2004-2005 et a été officialisé en mai 2006. Le dispositif repose sur un partenariat fort entre les gestionnaires d'établissement et le Conseil général.

Un outil aux fonctions multiples

➔ Un internet/extranet permettant aux établissements de renseigner leurs inscriptions et admissions en établissements afin de déterminer les priorités de la programmation de places complémentaires sur le département.

➔ Un dispositif support de communication avec les établissements et partenaires (agenda, informations diverses, téléchargement de maquettes…).

Pour le Département, GAELIG est un support à la gestion et la programmation des places d'hébergement. Il permet ainsi de :

- mesurer la pression de la demande d'entrée ;
- mieux connaître les circonstances de l'entrée en établissement ;
- situer les zones d'attraction des établissements ;
- analyser les admissions réalisées dans les établissements du Département.

Pour les établissements et les professionnels concernés :

- apprécier l'évolution de leur activité sur l'ensemble du Département et sur leur zone géographique ;
- obtenir des informations qualitatives et quantitatives sur ce secteur de l'activité médico-sociale.

GAELIG aujourd'hui

2014 a marqué une nouvelle étape importante dans l'évolution du dispositif avec l'avènement d'une nouvelle version élaborée au terme d'une réflexion menée conjointement par les gestionnaires d'établissements, le service OARES et la Direction des Services Informatiques du Conseil général.

En accord avec la CNIL, l'application autorise désormais la saisie complète de l'identité des personnes. Cette évolution permet d'obtenir un suivi précis du nombre de personnes en attente de place, en identifiant notamment les inscriptions multiples. Par ailleurs, les établissements ont maintenant la possibilité d'extraire les inscriptions renseignées sur Gaelig, ce qui leur évite d'avoir à tenir parallèlement deux fichiers.

Autre innovation importante, le logiciel permet à présent de connaitre les disponibilités en temps réel. L'information, à destination des professionnels uniquement, devrait faciliter la coordination et permettre de répondre plus rapidement à certaines demandes d'admission.

Nombre de personnes inscrites

Nombre de personnes inscrites auprès des établissements pour personnes âgées en Ille-et-Vilaine au 22 octobre 2014

Nombre d'inscriptions par personne	Nombre de personnes	% du nombre de personnes inscrites	Nombre d'inscriptions	% du volume d'inscriptions
1	9 358	74%	9 358	50%
2	1 978	16%	3 956	21%
3	795	6%	2 385	13%
4	298	2%	1 192	6%
5 et plus	260	2%	1 640	9%
Total	**12 689**	**100%**	**18 531**	**100%**
dont personnes déjà admises	**1 474**	**12%**	**2 272**	**12%**
Total hors personnes déjà admises	**11 215**	**88%**	**16 259**	**88%**

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, DSI / Gaelig35 – Ensemble des personnes inscrites au 22 octobre 2014.

Au 22 octobre 2014, on recensait **12 689 personnes inscrites** auprès des établissements pour personnes âgées du département et un total de 18 531 inscriptions. Près de 3 personnes sur 4 ont sollicité une admission auprès d'un seul établissement et 26% auprès de deux établissements ou plus. Ces inscriptions multiples représentent la moitié du total d'inscriptions.

Parmi les personnes inscrites au 22 octobre, **1 474 personnes étaient déjà admises** dans un établissement d'Ille-et-Vilaine. Les personnes déjà admises peuvent maintenir leurs inscriptions auprès d'autres établissements (les motifs sont divers : souhait de changement pour un rapprochement familial ou besoin d'accueil en structure médicalisée par exemple).

Le tableau suivant indique la répartition des personnes inscrites (déjà admises ou non), par type de structures : EHPAD, USLD et EHPA.

Répartition des inscriptions par type de structures

			Dont personnes déjà admises en :	
Type(s) d'inscription(s)	Personnes	%	EHPAD	EHPA
EHPAD uniquement	11 852	93,4%	1 210	199
USLD uniquement	53	0,4%	7	0
EHPA uniquement	521	4,1%	22	4
EHPAD et USLD	41	0,3%	8	0
EHPAD et EHPA	222	1,7%	4	20
Total	**12 689**	**100,0%**	**1 251**	**223**

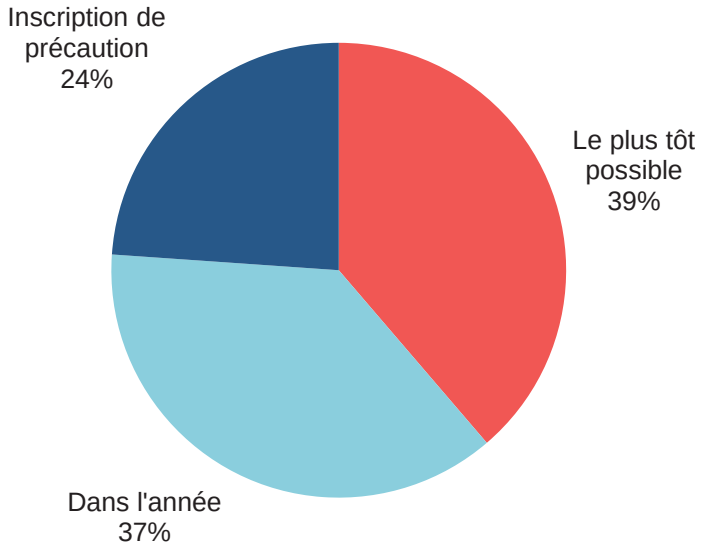
Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, DSI / Gaelig35 – Ensemble des personnes inscrites au 22 octobre 2014.

93,4% des personnes sont inscrites auprès de structures de type EHPAD, 4,1% dans des EHPA et 1,7% cumulent des inscriptions auprès des deux types de structures. Le nombre relativement faible de personnes inscrites auprès d'USLD est potentiellement lié au nombre limité de structures de ce type mais aussi à leur mode de fonctionnement, les USLD ayant vocation à répondre à un besoin de prise en charge rapide, voire

urgente. En conséquence, on peut penser qu'il n'y a pas lieu pour ces établissements d'enregistrer des demandes d'admission trop longtemps à l'avance.
La grande majorité des personnes inscrites et déjà admises le sont dans une structure de type EHPAD (84,9% des personnes déjà admises). Cependant, il convient de considérer la situation des 219 personnes accueillies dans un EHPA et qui ont en même temps une ou plusieurs inscriptions auprès d'un EHPAD. Cette inscription peut correspondre à un besoin d'accueil dans une structure médicalisée.

Les délais d'admission souhaités

Répartition des personnes inscrites par délai d'admission souhaité hors personnes déjà admises



Traitement des délais d'admission multiples : parmi les personnes inscrites auprès de plusieurs établissements, 1 223 personnes, soit 10,9% des personnes inscrites, avaient des inscriptions avec des délais d'admission souhaités différents. Dans ce cas, le délai le plus court a été priorisé.

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, DSI / Gaelig35 – Personnes inscrites au 22 octobre 2014 et non hébergées dans un établissement d'Ille-et-Vilaine.

Les personnes qui sollicitent une inscription auprès d'un établissement notifient le délai d'admission souhaité selon trois options :

- le plus tôt possible,
- dans l'année
- inscription de précaution.

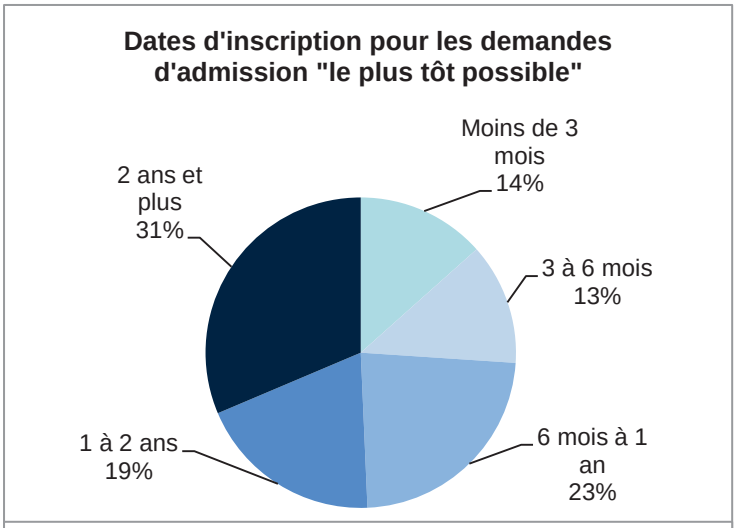
Au 22 octobre 2014, à l'exclusion des personnes déjà hébergées dans un établissement, on comptait **:**

- **4 342 personnes dans l'attente d'une place le plus tôt possible, soit 39%**,
- 4 193 personnes dans l'attente d'une place dans l'année, soit 37%,
- 2 680 personnes, soit 24%, pour lesquelles les inscriptions sont considérées comme préventives (inscriptions de précaution).

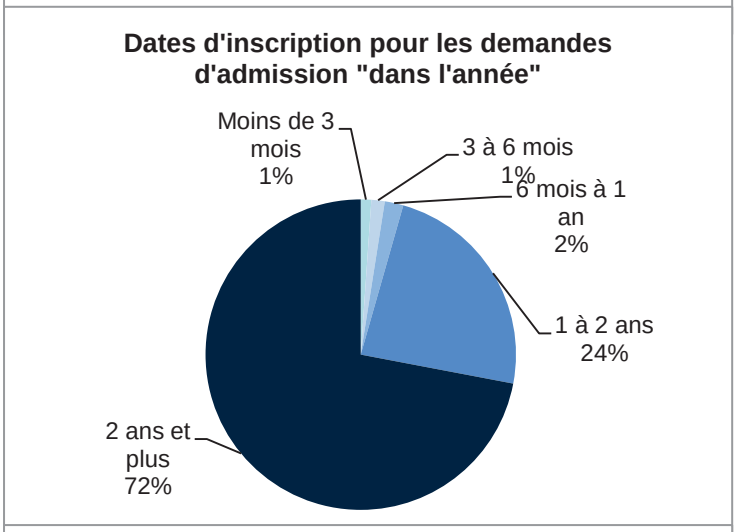
Les délais d'attente

Du fait de la récente mise en service de la nouvelle version de Gaelig, il n'est pas possible pour le moment de mesurer les délais d'attente entre les dates d'inscription et les dates d'admissions. Il est possible néanmoins de mesurer l'ancienneté moyenne des inscriptions enregistrées à ce jour.

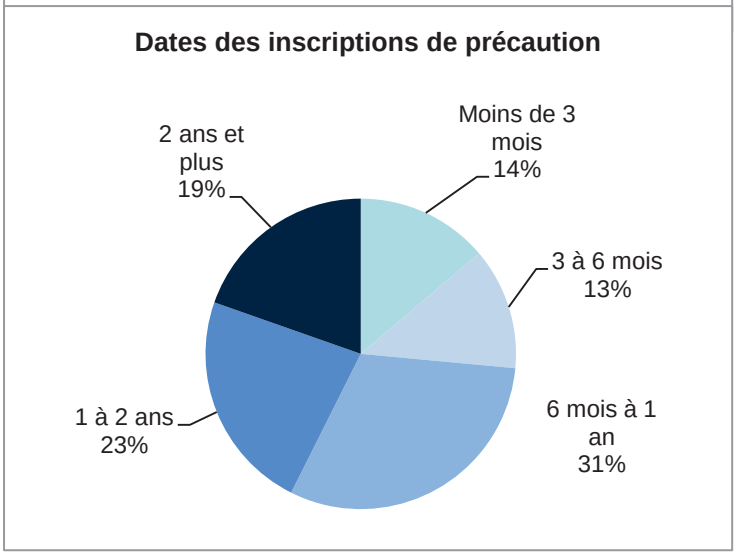
Ces délais d'attente doivent être analysés avec prudence. Ils prennent en compte la date d'inscription initiale auprès des établissements, indépendamment des modifications éventuelles saisies ensuite, notamment concernant le délai d'admission souhaité. En d'autres termes, une personne peut être enregistrée initialement pour une inscription de précaution et demander ultérieurement à être admise dans l'année ou le plus tôt possible.



S'agissant des demandes d'admission immédiates, on notera que pour une inscription sur deux, celles-ci renvoient à une inscription initiale supérieure à un an d'ancienneté et pour près d'un tiers, supérieure à deux ans.



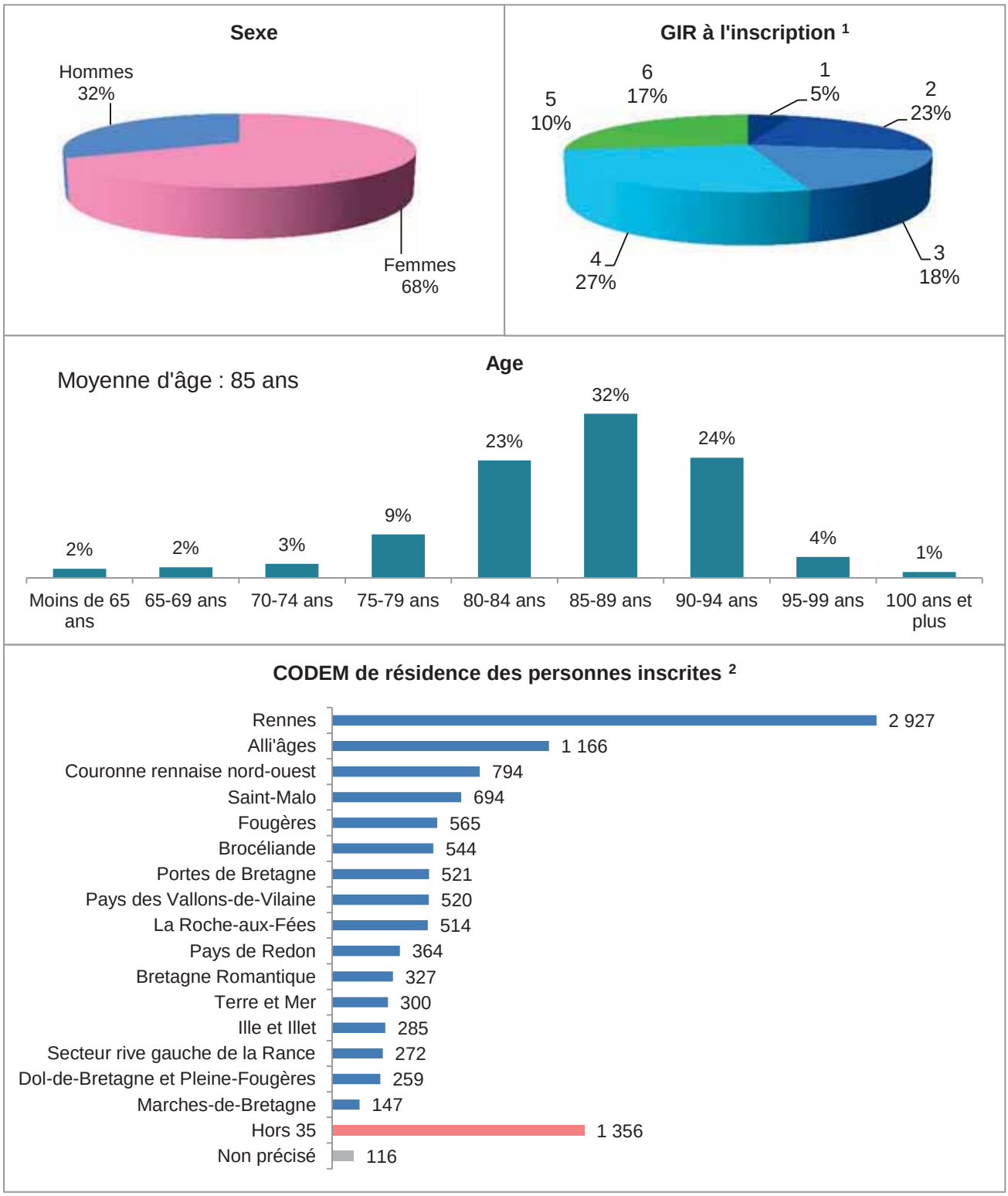
Les demandes d'admission « dans l'année » sont globalement plus anciennes. Près des trois quarts correspondent à des inscriptions vieilles de 2 ans ou plus.



Les dates des inscriptions de précaution sont relativement plus récentes.
Un peu plus d'un quart sont inférieures à 6 mois et 57% sont inférieures à 1 an.

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, DSI / Gaelig35
Personnes inscrites au 22 octobre 2014 et non hébergées dans un établissement d'Ille-et-Vilaine.

Profil des personnes inscrites sur liste d'attente
(hors personnes déjà admises dans un établissement)



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, DSI / Gaelig35 – Personnes inscrites au 22 octobre 2014 et non hébergées dans un établissement d'Ille-et-Vilaine.

[1] GIR à l'inscription

58% des inscriptions font mention du GIR. 73% des personnes dont le GIR est renseigné à l'inscription ont un GIR de 1 à 4 et 27% ont un GIR 5 ou 6.

[2] **CODEM de résidence des personnes inscrites**

Sur les 11 215 personnes inscrites *(et non accueillies dans un établissement au 22 octobre 2014)*, 433 personnes, soit 3,9% des personnes inscrites, apparaissent avec des territoires de résidence différents dont 140 personnes avec une commune située en dehors de l'Ille-et-Vilaine. Pour cette raison, le cumul de personnes inscrites par CODEM est supérieur au total de personnes inscrites.

Tableau comparatif du nombre de personnes inscrites par CODEM de résidence, capacité d'accueil et CODEM d'inscriptions

Nombre de personnes inscrites sur liste d'attente et capacité d'accueil par CODEM au 22 octobre 2014 (hors personnes déjà accueillies dans un établissement d'Ille-et-Vilaine)

CODEM	Personnes inscrites par territoire de résidence	Capacité hébergement permanent	Ratio personnes domiciliées / capacité du territoire	Personnes inscrites auprès des ets du territoire	Ratio nb ins. ets / nb pers. domiciliées
Rennes	2 927	2 082	141%	3 065	105%
Alli'âges	1166	1 152	101%	1 622	139%
Couronne rennaise nord-ouest	794	518	153%	1 020	128%
Saint-Malo	694	1 115	62%	1 150	166%
Fougères	565	876	64%	635	112%
Brocéliande	544	964	56%	624	115%
Portes de Bretagne	521	893	58%	649	125%
Pays des Vallons-de-Vilaine	520	568	92%	523	101%
La Roche-aux-Fées	514	796	65%	653	127%
Pays de Redon	364	519	70%	599	165%
Bretagne Romantique	327	385	85%	405	124%
Terre et Mer	300	259	116%	245	82%
Ille et Illet	285	504	57%	402	141%
Secteur rive Gauche de la Rance	272	570	48%	367	135%
Dol-de-Bretagne et Pleine-Fougères	259	366	71%	506	195%
Marches-de-Bretagne	147	712	21%	248	169%
Hors 35	1 356				
Non précisé	116				
Total	**11 215** [1]	**12 279**	**91%**	**11 215** [2]	

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, DSI / Gaelig35 – Personnes inscrites au 22 octobre 2014 et non hébergées dans un établissement d'Ille-et-Vilaine.

[1] **Personnes inscrites par territoire de résidence**

Ce champ indique le nombre de personnes inscrites par territoire de résidence en fonction de l'adresse renseignée à l'inscription.

A noter que sur les 11 215 personnes recensées, 433 personnes ont des inscriptions multiples mentionnant plusieurs CODEM de résidence ou un lieu de résidence en Ille-et-Vilaine et hors Ille-et-Vilaine. Pour cette raison, le cumul de personnes par territoire de CODEM est supérieur au total de personnes inscrites.

[2] **Personnes inscrites auprès des établissements du territoire**

Ce champ indique le nombre de personnes inscrites auprès des établissements implantés sur le territoire.

- 66% des personnes inscrites ont une inscription auprès d'un seul établissement,
- 23,5% ont plusieurs inscriptions mais au sein d'un seul CODEM,
- 8,6% ont des inscriptions au sein de deux CODEM
- 1,9% au sein de trois CODEM ou plus.

La majorité des inscriptions multiples sont effectuées auprès d'établissements d'un même CODEM. Dans le tableau ci-dessus, une personne ayant plusieurs inscriptions auprès d'établissements d'un même CODEM n'est comptabilisée qu'une seule fois. En revanche, une personne inscrite auprès d'établissements de CODEM différents est comptabilisée dans chacun des CODEM concernés. Pour cette raison, le cumul de personnes inscrites par territoire d'inscription (12 713) est supérieur au total de personne inscrites (11 215).

La répartition des personnes inscrites par CODEM et Pays

50% des personnes inscrites sur liste d'attente, parmi l'ensemble des personnes domiciliées en Ille-et-Vilaine, réside en Pays rennais. La métropole et les CODEM périphériques concentrent ainsi un nombre de demandes qui dépasse de 22% l'ensemble de la capacité d'accueil installée sur le territoire (4 256 places).

Avec 1 852 personnes sur liste d'attente, le pays malouin constitue le deuxième territoire avec le plus grand nombre de demandeurs. Rapportée à la capacité d'accueil, 2 695 places, la demande relative est moins importante qu'en pays rennais (la demande en pays malouin représente 69% de l'offre totale contre 122% en pays rennais).

Le Pays de Vitré – Porte de Bretagne représente le 3e territoire en nombre de personnes inscrites avec 1035 domiciliées sur les CODEM des Portes de Bretagne et de La Roche-aux Fées. Rapportée aux 1 689 places installées, la demande représente 61% de la capacité d'accueil.

Avec 712 personnes inscrites pour 1 588 places, le Pays de Fougères constitue le territoire où la demande relative est la plus faible (45%). Le Pays de Brocéliande compte 544 personnes inscrites pour 964 places, soit une demande relative légèrement supérieure (56%). Enfin, le Pays de Redon totalise 364 personnes inscrites pour 519 places, soit 70% de l'offre, et le Pays des Vallons-de-Vilaine 520 personnes inscrites pour 568 places, soit 92% de la capacité d'accueil.

On notera une demande extérieure au département significative puisque 1 356 personnes, représentant 12,1% du nombre de personnes inscrites, sont domiciliées en dehors de l'Ille-et-Vilaine.

Le rapport du nombre de personnes inscrites auprès des établissements sur le nombre de personnes inscrites domiciliées sur le territoire met en évidence l'attractivité relative qu'exercent certains territoires. Sur ce critère, le CODEM de Dol-de-Bretagne et Pleine Fougères est le territoire qui enregistre la demande extérieure la plus forte avec un nombre de demandes presque deux fois supérieur au nombre de personnes inscrites domiciliées sur le territoire (195%). A l'inverse, le CODEM Terre-et-Mer – le CODEM avec le plus petit nombre de place – totalise moins de personnes inscrites auprès des établissements du territoire que le total de personnes inscrites domiciliées sur ce territoire.

2.3 Recensement des orientations de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap

Méthodologie

Objectif

Le recensement des orientations délivrées par la CDAPH a pour but d'estimer le nombre de personnes potentiellement amenées à solliciter un accompagnement ou une place d'hébergement auprès des structures adaptées. Le nombre d'orientations permet ainsi d'évaluer la capacité d'accueil par type de dispositif et le cas échéant, les besoins en places supplémentaires.

Il convient de rappeler cependant, que certaines personnes ne font pas valoir leurs orientations. On ne peut donc pas établir de correspondance directe entre le nombre de personnes orientées et les capacités d'accueil.

Période de recensement

Le recensement a été effectué sur la période du 1er janvier 2009 au 1er janvier 2014, soit cinq années équivalent à la durée de validité maximale des orientations. De cette manière, toutes les personnes orientées par la CDAPH d'Ille-et-Vilaine avant 2009 et qui bénéficient toujours d'un accompagnement ou d'un hébergement adapté, figurent aussi dans ce recensement.

La nature des orientations recensées

Le recensement porte sur les orientations vers les établissements et services autorisés, soit par le Conseil général, soit conjointement par le Conseil général et l'ARS. Il porte également sur les orientations en Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT) et en Maisons d'accueil spécialisées (MAS) même si ces deux types de structures ne relèvent pas de la compétence du Conseil général mais de l'ARS uniquement.

Les orientations en ESAT ont été recensées car les besoins d'accompagnement et d'hébergement sont étroitement liés aux parcours professionnels. Les orientations en MAS sont comptabilisées avec les orientations vers les foyers d'accueil médicalisés (FAM) car la CDAPH d'Ille-et-Vilaine n'opère pas de distinction au niveau du public orienté vers ces deux types de structures.

Détail des orientations recensées :

- service d'accompagnement à la vie sociale et services de proximité (SAVS)
- service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- service d'accueil de jour (AJ)
- service d'hébergement temporaire (HT)
- établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- section annexe d'ESAT (SA ESAT)
- foyer d'hébergement (FH)
- foyer de vie (FV)
- foyer d'accueil médicalisé / maison d'accueil spécialisée (FAM-MAS)

Entre 2009 et 2014, la CDAPH a orienté 8 884 personnes vers ces dispositifs.

Le recensement hors renouvellements d'orientations

Si la durée maximale d'une orientation est de cinq ans, la CDA peut aussi décider d'une durée de validité plus courte. Elle peut également renouveler par anticipation, l'orientation vers un dispositif à l'occasion du réexamen d'une situation par exemple. Il convient donc de déduire ces renouvellements d'orientations pour obtenir un comptage exempt de doublons.

Entre 2009 et 2014, la CDAPH a délivré 12 305 orientations
déduction faite des renouvellements

Distribution des orientations délivrées par la CDAPH entre 2009 et 2014

Nombre d'orientations par personne	Nombre de personnes orientées		Total des orientations	
	Effectifs	%	Nombre	%
1	6 163	69%	6 163	50%
2	2 114	24%	4 228	34%
3	524	7%	1 572	16%
4	74		296	
5	8		40	
6	1		6	
Total	**8 884**	**100%**	**12 305**	**100%**

Source : MDPH d'Ille-et-Vilaine – Traitement : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES.

Ci-dessus, le tableau illustrant la répartition des 12 305 orientations accordées par la CDAPH entre le 1er janvier 2009 et le 1er janvier 2014. Sur les 8 884 personnes orientées, 69% des personnes ont reçu une seule orientation, 24% en ont reçu deux et 7% en ont reçu trois ou plus.

L'analyse des orientations multiples

L'analyse en termes de besoins conduit à déterminer parmi ces orientations multiples, celles qui demeurent valides ou potentiellement valides au moment du recensement. Certaines orientations peuvent ainsi être devenues caduques, d'autres peuvent être considérées comme complémentaires et d'autres encore comme alternatives par rapport aux besoins de la personne.

Entre 2009 et 2014, 2 721 personnes ont reçu deux orientations ou plus, représentant un total de 6 142 décisions, soit 50% du total d'orientations recensées sur la période (déduction faite des renouvellements).

S'il peut paraitre logique de privilégier la dernière orientation attribuée, certaines situations individuelles justifient de retenir plusieurs orientations, même si celles-ci ont été délivrées à des dates différentes. A l'inverse, des orientations non cumulables ont pu être attribuées simultanément par la CDAPH, offrant ainsi à l'usager le choix entre plusieurs alternatives.

Selon le nombre et la nature des orientations, les règles suivantes ont été appliquées pour évaluer les besoins potentiels :

- l'ensemble des orientations uniques et complémentaires a été retenu ;
- lorsque les orientations ont été jugées incompatibles simultanément, il a été décidé de retenir le besoin correspondant à l'orientation la plus récente ;
- lorsque les orientations ont été jugées compatibles mais non cumulables simultanément, elles ont été retenues comme alternatives. C'est le cas des personnes qui bénéficient à la fois d'une orientation en SAVS et en FH ou d'une orientation en SAMSAH et FAM-MAS par exemple.

Exemple d'orientations complémentaires :

- SAVS + ESAT
- SAVS + SA ESAT
- FH + ESAT
- FH + SA ESAT

Exemple d'orientations jugées non compatibles :
(La règle vaut pour la majorité des situations, des exceptions ne sont pas exclues en pratique)

- SAVS + SAMSAH
- ESAT + FV
- ESAT + FAM
- FH + FV
- FV + FAM-MAS
- FV + SA ESAT
- FH + FAM

Exemple d'orientations alternatives :

- SAVS + FH
- FAM + SAMSAH

Les orientations retenues

Total des orientations retenues au 1er janvier 2014 et capacités par dispositif

	Orientations sans alternatives	Orientations avec alternatives	Total des besoins potentiels par dispositif	Capacités (en nombre de places)	Couverture actuelle des besoins	
					Estimation haute	Estimation basse
SAVS	3 266	301	3 567	1 168	36%	33%
SAMSAH	217	95	312	200	92%	64%
AJ	38	4	42	205	ns	ns
HT	238	48	286	47	ns	ns
ESAT [29]	3 666	47	3 713	1 983 / 2 312	63%	62%
SACAT [30]	315	50	365	259	ns	ns
FH [31]	555	266	820	593	107%	72%
FV	1 395	183	1 578	1 058	76%	67%
FAM-MAS	884	106	990	757	86%	76%
Total	**10 574**	**1 100**		**6 204**		

Source : MDPH d'Ille-et-Vilaine – Traitement : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES.

ns : non significatif

Au terme de l'analyse des orientations multiples, 11 674 orientations ont été retenues comme valides, c'est-à-dire correspondant toujours à des besoins potentiels, et 632 orientations ont été considérées comme caduques. Parmi les orientations retenues, 1 100 sont dites « alternatives ». Elles renvoient à des orientations ne pouvant pas être cumulées simultanément (sauf cas particulier).

[29] La capacité mentionnée correspond au total de places autorisées et au total de personnes accompagnées (données 2012). La couverture des besoins est calculée sur le nombre de personnes accompagnées.

[30] La spécificité des services d'accueil temporaire et des sections annexes ne permet pas d'estimer la couverture des besoins sous forme de ratio.

[31] L'orientation en foyer d'hébergement est spécifiquement mentionnée par la CDAPH depuis 2010. Elle pouvait être considérée comme induite avec l'orientation ESAT auparavant. Pour cette raison, le nombre d'orientation en foyer d'hébergement a été redressé sur l'année 2009.

La couverture des besoins par type de dispositif

Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

40% des personnes orientées par la CDAPH le sont vers un SAVS. 58% des personnes concernées (2 070 personnes) ont l'orientation SAVS seule et 33% (1 165 personnes) sont parallèlement orientés en ESAT. Les orientations alternatives le sont généralement avec des orientations en foyer d'hébergement (200 personnes). 80 personnes ont aussi une orientation en SAVS concomitante avec une orientation en foyer de vie. Bien que certains SAVS soient en capacité d'accompagner plus de personnes que le nombre autorisé, on peut estimer qu'avec 1168 places, le dispositif couvre environ un tiers du nombre de personnes orientées.

Services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)

Au 1er janvier 2014, 314 personnes bénéficient d'une orientation en SAMSAH correspondant à un besoin potentiel, dont près d'un tiers en alternative avec un autre dispositif (généralement avec une orientation en FAM-MAS).

Les deux SAMSAH du département, spécialisés pour la déficience motrice pour l'un et pour les lésions cérébrales pour l'autre, sont dotés chacun d'une capacité de 100 places autorisées. Ils couvrent ainsi la quasi-totalité du nombre de personnes orientées directement vers ce dispositif (217 personnes). Cependant, il faut noter que les personnes en situation de handicap psychique ou porteuse de troubles du développement sont peu nombreuses à solliciter ce type d'orientation faute de réponses adaptées.

Accueil temporaire : accueil de jour et hébergement temporaire (AJ/HT)

Les orientations en accueil de jour et en hébergement temporaire recensées correspondent à des orientations vers des structures qui assurent spécifiquement ce type d'accompagnement. Cependant, lorsque la CDAPH oriente vers un établissement d'hébergement (FH, FV ou FAM-MAS), elle laisse la liberté aux personnes de moduler les modalités d'accueil : permanent, temporaire ou en accueil de jour. Par conséquent, les orientations en accueil de jour et en hébergement temporaire ne témoignent que d'une partie des besoins d'accueil temporaire.

Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Fin décembre 2012, les 22 ESAT du département accueillaient 2 312 personnes dont 807 à temps partiel (35%). Ramené au total de personnes orientées, (3713 personnes), on peut estimer que le dispositif couvre environ 63% des besoins.

Parmi les personnes orientées en ESAT, 254 personnes (6,9%) bénéficient aussi d'une orientation en section annexe d'ESAT. On peut considérer que si certaines d'entre elles évoluent progressivement vers une activité professionnelle en ESAT à temps partiel, d'autres au contraire diminuent leur temps d'activité.

Sections annexes d'ESAT (SA ESAT)

Si à l'origine, les sections annexes d'ESAT ont plutôt été créées pour les sorties d'ESAT, aujourd'hui elles sont davantage destinées à accueillir des jeunes en capacité de développer leur potentialité professionnelle. Elles continuent toutefois d'accueillir les deux types de publics. Au 1er janvier 2014, un bénéficiaire de l'orientation sur quatre avait moins de 29 ans et un sur trois avait plus de 45 ans.

Il est difficile d'évaluer la capacité d'accueil des sections annexes en ne considérant que le nombre de personnes orientées dans la mesure où il s'agit d'un dispositif de transition. On compte ainsi 89 jeunes de moins de 30 ans orientés en section annexe d'ESAT et en ESAT qui ont peut-être déjà cessé de fréquenter la section annexe.

Les 50 orientations alternatives le sont avec une orientation en foyer de vie.

Foyers d'hébergement (FH)

Avec 593 places de foyer d'hébergement, le dispositif couvre 72% des besoins potentiels mais offre davantage de places que les orientations classées sans alternatives (555 personnes).

De plus, les admissions en foyer d'hébergement étant souvent conditionnées à l'obtention d'une place en ESAT, on peut estimer qu'un certain nombre d'orientations en foyer d'hébergement restent non suivies d'effets. A contrario, des personnes sont aussi maintenues en foyer d'hébergement faute de places en foyer de vie.

Compte-tenu de ces éléments, on peut considérer que des places de foyer d'hébergement pourraient être transformées ou redéployées vers d'autres dispositifs.

Foyers de vie (FV)

On estime à 1 578 le nombre d'orientations en foyer de vie pouvant être considérée comme valides au 1er janvier 2014. Près de 9 orientations sur 10 sont des orientations sans alternatives. A l'heure actuelle, la capacité dans le département ne couvre que trois-quarts de ces besoins. Il manquerait 337 places de foyer de vie et jusqu'à 520 places en incluant toutes les orientations alternatives.

Ce chiffre est à rapprocher du nombre de personnes inscrites sur liste d'attente, soit 237 selon le recensement opéré au 1er semestre 2013 (cf. chapitre suivant).

A noter que sur les 1 058 places de foyer de vie, 98 correspondent à des places d'accueil de jour et 20 à des places d'hébergement temporaire.

Foyers d'accueil médicalisés / Maisons d'accueil spécialisées (FAM-MAS)

990 personnes bénéficient d'une orientation en FAM-MAS dont 884 sans orientation alternative pour un total de 757 places de FAM et MAS installées. On peut donc estimer entre 127 et 233 le nombre de places manquantes dans ces types de dispositif et pour lesquels les délais d'attente sont souvent très longs.

2.4 Analyse des listes d'attente dans les établissements et services pour adultes en situation de handicap du département

Dans le cadre du diagnostic, les services du Département ont mené en 2013, une enquête auprès de l'ensemble des établissements et services pour adultes en situation de handicap, y compris auprès des ESAT et MAS (compétence ARS) pour connaitre **le nombre de personnes inscrites sur liste d'attente**.

Organisation de l'enquête

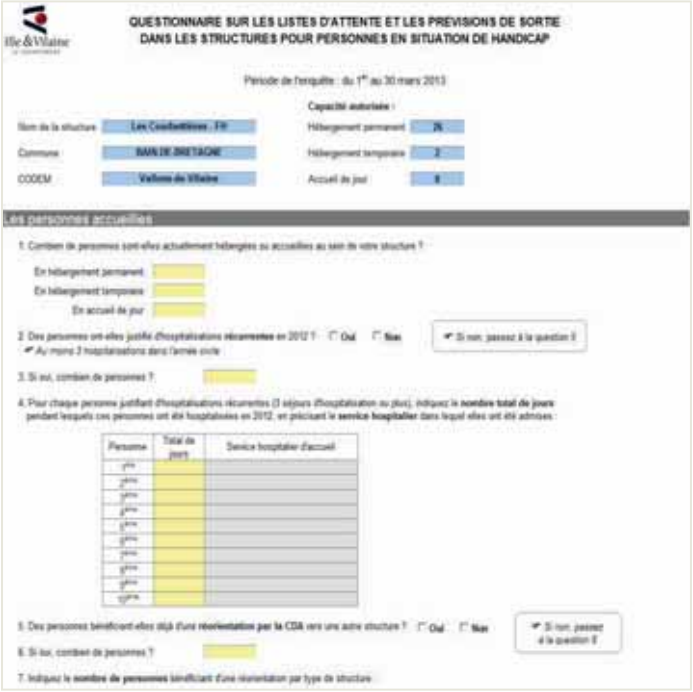
⇨ Un courrier de Madame Massot exposant les motifs de l'enquête a été adressé aux structures. Un questionnaire (Excel) leur a ensuite été adressé.

⇨ le recueil des réponses s'est échelonné du **1er mars au 24 juillet 2013**

⇨ **158 établissements et services** ont été interrogés

⇨ **139** ont répondu, soit **88% de taux de retour**

L'enquête a recueilli l'identité des personnes inscrites de manière à identifier les personnes inscrites sur plusieurs listes d'attente.


QUESTIONNAIRE SUR LES LISTES D'ATTENTE ET LES PREVISIONS DE SORTIE DANS LES STRUCTURES POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Nombre de structures interrogées et répondantes à l'enquête

	Nombre de structures			Capacité représentée en nb de places		
Type de structures	**Interrogées**	**Répondantes**	**Taux de retours**	**Interrogées**	**Répondantes**	**Taux de retours**
SAVS	23	20	87%	1 168	1 068	91%
SP	6	6	100%	89	89	100%
SAMSAH	2	2	100%	200	200	100%
AJ autonome	10	7	70%	176	140	76%
HT autonome	6	5	83%	47	41	87%
ESAT	22	20	91%	1 983	1 692	85%
SA ESAT	14	12	86%	259	243	94%
FH	18	17	94%	593	533	90%
FV	38	35	92%	1 040	950	91%
FAM	16	14	88%	371	347	94%
MAS	3	1	33%	279	45	16%
Total	**158**	**139**	**89%**	**6 205**	**5 348**	**86%**

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES - Enquête auprès des ESMS pour adultes en situation de handicap, mars-juillet 2013.

Nombre de personnes inscrites sur liste d'attente

Au terme de l'enquête, le nombre de personnes inscrites sur liste d'attente s'élevait à **1 154 personnes pour un total de 1541 inscriptions**.

911 personnes étaient inscrites auprès d'un seul établissement ou service et 243 personnes auprès de plusieurs structures. Une personne sur cinq a figure ainsi sur au moins deux listes d'attente, qu'il s'agisse d'un type de structures identiques ou non.

Personnes inscrites sur liste d'attente

Nombre d'inscriptions par personne	Nombre de personnes	Total d'inscriptions
1	911	911
2	161	322
3	50	150
4	18	72
5	5	25
6	5	30
7	2	14
8	1	8
9	1	9
Total	**1 154**	**1 541**

Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction PAPH, service OARES - Enquête auprès des ESMS pour adultes en situation de handicap, mars-juillet 2013.

Analyse des listes d'attente

Les inscriptions multiples ont été analysées de manière à identifier les besoins correspondants. Il convient ainsi de distinguer les inscriptions correspondant à un même type de structures, celles correspondant à des besoins complémentaires (exemple : ESAT + foyer d'hébergement) et celles correspondant à des alternatives (exemple : foyer de vie + foyer d'accueil médicalisé).

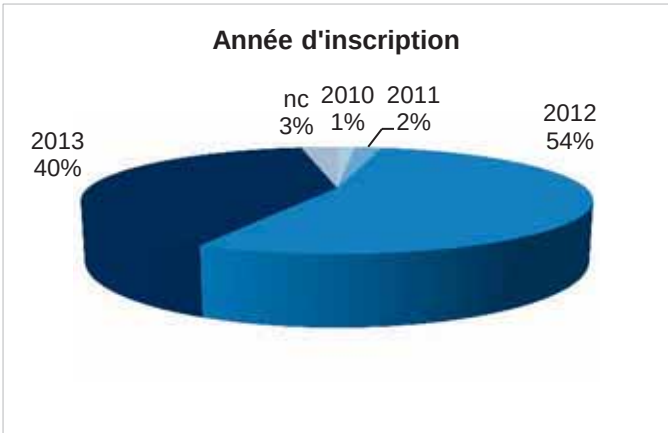
Ci-dessous les inscriptions retenues correspondant potentiellement à des besoins actuels au moment de l'enquête :

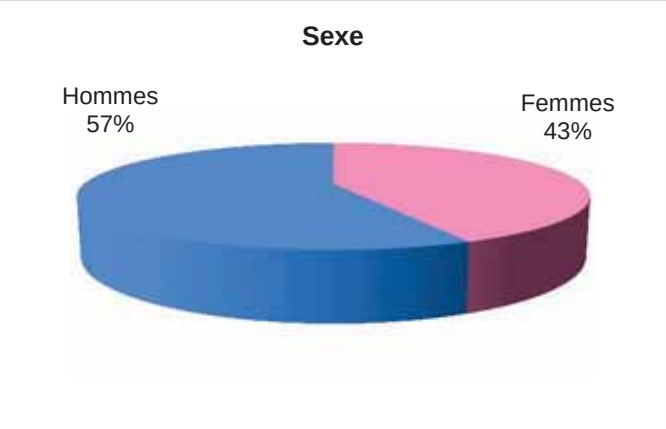
Structures	Inscriptions sans alternatives	Inscriptions avec alternatives	Capacités (en nombre de places)	Ratio inscriptions / capacités
SAVS	135	0	1 168	12%
SP	5	0	89	6%
SAMSAH	8	0	200	4%
AJ autonome	33	0	205	16%
HT autonome	16	0	47	34%
ESAT	405	0	1 984	20%
SA ESAT	69	0	259	27%
FH	85	8	586	15 à 16%
FV	237	32	1 058	22 à 25%
FAM / MAS	196	26	733	27 à 30%
TOTAL	**1 189**	**67**	**5 931**	**21%**

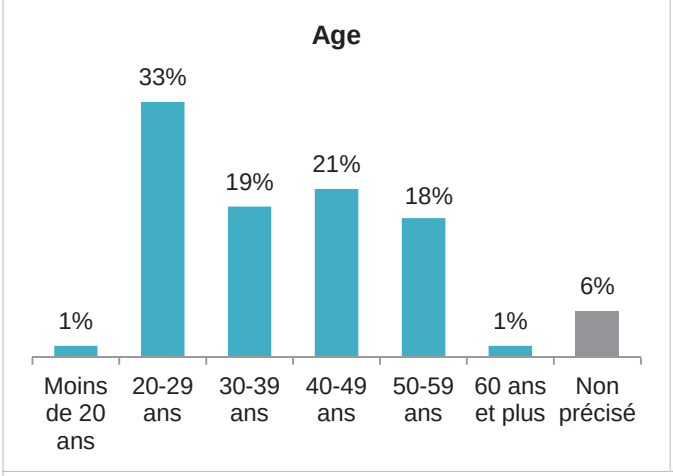
Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction PAPH, service OARES - Enquête auprès des ESMS pour adultes en situation de handicap, mars-juillet 2013.

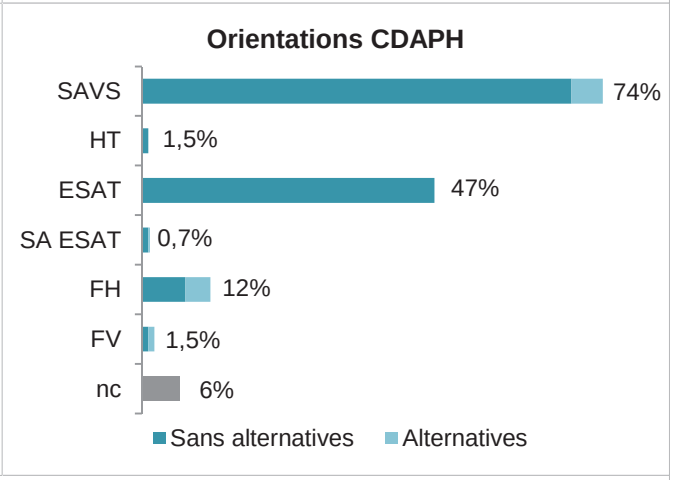
Les listes d'attente des services d'accompagnement à la vie sociale

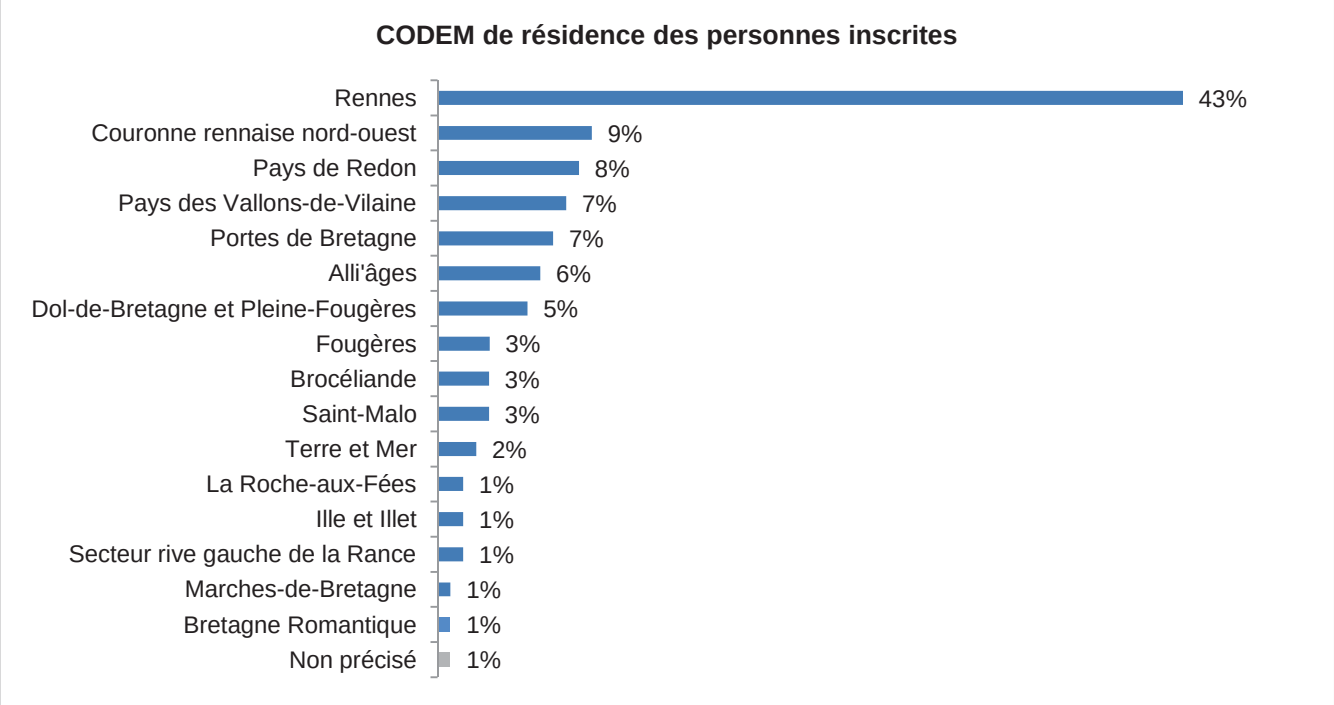
- Structures interrogées : **23**
- Structures répondantes : **20**
- Structures ayant inscrit des personnes sur liste d'attente : **12**
- Total de personnes inscrites : **135**
- Total d'inscriptions : **140**
- Personnes inscrites auprès de plusieurs SAVS : **4**











Les listes d'attente des services de proximité

Le service de proximité de Bain-de-Bretagne qui gère 10 places a déclaré une personne de 28 ans inscrite sur liste d'attente. La personne bénéficie d'une orientation en ESAT, en SAVS et en foyer d'hébergement.

Le service de proximité de 7 places d'Hédé n'a pas fait remonter de personnes en attente de place mais il estime à moins d'un an le délai d'attente pour l'obtention d'une place alors qu'il est de 1 à 2 ans à Bain-de-Bretagne.

L'ADAPEI gère les quatre autres services de proximité installés dans le département. 5 personnes sont inscrites sur liste d'attente à Vitré. Le profil et l'orientation d'une personne ne sont pas connus mais les quatre autres sont des travailleurs en ESAT. L'un deux est un jeune homme de 20 ans (au moment de l'inscription), en sortie d'IME et bénéficiaire d'une orientation en ESAT, SAVS et FH. Une autre personne inscrite est un homme âgé de 43 ans et inscrit depuis son orientation en ESAT et SAVS délivrée début 2010. Un autre homme de 51 ans est inscrit depuis son orientation en SAVS fin 2011. Enfin, un autre homme de 52 ans est inscrit et bénéficie d'une orientation en ESAT renouvelé en octobre 2013.

Les trois autres services de proximité n'ont pas signalé de personnes en attente de place. Dans le diagnostic mené par l'ADAPEI[32] en 2012, l'association explique que du fait « qu'il n'y ait pas d'orientation spécifique pour les services de proximité, il est extrêmement compliqué de se projeter sur les besoins futurs en places de services de proximité, d'autant que les réponses sur le territoire sont extrêmement disparates (ex : pas de SP à Saint-Malo et à Redon mais existence d'appartements à proximité des foyers d'hébergement). »

Les listes d'attente des SAMSAH

Deux services gérés par l'ADAPT et l'APF disposent chacun d'une capacité d'intervention de 100 places. Les services sont localisés à Rennes et Cesson-Sévigné mais leur périmètre d'intervention s'étend sur tout le département. Au moment de l'enquête, le service de Cesson-Sévigné comptait neuf personnes sur liste d'attente. Une seule inscription remontait à septembre 2012, toutes les autres dataient de quelques semaines. Les deux services évaluent à moins d'un an le délai d'obtention d'une place. Le profil des personnes inscrites est mixte : quatre hommes et quatre femmes. Les âges s'échelonnent de 31 ans à 59 ans.

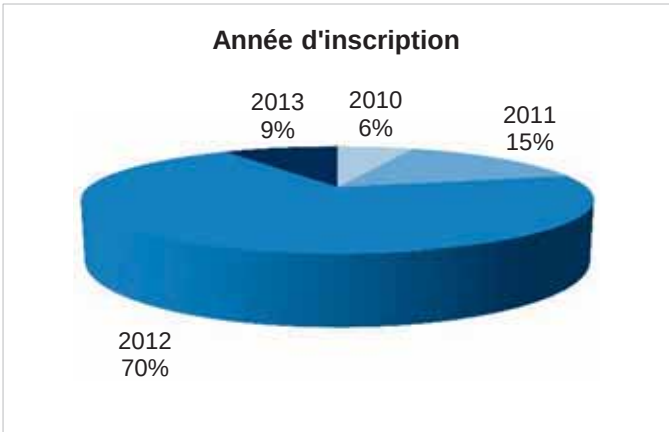
Les orientations des personnes inscrites

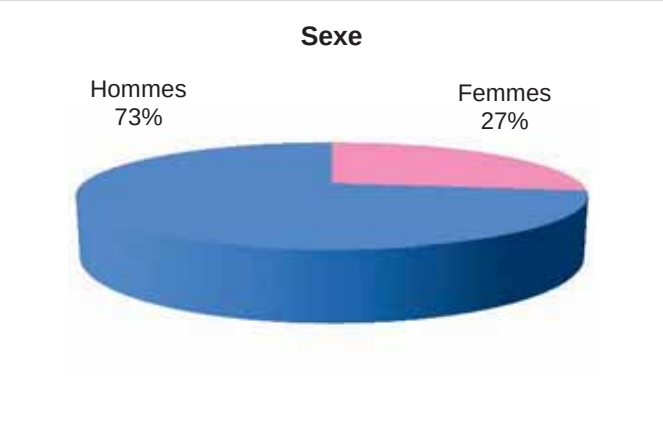
Selon la liste des orientations recensées depuis 2009, trois personnes sur les huit disposent de l'orientation SAMSAH seule. Deux autres personnes disposent de l'orientation SAMSAH et de l'orientation en SAVS, assortie de l'orientation en ESAT pour l'une d'entre elles. Une personne bénéficie d'une orientation SAMSAH et FAM. Du reste, cette personne est également inscrite sur la liste d'attente du foyer de La Bouëxière. Enfin, une personne semblait inscrite à priori dans l'attente de son orientation. Or, celle-ci délivrée en juillet 2013 l'oriente vers un SAVS. Une autre personne dispose d'une orientation en SAVS délivrée fin 2012 et renouvelée en 2013 mais pas d'orientation SAMSAH.

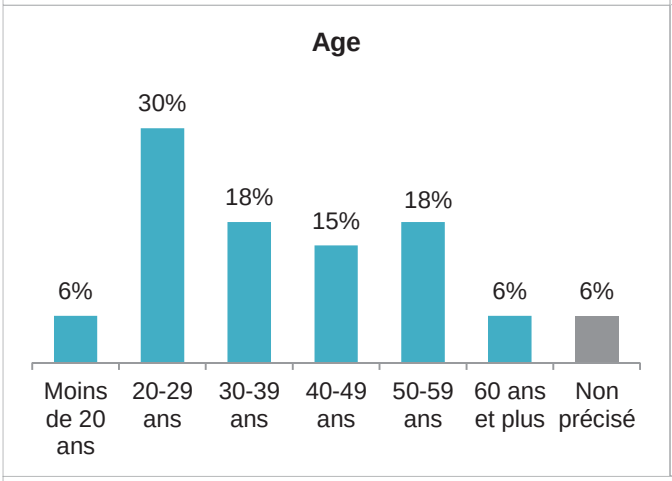
[32] *Contribution à l'évaluation des besoins d'accompagnement des personnes des personnes handicapées mentales en Ille-et-Vilaine*

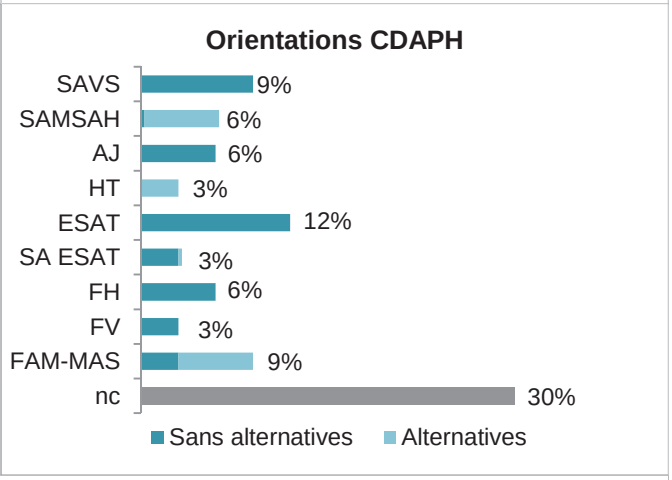
Les listes d'attente des accueils de jour autonomes

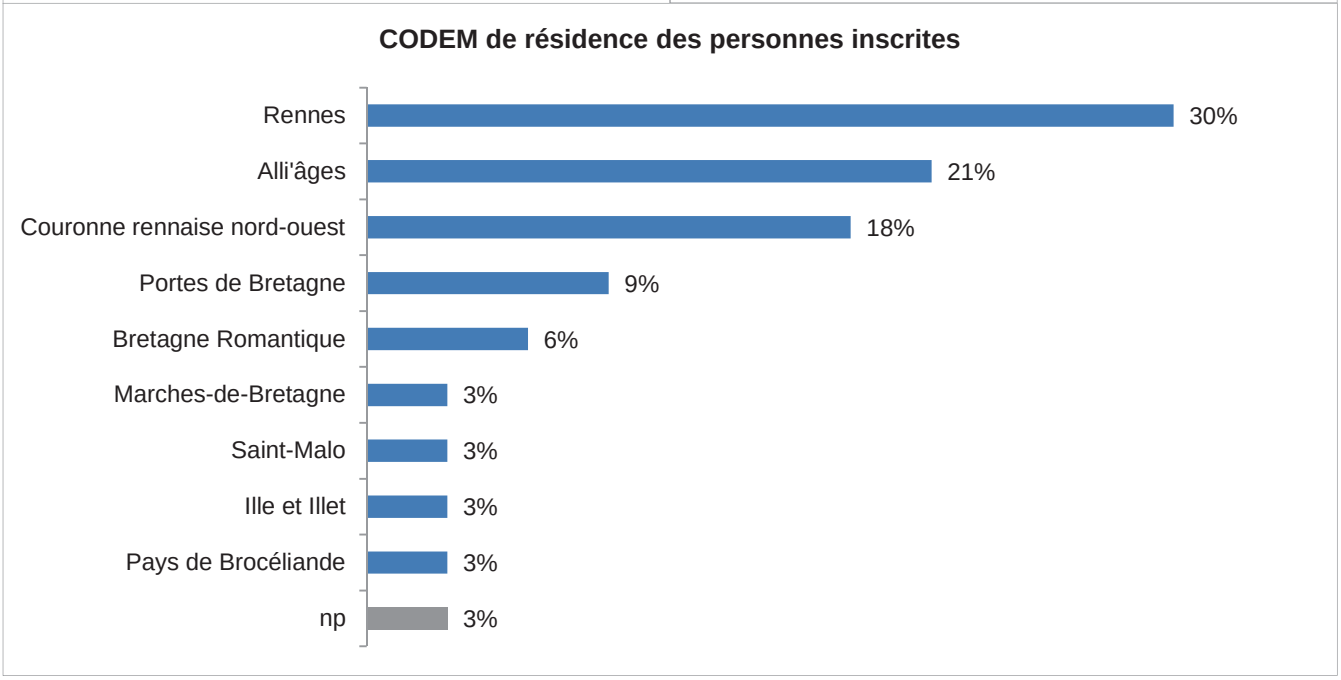
- Structures interrogées : **11**
- Structures répondantes : **8**
- Structures ayant inscrit des personnes sur liste d'attente : **3**
- Total de personnes inscrites : **33**







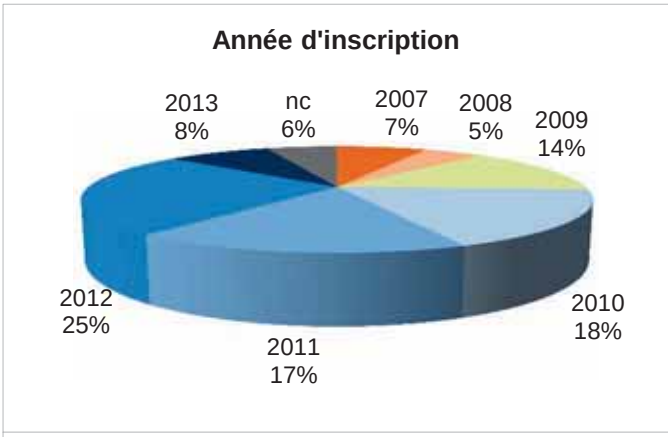


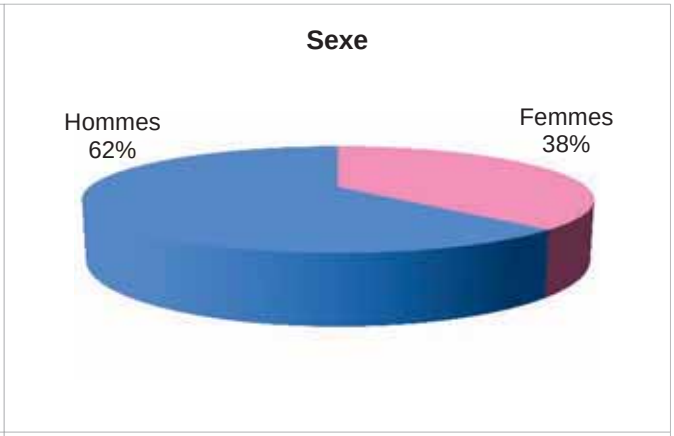


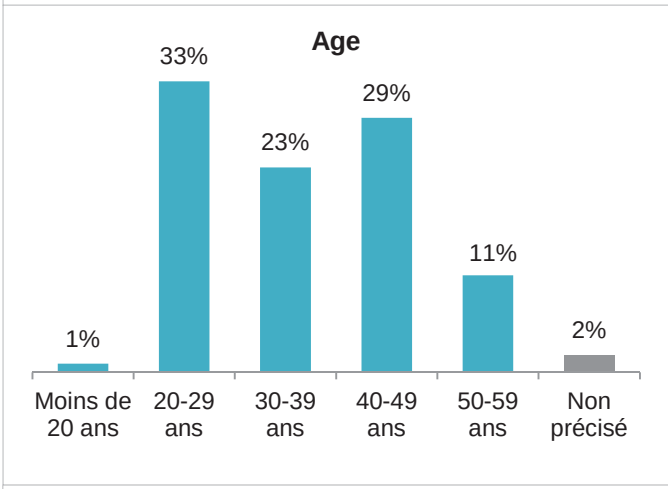
Les listes d'attente des ESAT

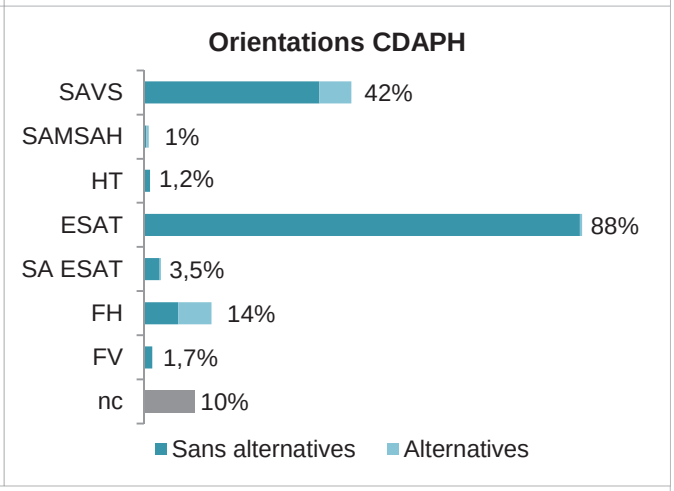
- Structures interrogées : **22**
- Structures répondantes : **20**
- Structures ayant inscrit des personnes sur liste d'attente : **17**

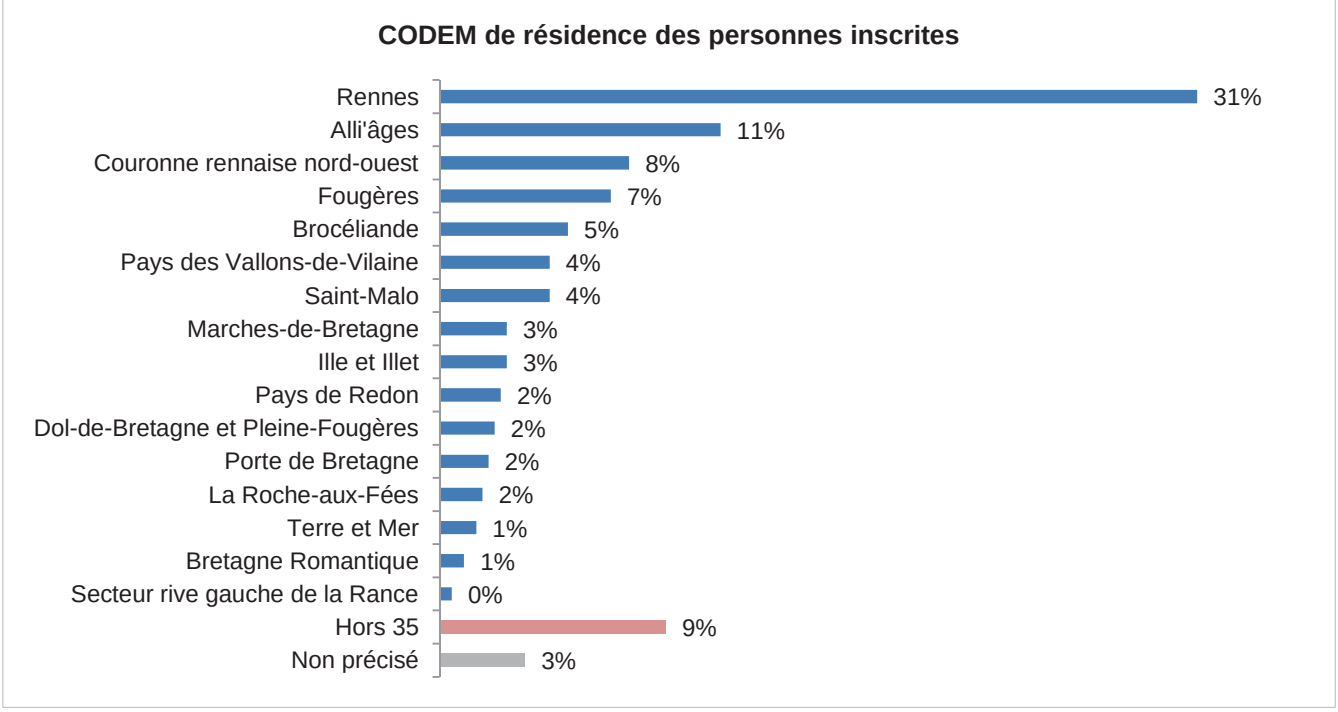
- Total de personnes inscrites : **405**
- Total d'inscriptions : **479**
- Personnes inscrites auprès de plusieurs établissements : **64**







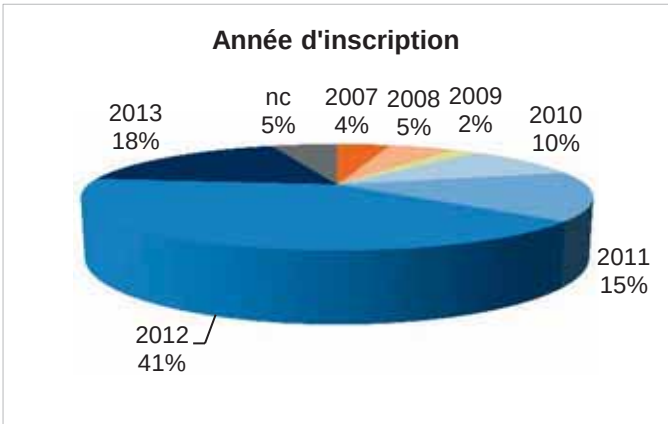


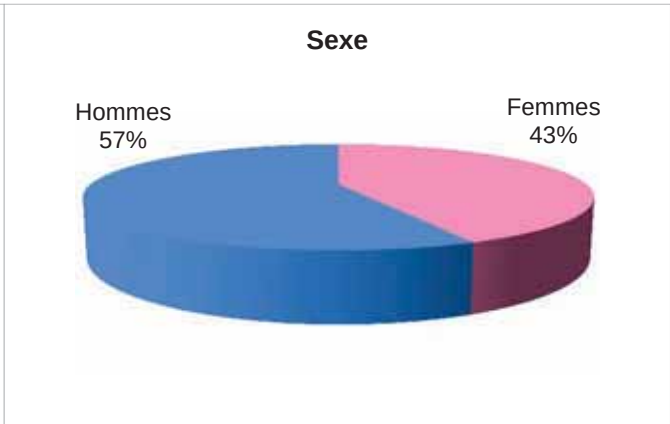


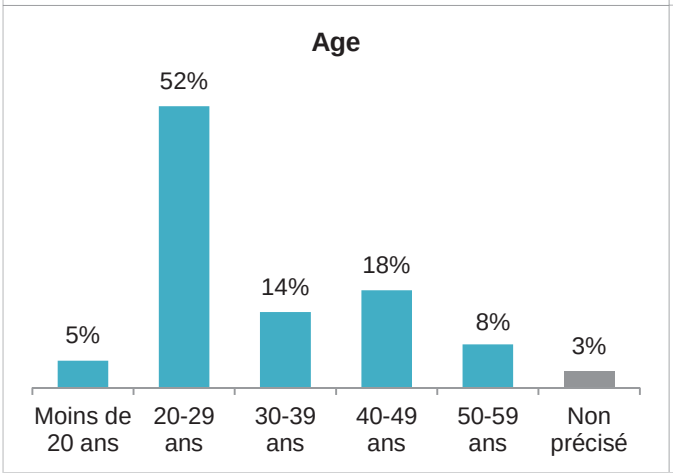
Les listes d'attente des foyers d'hébergement

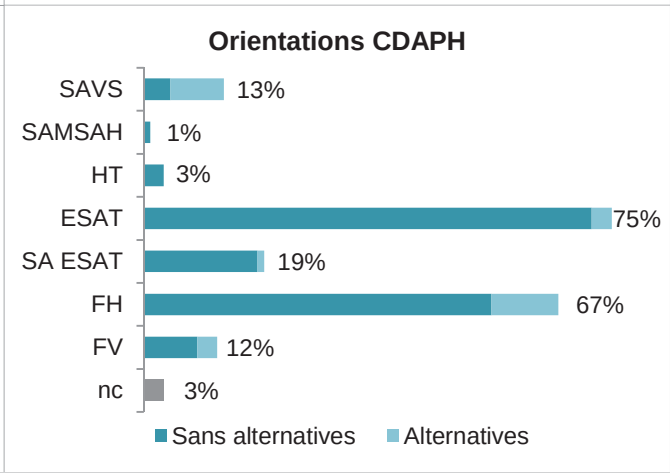
- Structures interrogées : **18**
- Structures répondantes : **17**
- Structures ayant inscrit des personnes sur liste d'attente : **6**

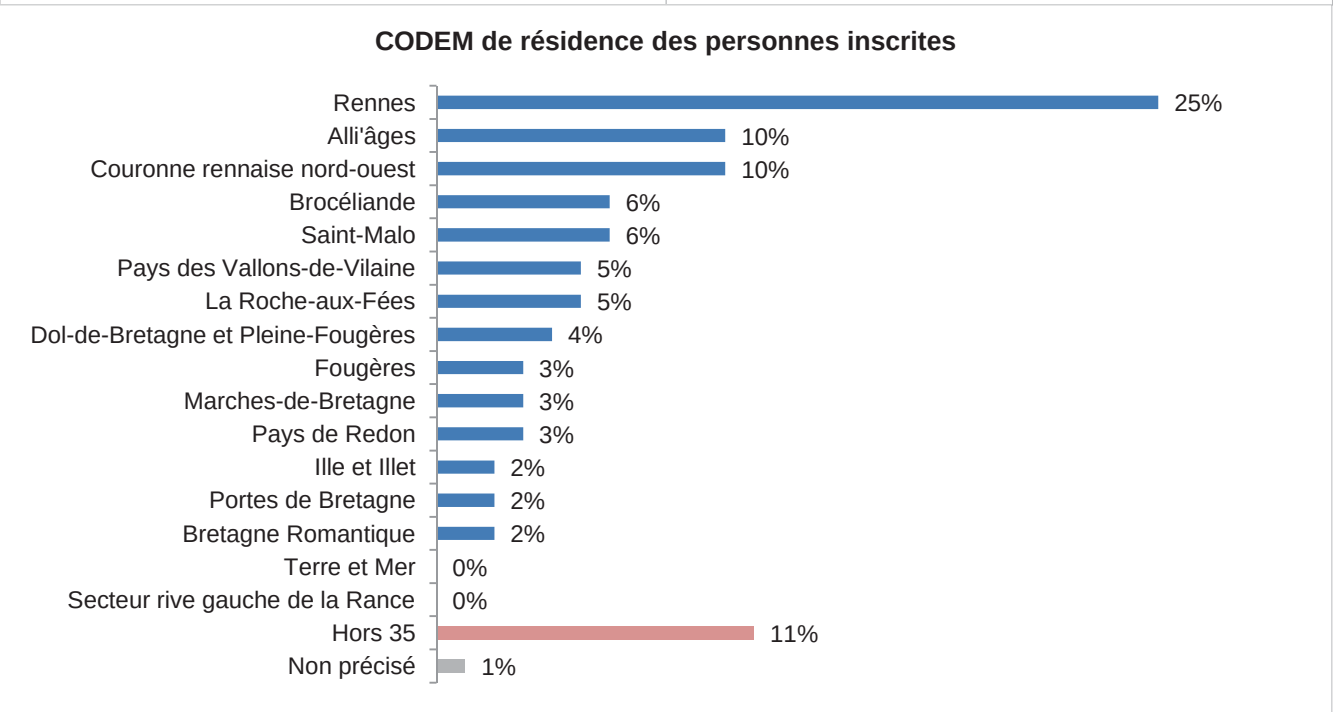
- Total de personnes inscrites : **93**
- Total d'inscriptions : **95**
- Personnes inscrites auprès de plusieurs établissements : **2**







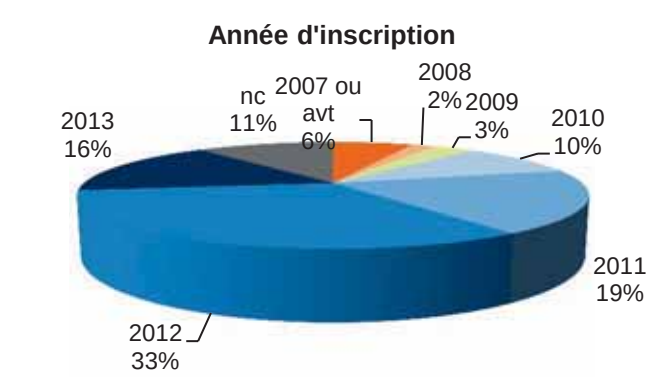


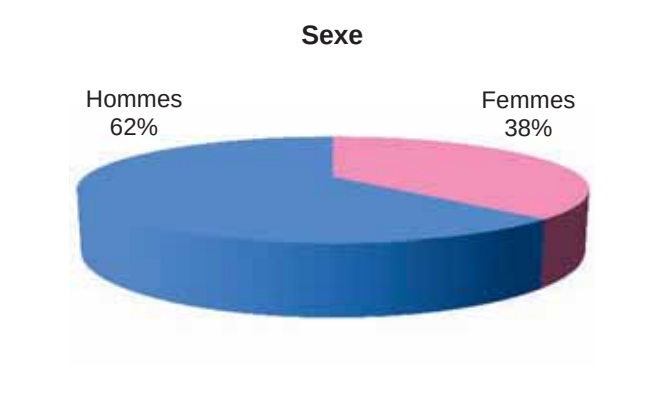


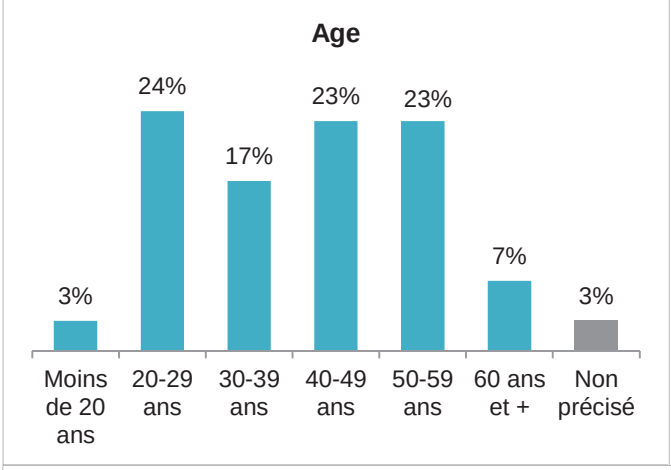
Les listes d'attente des foyers de vie

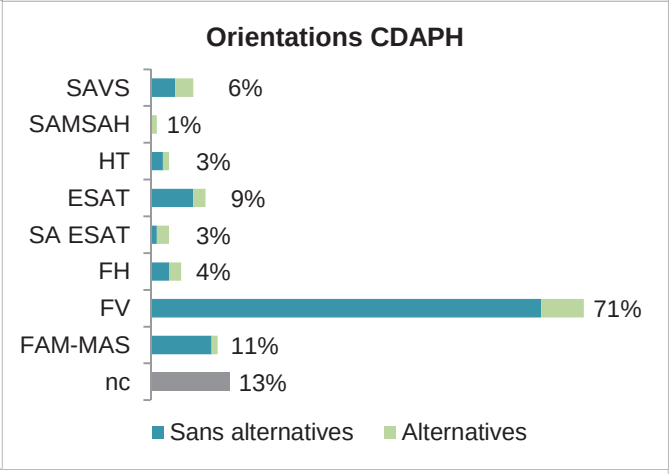
- Structures interrogées : **37**
- Structures répondantes : **34**
- Structures ayant inscrit des personnes sur liste d'attente : **27**

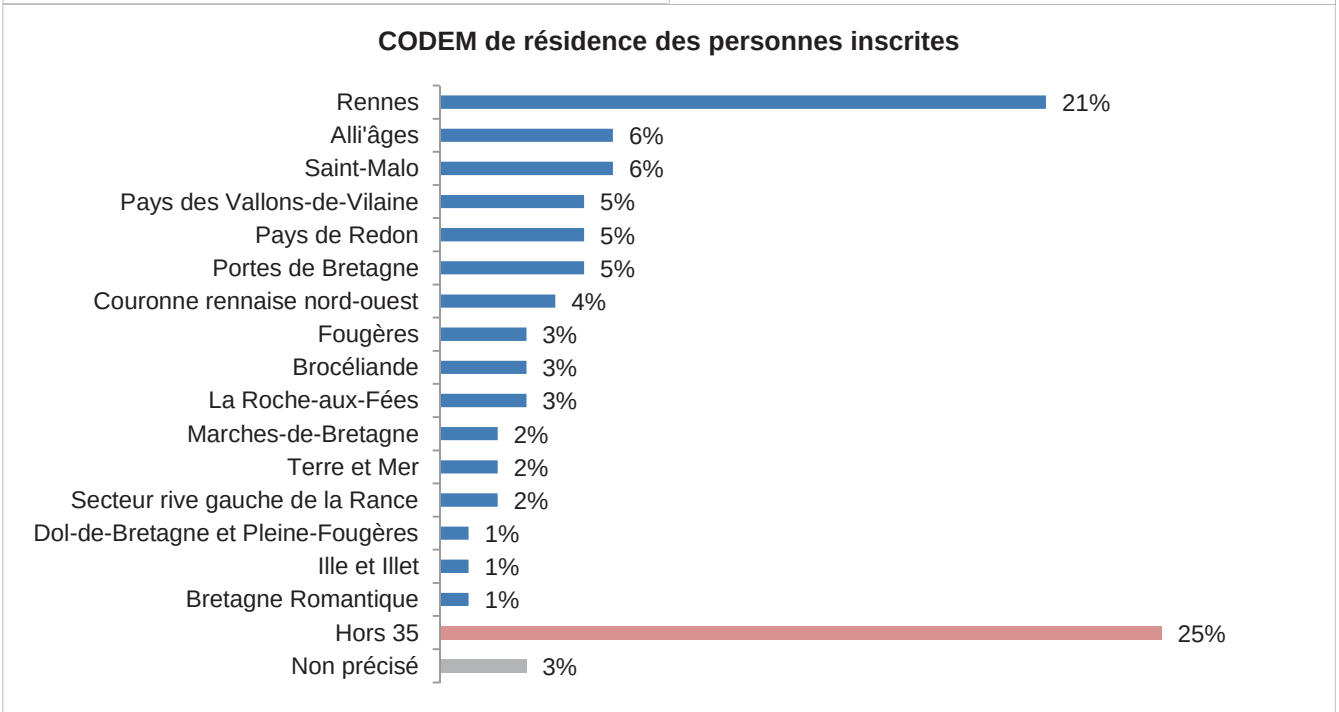
- Total de personnes inscrites : **269**
- Total d'inscriptions : **367**
- Personnes inscrites auprès de plusieurs établissements : **54**







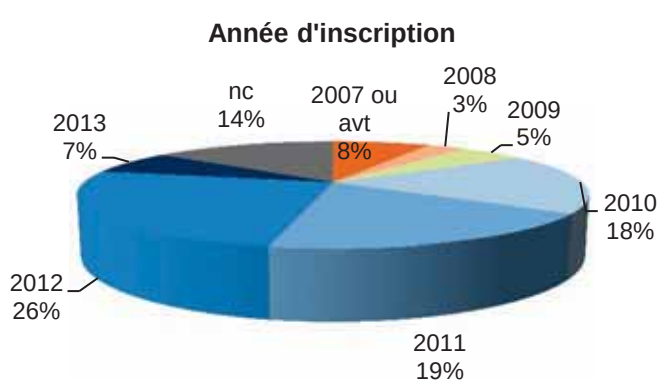


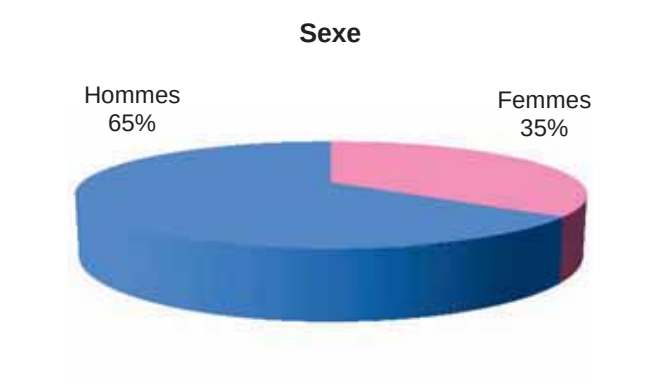


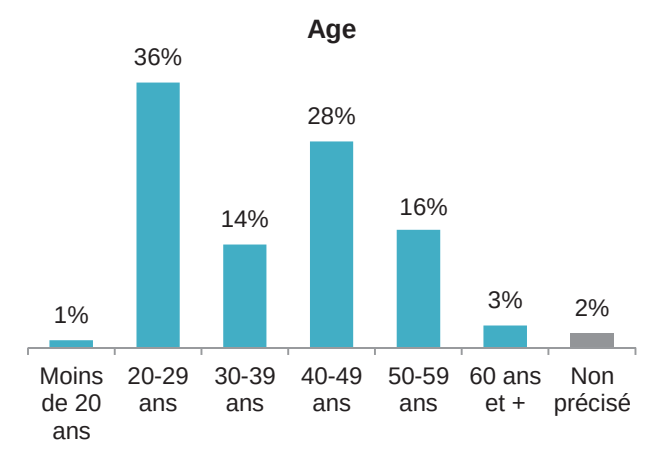
Les listes d'attente des foyers d'accueil médicalisé et maisons d'accueil spécialisées

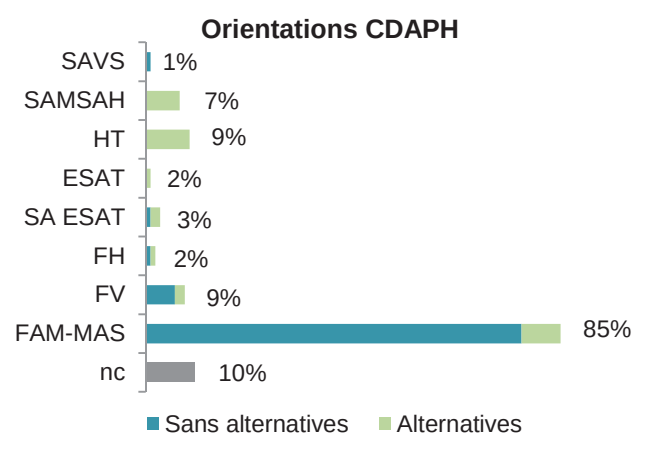
- Structures interrogées : **19** (16 FAM, 3 MAS)
- Structures répondantes : **15** (14 FAM, 1 MAS)
- Structures ayant inscrit des personnes sur liste d'attente : **14**

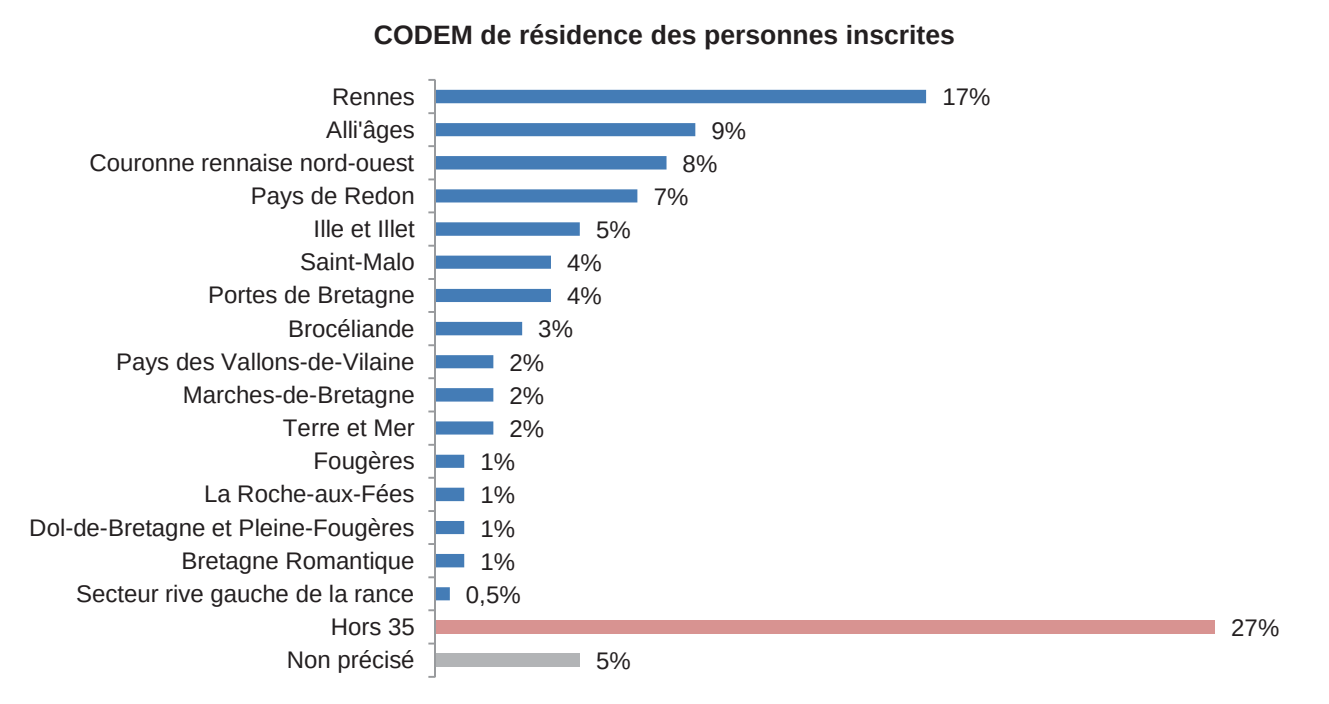
- Total de personnes inscrites : **222**
- Total d'inscriptions : **327**
- Personnes inscrites auprès de plusieurs établissements : **64**











Le département ne disposant pas d'outil permettant de connaitre en temps réel les adultes en situation de handicap inscrits en liste d'attente en établissements et services médico-sociaux, une enquête ponctuelle a été réalisée par les services au cours du 1er semestre 2013. C'est donc au travers un questionnaire, sous forme de fichier Excel, que les structures ont été sollicitées pour recueillir quelques données d'informations sur les personnes inscrites sur listes d'attente. Cette enquête a nécessité un temps de recherches non négligeable mais, pour autant, il convient de souligner le taux de retour très satisfaisant (presque 90 %).

A l'analyse des données, il apparait que les structures peuvent avoir des modes d'organisation différents quant à l'inscription et à la gestion de leurs listes d'attente. La définition des « personnes en liste d'attente » peut effectivement varier : s'agit-il de personnes ayant une notification de la CDAPH en cours de validité, ont-elles rempli un dossier d'admission, des mises à jour sont-elles effectuées régulièrement ?...
D'ailleurs à l'occasion de cette enquête, certaines structures ont engagé un travail d'actualisation de leur liste d'attente.
Beaucoup d'entre elles, n'ont pu renseigner les dates d'inscription.

L'enquête fournit des indications :

- Pour les inscriptions en SAVS : 74 % des personnes inscrites ont une orientation de la CDAPH, 43 % sont domiciliées sur le CODEM de Rennes, le délai moyen pour être accompagné par les services qui ont renseigné cette donnée est en général inférieur à une année, sauf par un des SAVS dédié à l'accompagnement des personnes avec un handicap psychique où les délais d'attente sont de 4 à 5 ans.
- Pour les inscriptions en foyer de vie : 71 % des personnes inscrites ont une orientation de la CDAPH. Si 21 % sont domiciliées sur le CODEM de Rennes, 25 % sont domiciliées hors du département, les personnes sont pour la plupart inscrites depuis au moins trois ans.
- Pour les inscriptions en FAM-MAS : 85 % des personnes inscrites ont une orientation de la CDAPH. Les personnes originaires d'un autre département représentent 27 % des personnes inscrites. Beaucoup d'inscriptions ont plus de trois ans.

Les données actuelles sur les personnes en situation de handicap ne permettent pas de maîtriser la connaissance globale de leurs besoins, notamment en termes d'accompagnement par les structures médico-sociales. La mise en place d'un outil qui puisse fournir des données sur les listes d'attente, sur le suivi des décisions d'orientation prises par la CDAPH ainsi que sur les caractéristiques et besoins des personnes déjà accueillies est indispensable.

2.5 Bilan des besoins repérés sur les territoires : enquête auprès des CLIC et CODEM

Une démarche de diagnostic menée par les professionnels de terrain

Une enquête a été réalisée auprès des CODEM et CLIC du département durant l'année 2013. L'objectif était d'une part, de permettre une remontée d'informations sur la connaissance que les CLIC et CODEM peuvent avoir sur les personnes âgées et personnes en situation de handicap et d'autre part, de connaitre le fonctionnement des CLIC et les axes d'amélioration à envisager.

Les priorités remontées sont les suivantes :

- ✓ Le soutien à domicile : faciliter l'accès à des logements adaptés, des habitats regroupés, d'améliorer la lisibilité de l'ensemble des dispositifs, de soutenir les aidants, d'augmenter les places notamment en SSIAD.
- ✓ Les coordinations : créer du lien entre les secteurs sanitaire, médico-social, social, partager des expériences, mettre en place des instances afin d'étudier les situations individuelles complexes.
- ✓ Le transport : mettre en place des partenariats pour développer l'offre de transport et le transport adapté.
- ✓ L'emploi des personnes en situation de handicap : sensibiliser les entreprises à l'obligation d'emploi, créer des dispositifs pour favoriser l'intégration en ESAT et favoriser les stages, développer les places d'ESAT.
- ✓ L'aide aux démarches : accompagner les personnes en situation de handicap et leur entourage lors des démarches administratives et pour la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation.
- ✓ L'hébergement : développer les foyers de vie pour personnes handicapées vieillissantes, mener une réflexion sur les demandes d'urgence, adapter les structures à la grande dépendance, développer l'accueil de nuit et réduire le reste à charge des personnes âgées.

Ci-après un aperçu des réponses apportées aux différentes questions posées.

Abréviations utilisées dans les en-tête de colonnes :

- **Pays de Saint-Malo**
  - StM : CODEM de Saint-Malo
  - SRGR T&M : CODEM Secteur Rive Gauche de la Rance et CODEM Terre & Mer
  - D&PF : CODEM de Dol-de-Bretagne et Pleine-Fougères
- **Pays de Fougères**
  - F : CAUDEHM de Fougères
  - MdB : CODEM des Marches-de-Bretagne
- **Pays de Brocéliande :**
  - CAUDEHM en Brocéliance
- **Pays de Rennes :**
  - R : CODEM de Rennes
  - I&I : CODEM de l'Ille et Illet
  - CRNO : CODEM Couronne rennaise nord-ouest
  - All. : CODEM Alli'âges
- **Pays de Vitré-Porte de Bretagne :**
  - PdB : CODEM des Portes de Bretagne
  - RaF : CODEM de La Roche-aux-Fées
- **Pays des Vallons-de-Vilaine :**
  - V.Vil : CODEM du Pays des Vallons-de-Vilaine
- **Pays de Redon**
  - Red : CODEM du Pays de Redon

Les besoins et constats relatifs aux personnes âgées

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRGR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
Coordination															
Manque de coordination			★	★					★	★					
Services d'aide à domicile															
Manque de lisibilité pour le public par rapport aux prestations proposées par les services et parfois manque de transparence sur les coûts pratiqués	★		★	★			★			★	★				
Difficulté à recruter et professionnaliser le personnel, le niveau de formation est très variable et le turn-over important		★	★	★	★			★							
Morcellement des temps d'intervention			★	★	★						★				
Absence de service à domicile la nuit					★				★						
Aide aux aidants															
Epuisements des aidants							★								
Besoin de donner de l'information aux aidants, notamment aux aidants de malades d'Alzheimer			★	★									★		
Besoin de lieux d'échanges et de convivialité pour lutter contre l'isolement													★		
Besoin d'écoute pour les familles avec soutien psychologique													★		
Insuffisances des dispositifs d'aide aux aidants		★						★					★		
Services de soins infirmiers à domicile															
Manque de places de SSIAD		★	★	★	★		★	★	★	★	★				★
Glissement des missions des aides à domicile et des auxiliaires consécutif au manque de places de SSIAD et d'IDE libéraux		★													★

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRFR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
Accueil de jour															
Manque de places d'accueil de jour			★		★	★	★		★	★		★			
Absence ou insuffisance de places pour des personnes non désorientées			★	★				★							
Manque de communication entre les professionnels du domicile et les accueils de jour			★	★											
Accueil de nuit															
Absence, insuffisance ou dispositif d'accueil de nuit trop éloigné		★	★	★	★	★		★	★				★	★	
Hébergement temporaire															
Manque de places d'HT ou dispositif saturé (souvent faute de place en hébergement permanent)	★	★	★			★	★	★	★	★		★			
Absence d'hébergement temporaire d'urgence (les charges ne permettent pas de garder des places vacantes notamment)		★			★			★				★		★	
Difficultés pour solvabiliser le coût de l'hébergement temporaire dans les plans d'aide des personnes								★							
Accueil familial															
L'accueil familial est insuffisamment développé voire inexistant											★				
Méconnaissance du dispositif famille d'accueil, des places disponibles			★	★						★					
Pas de relations entre les familles d'accueil et les acteurs du territoire			★	★											

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRFR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
EHPAD															
Manque de places / délais d'attente très longs	★	★	★	★	★		★	★			★				
Manque de places adaptées à la grande dépendance	★				★			★	★		★				
Absence de places pour la polydépendance sans démence (l'offre est structurée autour de la prise en charge Alzheimer essentiellement)	★														
Besoin de surveillance la nuit pour les personnes très dépendantes	★														
Reste à charge difficile à assumer pour les résidents, frais de caution élevés			★	★			★	★			★				
Manque de moyens (ou tarif maximum non soutenable)							★			★					
Difficulté pour recruter							★	★							
Les sorties d'hôpital															
Absence ou insuffisance d'anticipation des sorties			★	★						★			★		
Des retours qui interviennent à des moments inadaptés (la nuit ou en fin de semaine)							★		★						
Manque de communication : pas de synthèse des interventions							★								
Des sorties à organiser en urgence alors que les délais de traitement des demandes peuvent être longs : mise en place du plan d'aide, recherche de place, solvabilité des personnes…									★		★				★
Un défaut de prise en charge par les SAAD qui embolise les services hospitaliers	★														
Manque de coordination entre les services hospitaliers et les services à domicile											★				

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRFR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
Le secteur libéral															
Manque de généralistes					★				★			★			
Manque de spécialistes : dentistes, ophtalmo, labo, cabinets de radio							★					★		★	
Manque de pharmaciens									★						
Manque d'IDE libéraux		★													
Désengagement des IDE libéraux par rapport aux actes de nursing ou aux situations lourdes			★	★				★			★			★	
Coûts de transports pour accéder aux soins spécialisés					★		★								
Etablissements sanitaires															
Besoins d'une unité géronto-psychiatrique	★														
Manque de places de SSR (dont neurologiques)	★							★							
Manque de places d'USLD	★							★							
Manque de places d'UHR								★	★						
Pas de plateau technique pour les urgences en gériatrie							★								
Pas d'UCC			★	★											
Non-respect des conventions entre hôpital et établissements								★							
Méconnaissance de l'HAD, notamment la nuit								★							
Méconnaissance de l'EMG								★							

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRFR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
Psychiatrie															
Augmentation du nombre de personnes présentant des troubles du comportement ou d'addiction chez les personnes âgées							★								
Problème d'adaptation des établissements aux pathologies psychiatriques, besoin de formation pour les professionnels concernés		★				★									
Absence de prise en charge adaptée à des pathologies chez des personnes jeunes (Korsakov notamment)	★														
Pas de visite de praticiens à domicile					★										
Besoin d'une prise en charge psychiatrique pour les personnes en établissement sujets à des crises						★									
Manque de coordination et de communication autour de la prise en charge psychiatrique								★				★			
Habitat															
Manque de structures intermédiaires du type logements adaptés		★			★				★		★				★
Besoins d'adaptation des logements	★														
Absence d'anticipation de la part des usagers									★						
Manque de logements sociaux									★						
Transport															
Nombre important de personnes isolées			★	★			★								
Transport à la demande onéreux														★	
Problèmes d'accessibilité de certains transports en communs									★						
Transports adaptés insuffisants												★	★		★

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRFR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
Généralités															
Isolement des personnes et des aidants									★						★
Nombre important de personnes en situation de précarité ou avec un niveau de ressources inférieur au seuil de pauvreté			★	★		★									
Problème de solvabilisation des personnes					★										
Manque de bénévoles									★						
Prévention insuffisante (inadaptation du logement, absence de plan d'aide), méconnaissance des lieux de soutien									★	★					
Multiplication des évaluations médico-sociales (CH, EMS, évaluateur CARSAT…)					★										
Absence d'instance de coordination pour les personnes en GIR 5 ou 6									★						
Absence d'interventions le week-end pour des personnes jugées non prioritaires					★										
Problème de la prise en charge en urgence quand hospitalisation en urgence du conjoint (aidant)							★								
Portage de repas trop systématisé au détriment de l'aide à la préparation des repas					★										

Les besoins et constats relatifs aux personnes en situation de handicap

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRGR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
Besoins de structures spécifiques															
SESSAD autisme	★														
SAVS notamment pour le handicap psychique							★						★		
SAMSAH													★		
FH														★	
FV												★			
FAM-MAS pour des personnes tétraplégiques	★														
Structures pour PHV														★	
Manque de places															
SAMSAH pour des personnes en situation de handicap psychique	★										★	★			
FAM-MAS pour des personnes en situation de handicap psychique	★														
FH ou familles d'accueil pour les travailleurs d'ESAT					★										
ESAT et diversification des postes proposés					★								★		
ESAT et SA ESAT						★	★					★			
SSIAD moins de 60 ans							★				★				
SESSAD autisme							★								
Accueil de jour et GEM					★						★	★	★		★
Hébergement temporaire					★						★	★			
Gardes itinérantes de nuit											★				
FV													★		

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRGR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
Accompagnement et vie sociale															
Répondre aux demandes de couchers tardifs, avec des horaires atypiques					★									★	
Renforcer la formation des intervenants					★										
Organiser l'accompagnement social					★										
Renforcer l'accompagnement médico-social des travailleurs d'ESAT					★										
Manque d'accompagnement pour les personnes souffrant de troubles psychiques et leur entourage						★						★			
Difficultés d'accès à la vie sociale						★									
Accès aux soins															
Absences de médecins spécialistes sur le territoire														★	
Manque de places en psychiatrie pour gérer les situations de crise							★								
Délais trop longs pour accès au CMP															
Manque ou absence d'habitat regroupé							★				★	★	★		
Faciliter l'adaptation des logements, financièrement notamment						★					★				★
Pas de visibilité sur l'offre de logements accessibles dans le privé											★				
Faciliter l'accès aux logements et immeubles des personnels d'intervention											★				

PAYS ➔	Saint-Malo				Fougères		Broc.	Rennes				Vitré		V.Vil	Red.
CODEM ➔	St.M	SRGR T&M	D&PF	BR	F	MdB	Broc.	R	I&I	CRNO	All.	PdB	RaF	V.Vil.	Red.
Transport															
Manque de transport à la demande						★	★				★				
Difficultés d'accès			★	★											★
L'organisation du transport à la demande nécessite d'anticiper longtemps à l'avance										★					
Manque d'informations sur les dispositifs															★
Emploi															
Renforcer l'accompagnement des PH vers des stages en ESAT					★										
Informer, sensibiliser les entreprises sur l'emploi des travailleurs handicapés					★										
Renforcer l'information des TH en milieu ordinaire (ex : accès à la formations, accès aux soins…)					★										
Coordination et communication															
Manque de lien entre le sanitaire, social et le médico-social, notamment pour le handicap psychique					★	★	★			★			★		
Manque de partenariats					★		★								
Manque d'accompagnement des personnes handicapées et de leur entourage pour les différentes démarches					★	★	★								
Méconnaissance des professionnels et des structures des acteurs du handicap					★		★					★	★		

2.6 Analyse des enquêtes hébergement temporaire, unité Alzheimer et pathologies psychiatriques

Afin de contribuer à l'élaboration du diagnostic préalable à la rédaction du schéma départemental, des enquêtes ont été adressées aux établissements accueillant des personnes âgées sur des thématiques jugées très souvent comme problématiques par les établissements dans leur fonctionnement quotidien.

Afin de mieux appréhender ces différentes problématiques, il semblait nécessaire de disposer d'études chiffrées sur ces différents sujets.

3 sujets, repérés comme problématiques par les établissements accueillant des personnes âgées, ont donné lieu à la réalisation d'enquêtes :

- L'hébergement temporaire
- La prégnance des pathologies psychiatriques des personnes âgées en EHPAD et l'accompagnement proposé
- Le fonctionnement des unités Alzheimer

A) Enquête hébergement temporaire

Les besoins en hébergement temporaire ont été régulièrement remontés des professionnels du terrain. Pour autant, en l'absence d'étude départementale sur ce type d'accueil, il est apparu nécessaire de dresser un bilan du fonctionnement de l'hébergement départemental.

Le parti pris a été de faire parvenir une enquête relative à l'hébergement temporaire à l'ensemble des structures pour personnes âgées avec des questions différentes selon qu'elles disposent ou non de places d'hébergement temporaire autorisées.

Cette enquête a été réalisée au printemps 2013. Sur les 161 structures interrogées, on note un taux de retour de 75%.

Globalement les résultats de l'enquête traduisent une hétérogénéité dans les modes de fonctionnement de l'hébergement temporaire.

Quelques indications chiffrées fournies par les résultats de l'enquête :

Sur les caractéristiques des personnes accueillies :

Les 51 structures ayant répondu aux questions relatives aux caractéristiques des personnes accueillies en hébergement temporaire, ont accueilli 1120 personnes en 2012. 24% des personnes accueillies viennent de la commune où se situe la structure, 17% du canton et 25% du secteur gérontologique. L'âge moyen des personnes accueillies est de 84,5 ans.

30% des personnes accueillies sont en GIR 1-2, 43% en GIR 3-4 et 27% en GIR 5-6. Pour 23% d'entre elles, les admissions en hébergement temporaire s'expliquent par la nécessité de soulager les aidants alors que 22% des admissions se font dans l'attente d'une place d'hébergement temporaire.13% des admissions sont en revanche des transitions après sortie d'hospitalisation avant retour au domicile.

Sur la durée des séjours :

La durée des séjours en hébergement temporaire est très hétérogène : 45% des séjours en 2012 ont une durée de 2 semaines à 1 mois et 25%, une durée allant jusqu'à 1 mois et demi. Enfin, 10% des séjours excèdent la durée de 3 mois. 50% des répondants déclarent des que les séjours le plus court est inférieur à 1 semaine et 38% déclarent que la durée maximum de leurs séjours en 2012 était supérieure à 3 mois.

Sur le fonctionnement de l'hébergement temporaire :

Malgré un taux de satisfaction globale du fonctionnement de l'hébergement temporaire de 75%, les structures relèvent aussi des difficultés de fonctionnement : la moitié d'entre elles relèvent des difficultés de traitement des demandes urgentes, 40% considèrent que la gestion de l'hébergement temporaire est trop souvent une charge administrative.

Enfin près d'un quart note des difficultés de remplissage fréquentes et 53% des difficultés plutôt occasionnelles.

Concernant les autorisations :

Au vu de ces difficultés quelques structures s'interrogent sur les perspectives à venir de leur hébergement temporaire et envisagent même de solliciter la requalification de leurs places en hébergement permanent.

📣 A retenir : l'hébergement temporaire peut être une solution utile pour les personnes âgées et leurs proches qui ont besoin d'un temps de répit. L'enquête confirme les disparités observées jusqu'alors dans le fonctionnement de l'hébergement temporaire. Elle confirme également les difficultés que peuvent rencontrer les structures dans le fonctionnement de ce type d'accueil pour un remplissage optimal.

Par conséquent, une réflexion plus importante sur le thème de l'hébergement temporaire devra être menée dans les prochaines années. Ce travail a commencé fin 2014 en lien avec l'Agence régionale de santé qui a également décidé, de mener une réflexion visant à améliorer le dispositif d'hébergement temporaire.

B) Enquête sur les pathologies psychiatriques dans les EHPAD

En raison d'un nombre limité dans le département d'Ille-et-Vilaine d'unités de géronto-psychiatrie, les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes âgées présentant des pathologies psychiatriques.

Les demandes d'entrée en EHPAD par des personnes présentant ce type de pathologies sont de plus en plus fréquentes et nécessitent de la part des EHPAD un travail important d'adaptation de leur fonctionnement, faute de quoi, ils ne peuvent accueillir ces populations.

Compte tenu des difficultés fréquemment évoquées par les EHPAD pour proposer un accompagnement adapté aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques, une enquête a été réalisée en 2013.

L'enquête a été adressée à l'ensemble des EHPAD du département à l'exception, de l'EHPAD géré par le CHS - Centre Hospitalier Guillaume Régnier.

En préalable, il convient d'indiquer que, dans un souci de simplification, les données demandées aux structures concernaient les **seuls résidents présents au jour du remplissage** de l'enquête et présentant des pathologies psychiatriques diagnostiquées, hors pathologie de type Alzheimer ou syndromes apparentés.

L'objet de l'enquête ayant été de mesurer spécifiquement les difficultés des établissements à accompagner les personnes qui présentent, du fait de pathologies psychiatriques, des troubles du comportement, **les troubles anxio-dépressifs très souvent présents chez la personne âgée ont été exclus du champ de l'enquête.**

Indications générales fournies par les résultats de l'enquête :

Sur les 159 questionnaires adressés, on note **un taux de retour de 74%** représentant une capacité d'accueil de 8 839 places.

90,5% des structures ayant répondu ont indiqué être concernées par le champ de l'enquête en accueillant, au jour de l'enquête, des personnes présentant effectivement une pathologie psychiatrique diagnostiquée.

Au moment du remplissage, **1 305 personnes accueillies sur les 6 011 places** que comptent les établissements ayant répondu, étaient concernées par une pathologie psychiatrique soit **22% de l'effectif.**

55% des établissements ont une proportion de résidents concernés par une pathologie psychiatrique inférieure à 15%. En revanche, 15% des établissements déclarent une prévalence supérieure à la moitié de leur effectif.

Sur les caractéristiques des personnes accueillies :

Dans 71% des cas, il s'agit de femmes et dans 26% des cas, les personnes ont entre 86 et 90 ans : cette donnée traduit éventuellement davantage des troubles qui pourraient être en partie associés à une pathologie du vieillissement qui étaient pourtant à priori exclues du champ de l'enquête.

En revanche, une donnée interpelle davantage : **plus de 22% des personnes concernées ont 75 ans ou moins.**

Si la plupart des personnes concernées étaient à leur domicile avant leur entrée dans l'EHPAD, près de 30% étaient au préalable accueillies en milieu hospitalier dont 12% dans des services de psychiatrie.

Il s'agit en majorité de personnes en GIR 2 (30%), mais **23% sont en GIR 4** donc peu dépendantes.

34 établissements ont indiqué avoir connaissance de personnes inscrites sur leur liste d'attente et présentant une pathologie psychiatrique représentant 194 personnes en attente d'une place.

Les problématiques rencontrées par les structures dans l'accueil et l'accompagnement des personnes présentant des pathologies psychiatriques :

- **Dans l'accueil des personnes présentant ce type de pathologie :**
  - Il arrive que les structures refusent d'accueillir des personnes car elles présentent des pathologies psychiatriques : 48% des établissements ayant répondu à cette question, indiquent avoir refusé en 2012 (de façon plus ou moins fréquente), l'admission de personnes présentant ce type de pathologie.
- **Dans le fonctionnement quotidien de l'établissement :**
  - Deux principales difficultés sont relevées par les établissements : les **sollicitations excessives** des équipes et la gêne occasionnée pour les autres résidents ainsi que dans une moindre mesure, **l'agressivité contre les équipes** et la **désorganisation des services**.
  - Un **manque de réponse apportée en interne** aux personnes présentant ces pathologies : la réponse apportée le plus fréquemment reste le recours au psychologue de la structure dont le temps d'intervention est en général inférieur à 0.60 ETP.
  - Un manque de formation des professionnels au sein des établissements : seuls **14% des structures indiquent que leurs professionnels sont formés** à l'accompagnement des personnes présentant des pathologies psychiatriques.
- **Dans le recours à la psychiatrie de secteur :**
  - Malgré un recours assez fréquent aux équipes de psychiatrie de secteur, la visite d'un infirmier en psychiatrie n'est pas systématique : **un quart des structures déclare passer plusieurs mois sans visite**. Pour d'autres en revanche, l'infirmier peut se déplacer jusqu'à 10 fois en 1 mois : il résulte donc une forte disparité dans les pratiques et selon les secteurs.
  - Des **délais de réponse par les services de psychiatrie trop longs pour 48% des établissements** se traduisant par des **délais pour l'hospitalisation eux aussi jugés trop longs par 70% des établissements** : en résultent des difficultés pour les EHPAD pour accompagner au mieux les résidents dans l'attente d'une réponse ou d'une hospitalisation.

- Un **manque de transmissions d'informations** sur l'état de santé de la personne à sa sortie d'hospitalisation est ressenti par 64% des établissements.
- Des sorties d'hospitalisation jugées trop précoces par 37% des établissements, l'état de santé des personnes n'étant pas alors suffisamment stabilisé pour réintégrer l'EHPAD.

Les établissements interrogés sur les solutions envisageables pour remédier aux problématiques qu'ils rencontrent, privilégient 3 pistes d'actions :

- La **constitution d'équipes mobiles en psychiatrie** qui permettrait de soutenir les EHPAD en cas de situation de crise ;
- La **formation des professionnels** : sont notamment attendues des formations permettant de mieux connaître les pathologies psychiatriques et leurs signes cliniques ainsi que d'avoir des solutions pour la prise en charge de personnes réfractaires aux soins ou agressives ;
- Le **renforcement des liens avec la psychiatrie**.

📣 A retenir : les résultats de l'enquête permettent de mesurer de façon plus concrète le nombre de personnes accueillies au sein des EHPAD et qui présentent une pathologie psychiatrique. Certaines données sont toutefois à prendre avec précaution, certaines structures ayant visiblement comptabilisé dans leurs chiffres les personnes présentant des pathologies qui étaient pourtant exclues du champ de l'enquête (Alzheimer, syndromes anxio-dépressifs par exemple).

Il ressort de l'analyse de cette enquête que les structures, faute de pouvoir proposer un accompagnement adapté à ces personnes, refusent parfois, voire souvent, leur admission et sont démunies pour accompagner ces personnes une fois qu'elles sont admises.

Un défaut de formation des professionnels au sein des EHPAD ressort clairement des résultats. Par ailleurs, les structures déplorent un manque de suivi des résidents concernés de la part des services de psychiatrie.

Compte tenu de ces éléments, un groupe de travail, dans le cadre du schéma départemental, a été constitué sur la santé mentale incluant dans sa réflexion la problématique des EHPAD dans l'accompagnement des personnes âgées présentant une pathologie psychiatrique. L'objectif était alors que le groupe émette des propositions spécifiquement à destination des EHPAD.

C) Enquête sur le fonctionnement des unités Alzheimer

Le département d'Ille-et-Vilaine, comme évoqué précédemment, a depuis longtemps pris la mesure du défi posé par l'accompagnement des personnes présentant une pathologie de type Alzheimer ou apparenté.

Pour cela, la création de places spécifiques d'hébergement au sein des EHPAD a été privilégiée dans les précédents schémas gérontologiques.

Afin de mieux appréhender le fonctionnement des unités Alzheimer et d'évaluer cet axe fort de la politique départementale, une enquête avait été adressée en 2010 aux établissements disposant de ce type d'unité. Pour intégrer à ces données les unités ouvertes ces dernières années, une nouvelle enquête, portant sur les mêmes champs, a été renouvelée en 2013 auprès des structures concernées.

Quelques données :

Un niveau de dépendance qui diminue : il ressort du traitement de cette seconde enquête sur les unités Alzheimer que le niveau de dépendance des personnes qui y sont accueillies diminue légèrement : le GMP est en effet passé de 834 à 799 et la part de personnes en GIR 1-2 au sein des unités est passée entre 2010 et 2013 de 77% à 74%. Cette diminution s'est faite au profit du nombre de personnes en GIR 3-4 : de

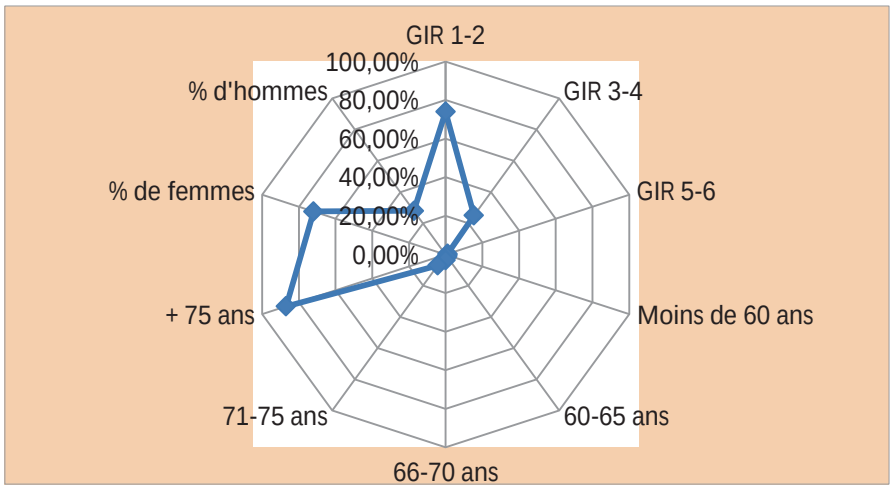
21% en 2010, les personnes en GIR 3-4 représentent aujourd'hui un quart des personnes accueillies dans les unités Alzheimer.

Par ailleurs sur le nombre total de personnes en GIR 1-2 présentes dans les unités Alzheimer, alors que 46% étaient en GIR 1 en 2010, 34% le sont en 2013. On observe donc une diminution du nombre de personnes en GIR 1 dans ces structures.

Concernant la répartition hommes-femmes : en 2013, près de 72% des personnes accueillies au sein des unités Alzheimer sont des femmes, contre 79% en 2010.

87% des personnes accueillies ont plus 75 ans (76% ont entre 81 et 90 ans), 13% ayant donc moins de 75 ans. Sur ces 13%, on note la présence en 2013 de 11 personnes de moins de 66 ans dont 3 qui ont moins de 60 ans. Ces chiffres sont constants par rapport à ceux observés en 2010. Pour autant, ils ne traduisent pas forcément la réalité de la maladie d'Alzheimer chez des personnes jeunes qui, la plupart du temps, restent à leur domicile, faute de solution institutionnelle adaptée à leur âge.

En résumé : depuis 2010, les personnes accueillies dans les unités Alzheimer sont toujours en grande majorité des femmes, mais leur représentation diminue au profit de celle des hommes. Il s'agit de personnes très dépendantes mais dans des proportions moins importantes en 2013 qu'en 2010.



Par ailleurs, le questionnaire abordait les inscriptions en cours spécifiquement pour l'unité Alzheimer : 588 personnes étaient alors en attente d'une place au sein des unités Alzheimer ce qui représente plus du quart du nombre total de places sur le département en unités spécifiques. La plupart des personnes inscrites sont à domicile (82%), 4% sont des personnes déjà accueillies au sein du reste de l'établissement.

Ces éléments sont à mettre en corrélation avec la durée moyenne de séjour au sein de l'unité qui est supérieure à celle constatée pour l'hébergement classique en EHPAD.

Pour la majorité des structures (62%) les sorties des résidents de l'unité Alzheimer sont motivées par une aggravation de la dépendance et l'incapacité des personnes à participer aux activités thérapeutiques proposées.

Les établissements exposent en général ces conditions de sorties aux familles notamment via le contrat de séjour qui les mentionne, alors que certaines structures revendiquent comme un point important de leur projet le fait de maintenir les personnes en fin de vie dans l'unité, d'où une durée moyenne de séjour longue et des listes d'attente importantes.

A retenir :

L'enquête a permis d'actualiser et confirmer certaines informations notamment sur les caractéristiques des personnes accueillies au sein des unités Alzheimer : il s'agit majoritairement de personnes très dépendantes qui vont être accompagnées jusqu'à la fin de leur vie au sein de l'unité. En effet, alors que des structures revendiquent leur projet qui repose sur l'accompagnement jusqu'à la fin de vie des résidents des unités Alzheimer, d'autres qui ont posé le principe d'une sortie de l'unité en cas d'aggravation de la dépendance, se heurtent à des difficultés pour faire sortir les personnes de l'unité Alzheimer.

Il en résulte une forte pression des demandes d'admission, notamment formulées par les personnes âgées et leurs familles à domicile dont l'admission ne peut être possible en dehors d'une unité Alzheimer.

Par ailleurs, les remarques des établissements tendent à indiquer que l'accompagnement proposé au sein des unités Alzheimer est par moment insuffisant pour accompagner ces personnes au mieux et retarder ainsi les effets de la maladie.

Ces éléments ont été abordés en groupe de travail afin que le schéma départemental puisse intégrer dans le plan d'actions des mesures spécifiques pour mieux accompagner les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

Chapitre 3
Plan d'actions

3. Plan d'actions

3.1 Elaboration du plan d'actions

Le présent schéma entend répondre à deux objectifs :

- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes adultes en situation de handicap ;
- Développer une offre d'accueil diversifiée et adaptée ;

En veillant :

- A la qualité des réponses apportées ;
- A l'équilibre territorial avec une attention particulière portée sur les zones rurales ;
- A l'accessibilité financière des prestations et des équipements ;

Il se présente en six volets d'actions :

1. Agir pour mieux accompagner les professionnels, les aidants naturels et les bénévoles dans la prise en charge des personnes âgées et personnes en situation de handicap ;
2. Agir pour favoriser l'accès de tous à une information de qualité ;
3. Agir pour mieux connaitre les besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
4. Agir pour conforter, renforcer et adapter les dispositifs existants afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
5. Agir pour accroitre l'offre en réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
6. Agir pour innover dans la recherche de nouvelles réponses pour satisfaire les besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Trois phases de travail se sont succédé permettant d'aboutir à ce plan d'actions :

❖ Phase n° 1 : définition des thématiques prioritaires

Tout d'abord, lors de l'élaboration du diagnostic, des enquêtes et études ont été réalisées afin d'étayer les besoins et attentes. Cela a concerné l'analyse des listes d'attente en établissement pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, ainsi que celles des orientations prononcées par la CDAPH. Les représentants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, les CLIC et CODEM ont été sollicités et ont fait remonter leurs priorités. Enfin, compte tenu de certaines remontées faisant part de problématiques récurrentes évoquées par les acteurs de terrain, des enquêtes spécifiques ont été réalisées pour aider à la réalisation de ce diagnostic : hébergement temporaire, unités Alzheimer, pathologies psychiatriques, futurs besoins des adolescents accompagnés en SESSAD, IME, IEM.

Leur analyse a permis d'identifier des thématiques prioritaires sur lesquelles il convenait d'échanger avec les partenaires institutionnels et les gestionnaires de structures.

Thème n° 1 :

Constat : Manque de lisibilité dans les dispositifs et les coordinations
Proposition : Améliorer la lisibilité des coordinations et organisations sur les territoires pour une meilleure fluidité du parcours de la personne âgée et de la personne en situation de handicap

Thème n°2 :

Constat : Manque de données sur les populations en situation de handicap, sur les places disponibles en établissement

Proposition : Améliorer la connaissance de la population et de ses besoins : observatoire départemental Etat des lieux de l'existant et des besoins non couverts

Thème n°3 :

Constat : Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap souhaitent, pour une grande part, vivre à domicile.
Proposition : Favoriser le maintien à domicile

Thème n°4 :

Constat : Faire évoluer les établissements au regard des besoins de la population accueillie et/ou à accueillir
Proposition : Définir les priorités dans les établissements pour les 5 années à venir

Thème n°5 :

Constat : L'espérance de vie des personnes en situation de handicap augmente
Proposition : Mieux identifier l'offre existante afin de mieux accompagner l'avancée en âge des personnes handicapées et accompagner les personnes, les aidants et les professionnels.

Thème n°6 :

Constat : Les besoins de certaines populations sont insuffisamment pris en compte
Proposition : Prendre en compte les besoins spécifiques :

- Les pathologies psychiatriques des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- L'autisme et les Troubles envahissants du développement (TED)
- Les maladies neurodégénératives, notamment chez les malades jeunes (moins de 65 ans)

Thème n°7 :

Constat : Existence de freins à l'emploi en milieu protégé : insuffisance de préparation, d'accompagnement.
Proposition : Favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

Thème n° 8 :

Constat : Renforcer les outils de communication afin d'améliorer la lisibilité tant pour les usagers que pour les professionnels.
Proposition : Elaborer un plan de communication pour une meilleure lisibilité des dispositifs

❖ Phase n° 2 : les travaux des groupes

Ainsi, au regard de ces thématiques prioritaires, dix groupes de travail ont été constitués sur la période de janvier à juin 2014.

Les travaux des groupes, constitués de représentants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap ou leurs représentants, d'élus, de gestionnaires de structures, de partenaires institutionnels, ont réuni entre 12 et 129 inscrits par groupe. Ils ont été animés par les services du Département en recherchant un co-pilotage ou une participation de professionnels de l'ARS Bretagne. Entre 3 à 16 rencontres ont été organisées dans chacun des groupes, ce qui démontre une réelle volonté de rechercher, ensemble, des solutions visant à répondre aux besoins et attentes repérés.

L'objectif de ces groupes de travail était d'une part d'établir un constat sur la thématique de travail, de définir les enjeux et objectifs puis de proposer des actions.

41 fiches actions ont été rédigées dans ce cadre.

❖ Phase n° 3 : présentation des travaux des groupes

Afin de donner une articulation aux travaux des groupes desquels ressortaient parfois des propositions similaires, ces dernières ont été regroupées et présentées lors de différentes instances en cinq grands axes déclinés eux-mêmes en plusieurs thématiques.
Ce travail a été présenté au comité de pilotage du schéma, ainsi qu'au CODERPAG et au CDCPH.

Axe 1 : **Favoriser l'information, la coordination et les actions de prévention**

Cet axe se décline en 3 thèmes prioritaires :

- Améliorer l'information et la communication à destination des usagers et des professionnels (3 fiches actions)
- Améliorer le dispositif de coordination et la gestion des situations compliquées
- Accompagner les aidants/aidés

Axe 2 : Mieux évaluer les besoins pour un accompagnement adapté

Cet axe se décline en 4 thèmes prioritaires :

- Structurer un observatoire des besoins (2 fiches action)
- Mieux repérer et accompagner les personnes souffrant de troubles envahissants du développement (3 fiches action)
- Mieux prendre en compte et accompagner les personnes souffrant de handicap psychique (2 fiches action)
- Mieux repérer et accompagner les personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives (3 fiches action)

Axe 3 : Améliorer le parcours des personnes

Cet axe se décline en 5 thèmes prioritaires :

- Favoriser l'accessibilité de tous et à tout
- Favoriser les passerelles entre les différentes formes d'accompagnement
- Faciliter les transitions dans le parcours des personnes en situation de handicap (5 fiches action)
- Respecter la parole et le choix de vie des usagers (4 fiches action)
- Accompagner les personnes dans la perte d'autonomie et la dépendance (3 fiches action)

Axe 4 : Proposer une offre diversifiée en réponse aux attentes et aux besoins

Cet axe se décline en 3 thèmes prioritaires :

- Adapter l'offre existante aux besoins repérés (3 fiches action)
- Développer l'offre d'accompagnement existante mais insuffisante (2 fiches action)
- Développer de nouvelles offres d'accompagnement

Axe 5 : Promouvoir une offre de qualité financièrement accessible

Cet axe se décline en 3 thèmes prioritaires :

- Poursuivre la démarche qualité dans les structures (2 fiches action)
- Réactualiser la politique d'investissement en faveur des établissements d'accueil pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap
- Maîtriser le reste à charge des usagers tout en veillant à l'équilibre financier des structures (3 fiches action).

3.2 Déclinaison du plan d'actions

VOLET 1	AGIR POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS, LES AIDANTS NATURELS, ET LES BENEVOLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La formation sous toutes ses formes, qu'elle soit initiale, continue, croisée, permet d'améliorer les connaissances, favorise l'interconnaissance, facilite l'utilisation d'un langage commun, promeut une culture commune et diffuse les bonnes pratiques. Elle permet enfin de s'adapter aux évolutions. Ce volet prioritaire concerne les aidants, les bénévoles et les professionnels du domicile et des établissements médico-sociaux.

Les priorités de formation recensées par les acteurs de terrain sont les suivantes :

Action : Favoriser le repérage précoce et l'accompagnement des personnes présentant des Troubles Envahissants du Développement (TED)

- en incitant à ce que soient intégrées dans les formations initiales et continues des professionnels des sessions sur les TED,
- en sensibilisant les acteurs de la petite enfance aux signes d'alerte,
- en accompagnant les professionnels des structures médico-sociales y compris ceux intervenant à domicile,
- en organisant des temps de formation spécifiques aux familles mais également communes avec les professionnels,
- en développant la guidance des familles.

Il conviendra d'échanger avec l'ARS pour structurer un réseau de diagnostic simple et renforcer l'organisation des équipes associées ;

Action : Participer à la conception et à la mise en place d'une offre de formation croisée sur la santé mentale à destination des professionnels des structures (y compris EHPAD) et de l'aide à domicile présents sur un même territoire

- Inciter à ce que soit intégré dans les instituts de formation un socle commun de connaissances ainsi que le développement d'une culture commune sur la santé mentale et le handicap psychique;
- Participer à la conception et à la mise en place d'une formation croisée et continue sur la santé mentale à destination des professionnels des structures (y compris les EHPAD) et de l'aide à domicile présents sur un même territoire;
- Contribuer à l'organisation de temps de formation spécifiques aux familles mais également communes avec les professionnels ;

Action : Soutenir les aidants

- Lors de l'annonce du diagnostic;
- En organisant leur formation et leur accompagnement;
- En développant des dispositifs de soutien comme les groupes de paroles ou l'appui d'un psychologue à destination des familles;

Cela peut concerner la maladie mentale, les troubles envahissants du développement, les pathologies neurodégénératives, la maladie épileptique…

Action : Soutenir la formation des professionnels

- Sur l'avancée en âge ;
- Sur le respect de la parole et du choix de vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :
  - Par la mise en place de vraies instances participatives ;
  - Par la mise en place de formations sur la vie affective et relationnelle ;
  - Sur l'accompagnement de fin de vie ;

Il conviendra de faciliter les formations communes aux professionnels de la gérontologie et du handicap.

- La mise en place ou le développement **d'équipes mobiles** devra être défendue auprès de l'ARS :
  - de gériatrie et de psychiatrie afin d'éviter le passage aux urgences et apporter une expertise et un soutien aux professionnels des EHPAD ;
  - pour les maladies neuro-dégénératives ayant vocation à intervenir à domicile et en établissements ;
  - pour les troubles envahissants du développement afin de prévenir les situations de crise ou intervenir quand celles-ci sont avérées, tant à domicile qu'en établissement ;

Afin de renforcer le soutien des professionnels et éviter des hospitalisations.

D'autres actions mériteront l'attention du Département :

- **Le développement de la prévention des risques de perte d'autonomie**

  Les constats remontés des CODEM, du CODERPAG et du Collectif Handicap lors du diagnostic mettent en avant la nécessité de développer la prévention des risques de perte d'autonomie. Un recensement des formations s'impose afin d'identifier les carences éventuelles puis d'élaborer un programme de formation complétant et mettant en cohérence cette offre de prévention sur le territoire. Il conviendra de se rapprocher de l'ARS Bretagne ainsi que des caisses de retraite sur cette thématique, qui devrait être un des axes du Plan National Proximité annoncé fin 2014.

- **Le repérage des fragilités par les interlocuteurs directs des personnes âgées et l'amélioration de la connaissance des dispositifs de réponse à la perte d'autonomie**

  Une formation s'avère nécessaire afin que ce type d'information soit relayé le plus rapidement possible.

- Par l'élaboration d'une fiche d'orientation commune à communiquer aux professionnels d'accueil ;
- Par la formation des intervenants à domicile sur le repérage et l'utilisation de la fiche d'orientation ;
- Par l'information sur les dispositifs existants afin d'orienter rapidement, via un annuaire commun ;

  Cette action est intégrée dans les programmes territoriaux de santé (PTS) n°5 et 6.

- **Garantir l'accès aux soins somatiques** des personnes en situation de handicap en constituant un réseau ressources incluant les professionnels libéraux, notamment en assurant un accès adapté à la prévention et aux soins liés à la sexualité des personnes en situation de handicap ;

VOLET 2 — AGIR POUR FAVORISER L'ACCES DE TOUS A UNE INFORMATION DE QUALITE

Malgré l'existence de nombreux documents de communication, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ainsi que les professionnels éprouvent des difficultés à trouver rapidement et facilement la bonne porte d'entrée et estiment qu'ils ne disposent pas de toutes les informations adaptées à leurs besoins.

L'objectif est d'améliorer les outils de communication existants et de déterminer les circuits de diffusion pertinents afin de rendre les actions plus lisibles, plus accessibles pour les personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Le Département, conscient de l'importance de communiquer, s'est engagé depuis quelques années à développer des outils. A titre d'exemple :

- Les guides d'information à destination du grand public : guide « Accueil des personnes âgées », Accueil personnes en situation de handicap »,

- GAELIG 35 (Gestion des Admissions en Etablissements et listes d'inscriptions Gérontologiques) est un dispositif de suivi des inscriptions et admissions en établissements pour personnes âgées. Depuis 2005, le dispositif repose sur :

  - **un site internet :** il propose une page grand public contenant des informations et outils pratiques utiles pour les personnes âgées et leurs familles.
  - **un extranet réservé aux professionnels** : établissements, CG et CLIC (comités locaux d'information et de coordination gérontologique) qui permet aux établissements **de renseigner leurs inscriptions et admissions** : ces informations permettent ensuite de réaliser des études statistiques sur les flux de population dans le département et de déterminer les priorités pour la programmation des places supplémentaires.

Par ailleurs, le site GAELIG 35, est aussi une **plate-forme de communication** entre le Conseil général et ses partenaires de l'action gérontologique : des rubriques ont donc été créées au-delà du module d'inscriptions-admissions pour devenir **un vrai support de communication** avec les établissements.

- Le Département développe actuellement un annuaire informatisé service à la personne « DOMIRE » qui recense les structures concourant au maintien à domicile des personnes dépendantes en Ille-et-Vilaine.

Les priorités d'informations et de communication recensées :

Action : Favoriser l'information des personnes âgées et personnes en situation de handicap

- Mener une campagne de communication sur les portes d'entrée privilégiées pour accéder à l'information relative au vieillissement et au handicap notamment par la création d'un support synthétique avec un numéro d'appel unique ;
- Mettre en place des campagnes d'informations spécifiques avec la création de supports sur :
  - les différents types de handicap et en particulier une information spécifique sur la santé mentale, les troubles envahissants du développement (guide ressources), les maladies neurodégénératives ;
  - l'information à destination des personnes immigrées ;
  - la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
  - l'hébergement temporaire ;
  - l'accueil de jour pour personnes en situation de handicap ;
  - les différents modes d'intervention des services à domicile ;

- Mettre en place des réunions d'informations, en lien avec la MDPH, dans les IME-IEM à destination des familles dont les enfants ont entre 16 et 20 ans afin de dédramatiser le passage à l'âge adulte, de préparer la sortie du secteur de l'enfance ;

- Mener une réflexion, en lien avec la MDPH, sur l'accompagnement des familles des jeunes de 20 ans démunies face aux démarches ;

Action : Favoriser l'information et la communication en direction des professionnels

- Créer un kit à destination des médecins généralistes, secrétaires de mairies, CCAS : ce kit contiendrait les guides PA/PH, une carte d'informations sur ISL, un dépliant sur les CLIC….) ;
- Créer une mallette pour les nouveaux arrivants (directeurs d'établissements, administrateurs) afin de permettre une appropriation de la politique départementale ;
- Faciliter les initiatives des partenaires locaux dans la création d'annuaires de ressources par territoire ;
- Organiser, en lien avec les partenaires locaux des journées de sensibilisation et d'information par territoire sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, les modes d'accueil, les types de handicap, les prestations, les conseils de la vie sociale (CVS), l'accessibilité sous toutes ses formes, le règlement départemental d'aide sociale ;
- Initier la démarche MONALISA (**MO**bilisation **NA**tionale contre **L'IS**olement des **A**gées) dont le but est de promouvoir les actions bénévoles de proximité et de favoriser les coopérations entre acteurs associatifs, professionnels et institutionnels pour encourager les liens intergénérationnels et rompre l'isolement des personnes âgées ;

VOLET 3	AGIR POUR MIEUX CONNAITRE LES BESOINS DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : STRUCTURER L'OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL

L'observatoire des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap créé en 2012, marque la volonté du Département d'améliorer la connaissance de ces publics, de leurs attentes et besoins.

En ce qui concerne les personnes âgées, il existe depuis de nombreuses années, un outil développé par les services du Département qui permet de concourir à la connaissance des besoins :

L'outil GAELIG 35 :

A l'origine, il s'agissait d'un dispositif qui existe depuis 1997 (1ères statistiques disponibles depuis le 1er janvier 1997) avec un système de remplissage des inscriptions et admissions par les établissements sur papier et communication afin de mesures les flux de population et la demande d'inscriptions et d'admissions sur le département.

L'outil a pris la forme depuis 2005 d'un site internet www.gaelig35.org.

Il s'agit d'un internet/extranet permettant aux établissements de renseigner leurs inscriptions et admissions en établissements, afin de déterminer les priorités de la programmation de places complémentaires sur le département mais aussi d'un support de communication avec les établissements et partenaires (agenda, informations diverses, téléchargement de maquettes…) ainsi qu'avec le grand public.

- L'outil poursuit les finalités suivantes :
  - Mesurer la pression de la demande d'entrée ;
  - Mieux connaître les circonstances de l'entrée en établissement et les caractéristiques des personnes s'inscrivant et entrant en établissements ;
  - Situer les zones d'attraction des établissements ;
  - Analyser les admissions réalisées dans les établissements du Département ;
  - Connaître les places disponibles en temps réel : cette fonctionnalité a été mise en service courant 2014.

La priorité doit être à présent donnée à l'amélioration de la connaissance des publics en situation de handicap.

Des données existent, mais sont à ce jour parcellaires car disséminées entre plusieurs institutions et ne permettent pas de maîtriser la connaissance globale des personnes concernées, dans leur environnement personnel, familial, socio-professionnel…

De même la connaissance des besoins est aujourd'hui insuffisante et son analyse demande à être affinée grâce à la mise en place d'outils partagés.

Les décideurs publics, en lien avec les gestionnaires de structures, doivent pouvoir bénéficier d'un socle d'indicateurs pérennes et réguliers, complété par des études qualitatives ponctuelles afin de planifier l'offre, de l'adapter, d'anticiper les évolutions et les accompagner.

Le rôle de l'observatoire est de centraliser l'ensemble des données existantes, de contribuer ainsi à la décision, et d'assurer un rôle de veille. La mise en place d'instances : comités de pilotage, technique, scientifique concourra à sa structuration.

Action : Mettre en place des indicateurs permettant de connaitre le public Personnes âgées et personnes en situation de handicap et ses besoins

- Analyser les données renseignées dans les dossiers disponibles à la MDPH : sexe, âge, lieu de vie, plan personnalisé de compensation ;
- Prévoir la mise en place du suivi des décisions d'orientation en ESMS prises par la CDAPH ;
- Assurer le codage au sein de la MDPH sur la pathologie principale, la déficience principale et l'origine de la pathologie ;
- Favoriser le croisement avec les fichiers de l'assurance maladie (CPAM, MSA, RSI…) pour obtenir les mêmes renseignements que ceux donnés par le codage et pour éliminer les doublons : un conventionnement pour une mise à disposition des données est à prévoir ;
- Demander aux structures de renseigner annuellement un rapport d'activité type pour exploiter plus facilement les données sur les personnes accompagnées, en s'appuyant notamment sur les indicateurs médico-sociaux de l'ANAP ;
- Repérer les personnes bénéficiant d'un accompagnement inadéquat par rapport à leurs besoins, aussi bien dans le médico-social que dans le sanitaire ;
- Disposer d'un outil commun pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées qui permette de repérer les facteurs d'évolution et de vieillissement des personnes et d'évaluer leurs besoins ;

Action : Engager un partenariat avec le CDCPH

- Exploiter les données d'activités des différentes institutions membres du CDCPH : MDPH, Education, nationale, la DIRECCTE, Cap Emploi, l'AGEFIPH, le FIPHFP, la commission départementale d'accessibilité…

Action : Organiser les instances de l'observatoire et les liens avec les structures

- Mettre en place les instances spécifiques à l'observatoire :
  - un comité de pilotage dont le rôle sera de définir les orientations, de garantir son bon fonctionnement ;
  - un comité scientifique qui assurera la veille sur les études et travaux ;
  - un comité technique qui favorisera les échanges, le partage et l'analyse des données.
- Identifier un référent Observatoire dans chaque structure :
  - Définir ses missions ;
  - Mettre en place une formation spécifique sur le département.

Action : Participer à la mise en place un système régional d'informations partagées

- Mettre en place un système régional d'information sur le suivi des listes d'attente en ESMS : il s'agira d'une plate-forme WEB compatible avec les systèmes informatiques existants à la MDPH et dans les ESMS, qui sera renseignée par les structures ;
- Etendre les fonctionnalités du système au suivi des décisions prises par la CDAPH : ce système permettra de suivre les orientations en ESMS à partir de la notification de décision, jusqu'à l'inscription sur liste d'attente, puis l'admission. Il sera ainsi possible de repérer les personnes qui ne donnent pas de suite à leur orientation (qui n'engagent aucune démarche d'inscription) ;
- Etendre les fonctionnalités du système à la connaissance des personnes présentes en ESMS y compris pour celles en accueil inadéquat, et pour celles qui sont sortantes des ESMS.

Action : Mener des études participant à la connaissance des besoins et attentes

- La situation financière des personnes âgées en Ille-et-Vilaine ;
- L'accueil temporaire ;
- L'observation des « décrocheurs » en IME et en ESAT ;
- Le devenir des personnes ayant été accompagnées par un SAVS ou un SAMSAH ;
- Le suivi des modes d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ;
- L'articulation entre les différents modes d'accompagnement des personnes à domicile ;
- La meilleure connaissance de certaines populations.

VOLET 4	AGIR POUR CONFORTER, RENFORCER ET ADAPTER LES DISPOSITIFS EXISTANTS AFIN DE MIEUX REPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Sur le Département, il existe un panel de réponses diversifiées et complémentaires, permettant aux personnes qui le souhaitent de vivre à domicile et/ou d'être accueillies dans des structures adaptées. Néanmoins, l'adaptation de l'offre existante s'avère être une nécessité pour prendre en compte à la fois les besoins nouvellement recensés mais également, faciliter le parcours des personnes concernées. Elle vise également à améliorer la qualité des prestations fournies.

Cela concerne aussi bien les établissements et services pour personnes âgées que ceux pour les personnes en situation de handicap.

Anticiper, préparer, accompagner les transitions dans les parcours des personnes sont des priorités absolues. Cela nécessite de trouver des réponses adaptées, évolutives et durables.
En effet, l'avancée en âge se traduit le plus souvent, d'une part, par une possible aggravation des déficiences antérieures et d'autre part, par la survenue de nouvelles déficiences à l'origine de nouveaux handicaps. Par ailleurs, les personnes aspirent à vivre dans leur milieu de vie habituel.
L'évolution dans le temps des besoins et attentes des personnes justifie l'adaptation et l'amélioration des réponses ainsi que leur articulation notamment avec le secteur sanitaire.

Par ailleurs, le département d'Ille-et-Vilaine a toujours soutenu le développement d'une offre de service de qualité : en témoignent l'existence depuis 1996 d'un comité de pilotage de la démarche qualité et la mise en place de nombreux outils à destination des établissements et plus récemment des SAAD, ayant pour objectifs l'amélioration de la qualité.

Action : Améliorer le parcours des personnes

- Promouvoir l'inclusion des enfants et adultes avec TED :
  - développer et valoriser des lieux d'accueil mixte pour les jeunes enfants : assistantes maternelles, crèches, écoles maternelles ;
  - soutenir le choix de vie des adultes à domicile à l'aide d'un accompagnement adapté ;
  - mettre en place un « cahier de parcours de vie » intégrant un relevé de compétences actualisé de la personne ainsi que des outils de communication utilisés ;
  - anticiper les passages vers l'aval en créant des passerelles entre les différents modes d'accompagnement.

- Rechercher la signature de conventions de partenariat entre les différents types d'établissements médico-sociaux et sanitaires (EHPA/EHPAD/FAM/Foyer de vie/Centre Hospitalier /psychiatrie) afin d'améliorer l'articulation avec le milieu hospitalier et la psychiatrie et ainsi éviter les ruptures de parcours et améliorer l'interconnaissance des acteurs ;

- Mettre en place des commissions d'admission communes : sur un même territoire, il parait souhaitable de favoriser une commission commune à plusieurs établissements sur le secteur des personnes âgées par exemple lorsqu'il existe sur une même commune des structures complémentaires de type EHPA et EHPAD. De même, une réflexion autour d'une commission départementale d'admission dans les établissements du champ du handicap pourrait être lancée ;

- Mener une réflexion sur :
  - l'accueil de personnes en situation de handicap au sein des EHPAD afin de mieux répondre aux besoins des personnes ;
  - la globalisation des arrêtés d'autorisation et actualiser les arrêtés d'habilitation à l'aide sociale au regard de la population accueillie ;
  - la création de logements partagés et d'habitat solidaires (ex : association PARASOL) en lien avec les bailleurs sociaux ;

- Améliorer les procédures d'urgence lors de l'instruction administrative et la mise en paiement des prestations relevant du Département ;

- Constituer une instance « accessibilité » au sein du Département ayant vocation à observer l'évolution dans les différents champs d'actions de la collectivité principalement pour les bâtiments départementaux et le transport.

D'autres actions méritent d'être soutenues auprès de l'ARS :

- La promotion des échanges, stages entre les structures pour personnes en situation de handicap et la définition de leurs modalités de facturation ;

- La proposition de ne pas comptabiliser dans les effectifs des établissements de l'enfance handicapée, les jeunes en amendement Creton ;

- L'intervention de SSIAD ou SAMSAH dans les foyers de vie pour des personnes en attente de places En FAM/MAS ;

- La médicalisation de places d'hébergement temporaire pour répondre aux besoins des personnes présentant une déficience neurologique évolutive : 7 places recensées ;

- La réflexion sur la création d'un dispositif spécifique pour les jeunes qui entrent tardivement (14 ans ou plus) en IME et ce, après un parcours scolaire ordinaire ;

Action : Faire évoluer les structures existantes

- Les foyers d'hébergement sont amenés à accompagner le vieillissement des personnes accueillies et doivent notamment rechercher des solutions pour les retraités d'ESAT. Par ailleurs, certains travailleurs d'ESAT aspirent à vivre de manière autonome. C'est pourquoi, la transformation de places de foyers d'hébergement en foyer de vie est retenue à hauteur de 98 places ;
- La transformation de places de SA ESAT en place d'accueil de Jour répond à cette même logique de prise en compte du vieillissement des personnes en situation de handicap : il est retenu la transformation de 54 places ;
- La transformation des places de foyers de vie en FAM répond également à cette même logique: il est retenu la transformation de 15 places (8 en HP et 7 en HT) sous réserve de l'acceptation par l'ARS Bretagne ;
- La transformation de 18 places de foyer d'hébergement en SAVS en réponse au souhait des personnes de vivre à domicile ;
- La transformation de 6 places de SAVS en Habitat Accompagné (regroupe le logement et l'accompagnement SAVS) ;
- Le soutien et l'accompagnement à la parentalité : venir en appui aux services d'accompagnement existants par la création d'un ou deux pôles ressource sur le département ;
- La mise à plat des missions des SAVS et services de proximité (SP) pour leur permettre d'accompagner les TED, l'épilepsie ainsi que l'avancée en âge notamment des travailleurs d'ESAT qui cessent leur activité ;
- La mise à plat du fonctionnement des places d'accueil temporaire tant pour personnes âgées que pour personnes en situation de handicap, en lien avec l'ARS (étude régionale) ;
- L'assouplissement des orientations : pour certaines situations, envisager les doubles orientations : SAVS/SAMSAH - FV/FAM/MAS ;
- L'intégration des congrégations religieuses dans l'offre médico-sociale : A défaut de possibilité de médicalisation, il est proposé leur transformation en EHPA. Cette solution permettra à ces structures de se voir doter d'un statut juridique ;
- Sécuriser le financement des petites unités de vie (structures pour personnes âgées de moins de 25 places qui n'ont pas signé de convention tripartite) par un versement de l'APA sous forme de dotation globale;
- L'intégration dans les projets d'établissements :

- des mesures spécifiques d'accompagnement des personnes âgées malades d'Alzheimer ou de syndromes apparentés et notamment les différentes recommandations en la matière (ex l'ANESM) ;
- la diversité culturelle et religieuse ;
- des mesures concernant l'accompagnement de fin de vie : nomination d'un référent, recueil des directives anticipées, procédures… ;

- La création d'un outil avec un socle commun aux structures PA/PH, permettant d'évaluer annuellement ou tous les deux ans la qualité des structures sur des indicateurs précis ;
- La poursuite de la création et de la mise à disposition d'outils permettant d'harmoniser les pratiques dans les établissements ;

- L'évolution de la tarification des accueils de jour pour personnes âgées tout en veillant à ce qu'ils restent attractifs ;
- L'accès des personnes en situation de handicap aux services d'accueil temporaire doit être facilité : il est proposé de mener une réflexion sur le coût des services et des frais de transport afférents ;
- La révision de la tarification de l'accueil de nuit ;
- La clarification les relations entre bailleurs sociaux et les établissements qui pourrait donner lieu à la signature d'une convention de partenariat entre le Département et l'ADO HLM;
- L'incitation à la mutualisation et la coopération ;
- L'Accompagnement des nouveaux projets de restructuration dans un objectif d'optimisation des espaces en s'appuyant sur le référentiel départemental pour la construction et la reconstruction des établissements ;
- La révision de la politique en matière de tarif maximum afin de tenir compte des évolutions réglementaires ;
- La réinterrogation des modalités de versement de l'APA pour veiller à une participation des personnes accueillies plus équitable et en rapport avec leur capacité financière ;
- Une réflexion sur la mise en place d'une habilitation partielle à l'aide sociale ;

Action : Renforcer la présence de professionnels dans les établissements pour personnes âgées

Au regard du niveau de dépendance et de handicap qui s'accroit dans les établissements, il est apparu prioritaire de renforcer les effectifs et la qualification des personnels afin d'offrir un accompagnement de qualité 7 jours sur 7 y compris la nuit.

Les priorités retenues ne seront pas mises en place de façon systématique mais au cas par cas, selon les moyens financiers, lors des renouvellements des conventions tripartites et dans le cadre des projets et priorités propres à chaque établissement :

- Faire évoluer les ratios de personnels soignants dans les EHPAD en rapport avec le niveau de dépendance des personnes accueillies : Evolution du ratio cible dans les établissements ayant un GMP compris entre 600 et 700 (0.24 ETP AS/AMP), et ceux dont le GMP est supérieur à 700 (0.26 ETP AS/AMP) ;
- Veiller au bon fonctionnement des unités spécifiques Alzheimer ;
- Veiller à la continuité de l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD entre le jour et la nuit : Augmentation de la présence la nuit/et ou la soirée dans les EHPAD de plus de 85 places ;
- Favoriser la mise en place par les foyers-logements d'ateliers permettant de préserver l'autonomie des personnes ;

D'autres actions méritent d'être soutenues auprès de l'ARS :

- La poursuite du développement de PASA ;

- L'Augmentation de la couverture IDE la nuit et le week-end en EHPAD ;
- La création au sein des EHPAD sur le modèle des PASA, des unités dédiées à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques ;

Action : Améliorer et rendre plus lisible la politique de soutien à l'investissement

La politique d'aide à l'investissement répond à la nécessité de proposer un hébergement de qualité en contribuant à l'amélioration des conditions d'accueil dans les établissements, associant respect des normes de sécurité et d'accessibilité, ainsi qu'un niveau de confort permettant l'accompagnement d'une dépendance de plus en plus importante. Elle contribue également à limiter les impacts financiers sur le prix de journée.

- Réactualiser la politique d'investissement en faveur des établissements PA/PH :

  - Simplifier, harmoniser et réactualiser les modalités d'attribution des aides à l'investissement sur les deux secteurs ;
  - Améliorer l'accompagnement des projets par le développement de la mission d'ingénierie afin de mieux encadrer les projets ;
  - Améliorer les procédures de gestion des demandes de subvention : fenêtre de dépôt des demandes, guide de procédures, assouplissement sur le commencement des travaux, simplification des modalités de versement des acomptes ;

- Accompagner financièrement les projets de création ou de restructuration des établissements PA/PH, dans le cadre d'une enveloppe annuelle limitative de crédits de paiement de 5 millions d'€ par an pour les établissements de personnes âgées et d' 1.8 million d'€ pour les structures accompagnant les personnes en situation de handicap.

- L'adaptation des locaux : le Département, dans le cadre d'un plan de relance de l'économie pour 2015 souhaite soutenir et favoriser l'emploi dans le secteur des BTP. Le secteur médico-social bénéficiera de ce plan de relance en particulier les logements foyers dont les projets de travaux, hors sécurité incendie, n'entrent en général pas dans les critères d'attribution de la collectivité.

Action : Conforter la place des CLIC dans les coordinations gérontologiques et handicap

Les CLIC sont des dispositifs qui, dans notre Département, ont su progressivement répondre aux besoins d'information des personnes âgées puis des personnes en situation de handicap. Ils ont également pour rôle la coordination des acteurs. Une meilleure lisibilité des coordinations et de leur articulation entre elles s'avère incontournable :

- Harmoniser les pratiques par la définition d'un socle commun de ce qui est attendu d'un CLIC tant en matière d'informations que de coordinations ;
- Articuler les missions des CLIC avec les autres instances et services ayant un rôle en matière de coordination ;
- Réinterroger la place des CODEM au regard d'une part des conseils d'administration des CLIC et d'autre part, des instances d'échanges et d'observations ayant vocation à intégrer la concertation prévue dans le cadre de la méthode MAIA ;

Action : Adapter les modalités de tarification des SAAD

Préparer la réforme de la tarification des SAAD avec pour objectif :

- de maitriser le reste à charge des personnes accompagnées ;
- d'établir des critères de répartition des dotations ;
- de définir le contenu du Plan Individuel d'Intervention (PII) ;
- de réfléchir sur les interventions à la 1/2 heure ;
- de définir les modalités de communication vis-à-vis des personnes accompagnées et des échanges d'information entre le Département et les services. ;

VOLET 5	AGIR POUR ACCROITRE L'OFFRE DE REPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Au regard des besoins recensés, des inégalités infra-départementales repérées, il convient de développer principalement l'offre de services (accueil de jour, hébergement temporaire, SAVS, SAMSAH) afin de répondre au souhait des personnes de vivre à domicile mais également en établissements pour personnes en situation de handicap.

Actions retenues sur le secteur des Personnes âgées

- **Dans la perspective de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées :**

- Le soutien au dispositif de logements adaptés : avec la création de 10 nouveaux dispositifs dans la continuité des démarches engagées par le département depuis 2008. Ces logements adaptés permettront à des personnes âgées autonomes, mais souvent isolées de bénéficier d'un habitat adapté.

- La création de places d'accueil de jour : 30 places
  Certaines zones géographiques sont dépourvues de ce type d'accueil. Or, on sait que la distance à parcourir par la personne âgée entre son domicile et un accueil de jour est un frein important lorsque celle-ci est trop longue. L'objectif est donc de conforter et de développer le dispositif d'accueil de jour afin de proposer aux familles des solutions de répit.
  Certaines places pourront être réservées aux personnes malades d'Alzheimer jeunes.
  Ces créations devront faire l'objet d'une autorisation conjointe avec l'ARS Bretagne.

- La création de places d'accueil de nuit : seules 10 places d'accueil de nuit existent à ce jour. Celles-ci sont aujourd'hui sur des territoires très différents, plutôt en milieu rural. En revanche, les grandes agglomérations ne disposent pas de ce type d'accueil qu'il conviendrait de développer pour proposer de nouvelles solutions de répit aux aidants. Dans ce cadre, la création de 10 nouvelles places d'accueil de nuit est retenue. Ces créations devront faire l'objet d'une autorisation conjointe avec l'ARS Bretagne.

- Il conviendra enfin de promouvoir auprès de l'ARS la création des places de SSIAD et SPASAD.

- **Dans la perspective de développer l'offre d'hébergement médicalisé :**

Le financement de 108 places d'hébergement déjà autorisées et en cours d'installation.

- La création de 38 places d'EHPAD autorisées mais non installées sont aujourd'hui à réaffecter : il conviendra dans leur affectation de privilégier les secteurs les moins couverts et de prendre en compte les projets des établissements.

- La création de places USLD Géronto-psychiatrie : le besoin de places pour des personnes âgées présentant des pathologies psychiatriques a été largement évoqué. Pour répondre à ce constat, la création d'une unité de 30 places en géronto-psychiatrie est retenue : cette création devra faire l'objet d'une autorisation conjointe avec l'ARS Bretagne.

Actions retenues sur le secteur des Personnes en situation de handicap

- La création de places de SAVS : 250 places;
  Il conviendra de couvrir les zones blanches par une augmentation de la capacité de certains SAVS existants ;
  Les places permettront de compléter l'offre notamment sur le handicap psychique, les TED, l'accompagnement des 16-25 ans et de l'avancée en âge ;
  De même, la création d'un pôle ressource « Parentalité » en sein de un ou deux SAVS est retenu ;

- La création de places de SAMSAH : 70 places en lien avec l'ARS

Deux types de handicap sont fléchés : Le handicap psychique (50 places) et les TED (20 places) car il n'existe pas à ce jour d'offre en la matière sur le territoire départemental.

- La création de places de SA/ESAT afin de favoriser l'insertion professionnelle des jeunes : 12 places

- La création de places d'accueil de jour type Foyer de Vie : 24 places
  Une réflexion particulière sera portée sur des places d'accueil de jour spécifique aux jeunes en situation d'amendement Creton ;

- La création de places de Foyer de Vie : 80 places principalement pour des personnes déficientes intellectuelles avec ou sans troubles associés et pour des personnes avec TED ;

- La création de places de FAM en hébergement permanent : 30 places
- La création de places en FAM en hébergement temporaire : 11 places

  Ces créations devront faire l'objet d'une autorisation conjointe avec l'ARS Bretagne.

  Il sera privilégié des places pour personnes polyhandicapées;

  Pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, les extensions et/ou créations de places seront privilégiées en petites unités, à proximité des EHPAD, afin de favoriser la mixité de la population, la mutualisation des fonctions support ;

- Le soutien au dispositif d'habitats Regroupés en lien avec l'offre d'accompagnement à domicile et en réponse au souhait des personnes de vivre à domicile dans un cadre accompagné, sécurisé et adapté : 6 dispositifs

Action retenue pour les deux populations

- Le développement de l'accueil familial comme alternative à l'hébergement en établissement notamment en accueil de jour et hébergement temporaire ;

VOLET 6	AGIR POUR INNOVER DANS LA RECHERCHE DE NOUVELLES REPONSES POUR SATISFAIRE LES BESOINS DES PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les expérimentations et innovations permettent d'inventer de nouveaux modes d'accompagnement ou d'organisation soit à l'échelle du département soit sur un territoire. Leur évaluation, à la suite de la période expérimentale, permet ou non dans un second temps de passer à une phase de généralisation éventuelle.

Actions retenues

- **Expérimenter un dispositif de coordination intégrée** : dans le cadre des travaux menés en lien avec l'ARS Bretagne ayant pour objectif d'améliorer la coordination des acteurs, il est prévu un maillage départemental en MAIA avec la particularité que la réflexion intègre la dimension personnes en situation de handicap.
  Proposer un dispositif allant plus loin dans l'intégration sur un ou des territoires volontaires ;

- **Expérimenter** sur un territoire volontaire **une démarche suscitant l'initiative citoyenne** des personnes âgées et personnes handicapées ;

- **Expérimenter la mise en service de places d'accueil d'urgence** : création 30 places pour personnes âgées et réflexion pour des places en faveur des personnes en situation de handicap dans le cadre des places d'hébergement temporaire existantes en foyer de vie et FAM ;

- **Expérimenter un dispositif pour accompagner les jeunes adultes en situation d'amendement Creton quelle que soit leur orientation** ;

- **Expérimenter une unité pour malades jeunes** (maladies neuro-dégénératives) : 14 places ;

- **Expérimenter un dispositif départemental de coopération** afin de faciliter l'insertion professionnelle des jeunes 18-25 ans. L'objectif est de renforcer la coordination des acteurs départementaux de l'éducation, de l'insertion, de l'orientation et de l'accompagnement dans le but de faire émerger un diagnostic partagé et de mettre en place des procédures communes ;

- **Expérimenter le principe de séjours d'évaluation** dans les structures afin de valider la pertinence d'une orientation par la CDAPH ;

- **Expérimenter l'accompagnement et l'apprentissage** vers l'autonomie des jeunes en leur proposant une offre de logement et en s'appuyant sur les foyers d'hébergement : 21 places ;

- **Etudier la faisabilité d'expérimenter le salariat en accueil familial ;**

- **Expérimenter des plates-formes interservices** qui proposent une offre de service mutualisée afin de répondre à des besoins recensés mais non couverts à ce jour : accompagnement innovant sur des horaires atypiques notamment dans le cadre de la vie sociale, réponse à l'urgence….

Afin de suivre la mise en œuvre de ce plan d'actions, il est créé un comité consultatif de suivi et de programmation composé comme suit :

Organismes	Nombre de représentants
Elus	5
Pôle Solidarité – Direction PA/PH	5
MDPH	2
Représentants de l'ARS	2
Représentants de l'Etat	2 DDCSPP et DIRECCTE
Représentants des usagers	4 deux pour les personnes âgées et deux pour les personnes en situation de handicap
Représentants des fédérations	2
Représentants des organismes de protection sociale	2
Représentants des territoires	2 (1 par territoire de santé)
Experts	2
Total	**28**

Il se réunira chaque année afin de proposer les priorités d'actions et la programmation.

Schéma départemental en faveur des personnes âgées et personnes en situation de handicap

2015 à 2019

Programmation des créations et adaptations de places

VOLET PERSONNES AGEES	Création	108	places	Extension de capacité de structures existantes
		30	places	Accueil de jour
		10	places	Accueil de nuit
		38	places	PRIAC
		30	places	USLD géronto-psychiatrie
	Expérimentation	30	places	Accueil d'urgence
		14	places	Unité pour malades Alzheimer jeunes
	Total création + expérimentation	260	places	
	Total champ médico-social PA	260	places	
	Logements adaptés	10	dispositifs	
P A / P H	Plate-forme interservice	1	dispositif	
VOLET PERSONNES HANDICAPEES	Adaptation	98	places	Transformation de places de foyer d'hébergement en foyers de vie
		54	places	Transformation de places de SA ESAT en places d'accueil de jour
		15	places	Transformation de places de foyer de vie en FAM (8 HP et 7 HT)
		18	places	Transformation de places de foyer d'hébergement en SAVS
		6	places	Transformation de 6 places de SAVS en Habitat accompagné
	Total Adaptation	191	places	
	Création	250	places	Création de places de SAVS
		70	places	Création de places de SAMSAH
		12	places	Création de places de SA ESAT
		24	places	Création de places d'accueil de jour en foyer de vie
		80	places	Création de places de foyer de vie
		30	places	Création de places de FAM en hébergement permanent
		11	places	Création de places de FAM en hébergement temporaire
	Total création	477	places	
	Expérimentation	21	places	Transformation de places de foyer d'hébergement en foyer d'accompagnement à l'apprentissage vers l'autonomie
	Total champ médico-social PH	689	places	
	Habitats regroupés	6	dispositifs	
	insertion professionnelle des jeunes	1	dispositif	dispositif de coopération entre les acteurs
	Accompagnement parentalité	1 ou 2	pôles ressources	

Département d'Ille-et-Vilaine

Direction personnes âgées
personnes handicapées
1, avenue de la Préfecture
CS 24218
35042 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 02 37 15

www.ille-et-vilaine.fr

Février 2015 - B-PS-0215-001 - Crédits photos : Fotolia - T. Crabot - F. Hamon

paplers Avec Ecofolio tous les papiers se recyclent.

IMPRIM'VERT Papier issu d'une gestion durable des forêts.