

Fascicule séparé

**ANNEXE au rapport n° CD / 34**  
**du 16 janvier 2023**

**Schéma gérontologique départemental 2023-2028**





# **SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL 2023-2028**

## Table des matières

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Chapitre 1 : Constats issus du diagnostic.....                                                                                    | 5  |
| Chapitre 2 : Les axes stratégiques.....                                                                                           | 9  |
| Axe 1 - Prévention de la perte d'autonomie.....                                                                                   | 9  |
| 1.1 - Agir sur les déterminants du bien vieillir.....                                                                             | 9  |
| 1.1.1. Déterminants du mode de vie.....                                                                                           | 9  |
| 1.1.2 L'Accès aux soins primaires.....                                                                                            | 13 |
| 1.2 - Etre acteur de son bon vieillissement.....                                                                                  | 15 |
| 1.2.1 Anticiper la perte d'autonomie : développer et faire connaître les différents modes d'habitat adaptés au bien vieillir..... | 15 |
| 1.2.2 Anticiper la perte d'autonomie : mettre chacun en mesure de se préparer pour cette étape de la vie.....                     | 17 |
| 1.3 - Repérage des facteurs de fragilités.....                                                                                    | 18 |
| 1.3.1 Connaître et faire connaître les facteurs de fragilité (rupture familiale, accidents de santé, isolement).....              | 19 |
| 1.3.2 Mobilisation du tissu social / associatif.....                                                                              | 19 |
| Axe 2 : Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit le lieu de vie.....                                       | 20 |
| 2.1 - Evolution et adaptation des établissements spécialisés dans la prise en charge de la dépendance.....                        | 20 |
| 2.1.1. la crise du modèle des EHPAD.....                                                                                          | 20 |
| 2.1.2. Les réformes nationales en cours.....                                                                                      | 22 |
| 2.1.3 Les réponses locales.....                                                                                                   | 26 |
| 2.2 - Organisation de l'offre des services à domicile.....                                                                        | 27 |
| 2.2.1 Les difficultés actuelles des Services d'aide à domicile.....                                                               | 27 |
| 2.2.2 Un modèle économique fragile.....                                                                                           | 29 |
| 2.2.3 Les réformes en cours.....                                                                                                  | 30 |
| 2.2.4 les dispositifs de soutien à domicile.....                                                                                  | 33 |
| 2.2.4 La coordination, enjeu majeur de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.....                                   | 36 |
| 2.3 - Renforcer l'attractivité des métiers du médico-social.....                                                                  | 37 |
| 2.4 - Développer l'aide aux aidants.....                                                                                          | 38 |
| FICHES ACTIONS.....                                                                                                               | 40 |
| ANNEXES.....                                                                                                                      | 65 |



Le dernier schéma gérontologique départemental 2017-2022 arrivait à échéance fin 2022, il convenait de le renouveler.

Ce nouveau schéma gérontologique du département de l'Indre s'inscrit dans la continuité du précédent dans un contexte du vieillissement important de la population et d'une désertification médicale qui s'accroît. L'enjeu est de pouvoir apporter des réponses dans ce contexte en travaillant le plus en amont possible sur la prévention.

Ainsi, comme pour l'ensemble de nos schémas, l'élaboration s'est faite dans une démarche partenariale locale basée sur des échanges et des réflexions partagées avec l'ensemble des acteurs de la filière gérontologique du territoire indrien.

Les travaux se sont échelonnés sur plusieurs mois. Une première réunion, à laquelle était convié un large éventail de partenaires et d'acteurs intervenant dans l'Indre en faveur des personnes âgées, s'est tenue le 28 février 2022. Lors de cette première réunion, il a été présenté un état des lieux de la situation et défini les deux groupes de travail auxquels les participants étaient invités à s'inscrire. Par la suite, chaque groupe de travail a défini les thématiques à débattre.

- Groupe 1 : Prévention de la perte d'autonomie, décliné en 4 grands thèmes :
  - Actions de prévention
  - Accès aux droits et accès aux soins
  - Repérage des fragilités et sensibilisation à ce repérage
  - Les différentes formes d'habitat
- Groupe 2 : Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur lieu de vie, décliné en 4 grands thèmes :
  - Evolution et adaptation de l'offre d'EHPAD
  - Organisation de l'offre d'accompagnement à domicile et ses évolutions
  - Attractivité des métiers du Grand âge
  - Les aidants.

Ces deux groupes de travail se sont réunis à compter de fin mars et jusqu'à fin juin 2022.

Chaque réunion a fait l'objet d'un compte-rendu validé à la réunion suivante. L'ensemble des comptes-rendus de tous les groupes a été diffusé aux participants au mois de septembre.

En novembre 2022, ont été présentés, lors d'une seconde réunion plénière, les propositions d'axes et fiches actions découlant des réflexions partagées.

Le schéma gérontologique départemental 2023-2028 fait la synthèse de ces différents travaux et échanges.

Il s'organise en 3 parties :

- Constats issus du diagnostic.
- Axes et objectifs de la politique gérontologique du département de l'Indre.
- Fiches actions.

Deux grands axes ont été identifiés :

- Prévention de la perte d'autonomie : en complément des actions de prévention, il est nécessaire de permettre à chacun de pouvoir anticiper son vieillissement et sa perte d'autonomie en agissant sur les déterminants du bien vieillir, en étant acteur de son vieillissement et en restant vigilant sur le repérage des fragilités.
- Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur lieu de vie : cela passe par une réflexion des modes d'accompagnement de la perte d'autonomie et leur évolution/transformation, leurs difficultés qu'il s'agisse des EHPAD ou des accompagnements à domicile et la nécessaire prise en compte des aidants.

Ces deux axes sont déclinés en fiches actions. Certaines dépendent exclusivement de notre volonté et de notre intervention, la plupart cependant ne seront mises en œuvre qu'avec la mobilisation et le soutien de l'ensemble des partenaires et acteurs. Il convient de garder bien présent à l'esprit que même chef de file désigné de la politique gérontologique, le Département ne peut dans la plupart des domaines qui

concernent nos aînés intervenir seul. Cela est particulièrement prégnant pour le domaine du soin, intrinsèquement lié au « bien vieillir », et qui échappe à la seule implication du Département.

Ce schéma se veut le relais d'une politique gérontologique ambitieuse capable de répondre aux enjeux du vieillissement de la population de l'Indre en mobilisant l'ensemble des acteurs et partenaires de la filière.

# Chapitre 1 : Constats issus du diagnostic

Le vieillissement de la population indrienne est une constante qui guide la politique gérontologique du Département depuis de nombreuses années.

## **Le département de l'Indre est confronté à un vieillissement continu de sa population.**

Le nombre de personnes âgées de 65 ans a augmenté de près de 16 % passant de 54 781 habitants en 2012 à 63 436 habitants en 2022. Aujourd'hui, près de 37 % des indrien(ne)s sont âgés de 60 ans et plus, ce qui représente 10 points de plus que la moyenne nationale. En revanche, la situation étant déjà ancienne, l'évolution du vieillissement est plus contenue que dans d'autres départements comparables et croît de ce fait moins vite qu'au niveau régional et national.

La réponse publique est double, à la fois dans la capacité à proposer une offre de services diversifiée et en nombre suffisant, mais aussi, attirer sur le territoire des professionnels en capacité d'accompagner les personnes en perte d'autonomie, dans un contexte de pénurie générale de ces métiers.

**Dans leur très grande majorité, les personnes âgées vivent dans leur logement ou a minima en logement individuel jusqu'à des âges très avancés.** Ainsi, 90 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en logement dit ordinaire et ils sont encore près de 80 % dans cette situation à 85 ans et plus. **A cela s'ajoute le fait que la probabilité de vivre seul dans son logement augmente avec l'âge.** Ainsi, si 38 % des personnes âgées de 70 ans et plus vivent seules, elles sont près de 50 % dans cette situation à partir de 80 ans. Dernier point de vigilance, 10 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivent sous le seuil de pauvreté, voire 11 % pour les personnes âgées de 75 ans ou plus.

Confronté précocement au vieillissement de la population le Département a pris depuis longtemps la mesure de l'importance à agir sur les conditions de vie et de logement des personnes âgées pour qu'elle puissent, si elles le souhaitent, vieillir chez elles, même en cas de perte d'autonomie.

## **Pour répondre à ces enjeux et aux besoins d'accompagnement de la population âgée, le département dispose de réponses diversifiées.**

En premier lieu, le département a déployé un certain nombre d'outils de prévention et de coordination pour accompagner les personnes âgées dans leur projet de vie.

Il a créé depuis 2005 un **dispositif départemental d'adaptation des logements à la perte d'autonomie, le PIG**, outil majeur de prévention et de soutien de la vie à domicile, en permettant l'adaptation des logements. Le nombre d'opérations a fortement augmenté sur les deux dernières années (+110 %) pour atteindre 351 opérations en 2021. De fait, le montant des travaux augmente également de façon importante, avec 2,26 M€ réalisés en 2021, pour un taux de subventionnement des travaux pour les personnes très important, qui correspond à plus de 85 % du montant des travaux.

Il a organisé dès la fin des années 90 un dispositif de coordination locale permettant d'intervenir et prévention et en accompagnement concertés au plus près des besoins.

Le **CLIC** est l'outil départemental d'informations et de ressources. Il est à disposition du grand public comme des professionnels pour diffuser toutes les informations relatives à la politique gérontologique et assure la gestion du site SENIOR 36. Il accompagne les coordinations gérontologiques locales et l'ensemble des acteurs pour le développement d'actions d'information et de prévention.

De même, les **coordinations gérontologiques** permettent un maillage efficace de proximité pour repérer les personnes à fragilité et leurs besoins afin de leur proposer des accompagnements adaptés. Elles réunissent à l'échelon local l'ensemble des acteurs du champ médico-social et sanitaire pour développer des projets de prévention ou échanger autour de situations préoccupantes nécessitant un accompagnement coordonné.

La **Conférence des financeurs et le fonds d'aide** sont autant d'outils financiers permettant des réponses personnalisées ou collectives à la prévention de la perte d'autonomie.

Pour les personnes qui souhaitent habiter dans un logement dit alternatif, le département propose 29 habitats regroupés pour personnes âgées, pour un total de 374 logements, 10 logements services pour un total de 508 logements.

**Pour l'accompagnement plus spécifique des personnes âgées en perte d'autonomie, le département dispose** de services d'aide et d'accompagnement à domicile qui interviennent auprès des personnes âgées sur l'ensemble du département à hauteur de près de 680 000 heures. Il propose également 46 places d'accueil de jour et 82 places d'hébergement temporaire en EHPAD.

**555 personnes** âgées de plus de 60 ans bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (**ACTP**) ou de la prestation de compensation du handicap (**PCH**), **et près de 2 250 personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile** sont ainsi accompagnées dans ce cadre.

Pour les bénéficiaires de l'APA, ce sont 70 % de femmes et de personnes âgées de plus de 85 ans dans 60 % des cas. Le taux d'accord varie légèrement d'une année à l'autre mais se maintient autour de 80 %. Cette allocation servie par le Département est un dispositif très important pour permettre aux personnes de rester à domicile dans leur logement d'origine ou dans un habitat adapté, si elles le souhaitent. Le Département est particulièrement attentif à répondre rapidement aux demandes : la quasi-totalité des décisions d'attribution sont prises avec un délai de moins de 2 mois et la moitié des décisions sont prises avec une date d'effet dans le mois.

Pour autant, on constate depuis plusieurs années une baisse des premières demandes qui induit une baisse constante des bénéficiaires.

Le plan d'aide proposé à la personne atteint le montant plafond pour près de 20 % des personnes en GIR 1. Il est atteint à plus de 75 % du montant dans plus de 60 % des cas, sauf pour les personnes en GIR 4. Le montant moyen attribué est de 684 € par mois, et a augmenté de près de 6 % en 5 ans.

Il existe actuellement un décalage important, de près de 20 %, entre le nombre d'heures attribuées dans le cadre du plan d'aide et le nombre d'heures effectivement réalisées. Cet écart est d'autant plus important que le nombre d'heures nécessaires est élevé. Cet écart semble s'expliquer par la difficulté des services à répondre à la demande, liée aux difficultés de recrutement. On note également que les personnes font essentiellement appel à des services prestataires (dans 80 % des cas), mais que les personnes qui ont le plus besoin d'accompagnement ont plus fortement recours au gré à gré. En effet, le coût inférieur du gré à gré par rapport au prestataire permet de financer plus d'heures en restant sous le montant plafond du GIR.

Dans la grande majorité des cas, les personnes cessent d'être bénéficiaires de l'APA, soit parce qu'elles entrent en établissement, et relèvent donc à ce titre de l'APA en établissement, soit parce qu'elles décèdent.

L'ensemble de ces constats ont d'ores et déjà conduit le Département, en lien avec le service public de l'emploi, à travailler sur l'attractivité du métier d'aide à domicile, et à mettre immédiatement en œuvre les récentes réformes liées à la revalorisation des rémunérations (avenant 43) et au forfait qualité de 3 € par heure d'invention pour les associations qui s'engagent dans cette voie.

Par ailleurs, de **nombreuses réseaux et équipes mobiles en soins ont été développés pour intervenir auprès des personnes dans leur parcours de soins.**

En effet, les difficultés d'accès aux soins ont rendu indispensables ces équipes mobiles : Equipes spécialisées Alzheimer, Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), Diapason 36 (pour les maladies chroniques), EADSP Indre (pour les soins palliatifs), Réseau Neuro Centre (pour les maladies neuro dégénératives), Oncoberry (en cancérologie), Réseau Prévention Mains du Centre (chirurgie de la main) ou encore Equipe mobile en soins psychiatriques, Equipe mobile en soins palliatifs, Equipe mobile santé précarité, Equipe mobile de Gériatrie (EMG).

**En complémentarité de l'offre d'accompagnement à domicile, le département déploie également une offre diversifiée de structures d'accueil des personnes âgées.**

Le département de l'Indre compte ainsi 3 746 places de structures d'hébergement pour personnes âgées, dont 3 049 places sont habilitées à l'aide sociale.

**En hébergement permanent,** le département propose 3 219 places d'EHPAD, 155 places en Établissements de soins longue durée (ESLD), 31 places en unité d'hébergement renforcé (UHR) et 213 places en résidence autonomie.

Plus de la moitié des places proposées en hébergement permanent relève de structures hospitalières.

En éléments de contexte récent mais avec de possibles incidences dans les années à venir, on note que le taux d'occupation des EHPAD privés est plus élevé que celui des EHPAD publics et s'est maintenu en 2020 alors que les EHPAD publics ont nettement subi l'impact de la crise sanitaire.

Le département propose également 82 places **d'hébergement temporaire** (58 places médicalisées et 24 places non médicalisées).

Contrairement à l'hébergement permanent, l'essentiel de l'activité en hébergement temporaire est réalisé par les EHPAD privés pour lesquels les taux d'occupation sont plus élevés, surtout comparés à ceux des EHPAD hospitaliers.

En termes de politiques publiques, de nombreuses opérations de restructuration des EHPAD ont été conduites depuis 2000 dans le cadre du Contrat de plan Etat-Région et des conventions Région-Département. Cela a concerné plus de 1910 places d'EHPAD depuis 2000, pour un montant global de financement de plus de 180 M€, dont 16,6 M€ à la charge du Département.

De même, le Département est parvenu à contenir le coût à la place pour la section hébergement qui est celle laissée à la charge des résidents et de leur famille.

Le département propose également des places **en accueil familial** en nombre important : on compte en effet 152 places agréées et 113 places occupées. En revanche, la répartition sur le territoire est assez déséquilibrée.

Au 31 décembre 2020, 2 872 personnes étaient accompagnées en EHPAD. Près de 70 % d'entre elles étaient âgées d'au moins 85 ans. 29 % des personnes bénéficiaient d'une mesure de protection, seulement 29% d'entre elles vivaient à leur domicile ou assimilé avant d'entrer en EHPAD, alors que 56,4 % venaient d'un établissement de santé ou d'un autre établissement médico-social. 66 % des personnes décèdent en EHPAD.

Au 31 décembre 2021, le département de l'Indre comptait 2 548 bénéficiaires de l'APA en établissement, dont 55 % étaient en GIR 1 et 2, soit les plus forts niveaux de dépendance.

En 2021, 528 personnes bénéficiaient de l'aide sociale, en progression de 12 % sur 5 ans, dont 474 étaient bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement dans l'Indre.

Le schéma gérontologique 2017-2022 avait mis l'accent sur le bien vieillir et l'accompagnement de la perte d'autonomie. L' tat des lieux préalable   la réflexion conduite dans le cadre des groupes de travail incite   poursuivre nos actions sur ces axes de travail, et en particulier sur la prévention et la perte d'autonomie, quel que soit le lieu de vie.

# Chapitre 2 : Les axes stratégiques

## Axe 1 - Prévention de la perte d'autonomie

La perte d'autonomie n'est pas une fatalité qui apparaît d'un coup. On sait aujourd'hui qu'il existe des facteurs de la vie quotidienne sur lesquels on peut agir pour, a minima, retarder le moment de la perte d'autonomie. Toutefois la capacité d'agir, et plus globalement de se préparer à la perte d'autonomie appartient à chacun, ce qui n'empêche pas de développer des politiques publiques autour d'une véritable mobilisation pour accompagner les personnes âgées dans cette dernière étape de la vie.

### 1.1 - Agir sur les déterminants du bien vieillir

Aujourd'hui, la priorité n'est plus d'allonger la durée de la vie mais d'améliorer la qualité de la vie des personnes âgées et d'agir sur la prévention de leur perte d'autonomie. En effet, si la dépendance est difficilement réversible, il existe de nombreuses actions à mettre en œuvre pour préserver l'autonomie des personnes et ainsi en retarder le passage dans la dépendance.

Il est important d'adopter des comportements sains dès le plus jeune âge mais aussi les poursuivre, même à un âge avancé. Ils peuvent contribuer à éviter d'entrer dans la fragilité et à maintenir des facultés cognitives et mentales ainsi qu'une bonne forme physique.

Il est constaté que de multiples facteurs jouent un rôle dans la prévention de la perte d'autonomie de la personne. Au-delà d'un comportement individuel consistant, notamment, à prendre soin de sa santé, il ne faut pas négliger l'environnement physique et social que sont le maintien du lien social, la pratique d'activités physiques et intellectuelles ainsi que l'adaptation de son habitat.

La prévention de la perte d'autonomie réside dans l'anticipation et l'adaptation de son mode de vie tout au long de sa vie.

Parmi les facteurs intervenant directement dans la prévention de la perte d'autonomie, nous recensons, de manière non exhaustive, les éléments suivants :

- Le mode de vie
- L'adaptation de l'environnement
- L'accès aux soins primaires.

#### 1.1.1. Déterminants du mode de vie

Agir sur les facteurs de risques est essentiel dans la prévention de la perte d'autonomie pour éviter d'entrer dans la dépendance. Les sujets sur lesquels il est possible d'agir sont nombreux pour permettre une meilleure conservation de ses facultés.

##### Préservation du lien social

L'isolement est aujourd'hui identifié parmi les facteurs intervenant directement dans l'apparition et l'accélération de la perte d'autonomie. Rester seul toute la journée, et tous les jours, ne plus parler, ne plus faire fonctionner son cerveau du fait de l'absence de la stimulation apportée par la rencontre et l'échange avec d'autres, constituent des causes immédiates de la perte des facultés cognitives et tout simplement de la perte de l'envie de vivre.

La difficulté tient souvent au fait que cet isolement s'installe progressivement, et qu'il « s'auto-alimente » : la personne perd l'habitude d'entretenir des relations, cela devient alors difficile pour elle de le faire, elle finit par ne plus en avoir envie et s'enferme donc elle-même dans une solitude néfaste.

Afin de préserver le lien social, il est important de pouvoir mettre en place et valoriser la participation des personnes à la vie citoyenne, sociale et collective. En ce sens, les actions à destination des personnes dites isolées pour leur permettre de retrouver des relations sociales sont à développer.

Un autre facteur d'isolement est lié aux ruptures qui interviennent dans l'environnement habituel de vie : le décès du conjoint, le départ d'un aidant familial ou amical habituel, un déménagement imposé,... Des actions de sensibilisation et de préparation à la séparation peuvent être un moyen d'éviter que la personne restée seule ne s'isole et rompe, partiellement ou totalement, ses liens avec l'extérieur.

### **Conserver une bonne alimentation**

Avoir une bonne hygiène de vie tout au long de sa vie est primordial. Cela permet de réduire les risques de développer certaines maladies ou affections pouvant entraîner, à terme, une perte de son autonomie. Pour autant avec l'âge le plaisir de manger et de cuisiner a tendance à se perdre, a fortiori si des problèmes de santé interviennent (digestif, dentaire...). Ce risque est d'autant plus important que la personne se retrouve seule chez elle. Elle peut vite devenir en situation de dénutrition ou de malnutrition, ce qui a un impact direct sur son capital santé. A terme, les autres sphères de la personne peuvent être touchées (moins d'énergie, pratique restreinte d'une activité physique, risque de chute plus important, basculement vers la dépendance plus rapidement etc.).

Il existe déjà de nombreuses actions de prévention sur le territoire comme : des ateliers, des conférences, de la sensibilisation et de l'information au public et plus particulièrement pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

Elles doivent bien sûr être poursuivies et développées, en veillant peut-être davantage à toucher le public réellement en risque sur ces sujets, et à être plus directement opérationnelles : au-delà de sessions ponctuelles d'information, veiller à accompagner, sur la durée, les personnes concernées à s'alimenter correctement. Des actions d'accompagnement aux courses, des ateliers cuisine réguliers, sont des pistes à développer.

### **Maintenir une activité physique**

Il est aujourd'hui démontré que la pratique régulière d'une activité physique contribue à la prévention de nombreuses maladies chroniques et cardiovasculaires. Elle joue aussi sur la santé mentale via l'entretien des capacités musculaires et le sentiment de bien être dans son corps.

Naturellement, les personnes âgées ont tendance à moins bouger. Pourtant, la sédentarité n'est pas conseillée et peut être un facteur de perte d'autonomie. Il est donc nécessaire que chacun puisse pratiquer, à son rythme et en fonction de ses capacités des activités physiques.

De plus, l'activité physique a des effets bénéfiques sur les capacités fonctionnelles et cognitives, en particulier au niveau de la mémoire et de l'attention. Elle est aussi facteur du maintien du lien social.

Dans ce domaine également il existe déjà de nombreuses propositions d'actions à destination des personnes âgées (ateliers équilibre, activités physiques adaptées, etc) qui doivent être poursuivies, mais comme pour la thématique relative à l'alimentation, une attention particulière pourra être apportée au public touché et à la continuité des actions.

### **Permettre la mobilité**

Dans les territoires ruraux, très présents sur notre département, les personnes âgées peuvent vite se retrouver isolées. En effet, vivre « à la campagne » ne pose aucune difficulté quand on vit en famille ou que l'on conduit. Cela se complique lorsque l'on se retrouve seul au domicile ou sans moyen de



locomotion. De même, participer à des activités, à la vie collective ou encore accéder à ses rendez-vous médicaux est plus difficile quand on ne peut se déplacer par soi-même. La recherche de solution de mobilité des personnes âgées en milieu rural est également un objectif d'une politique de prévention de la perte d'autonomie.

Au regard de la nature des besoins, ponctuels, non réguliers, diversifiés dans l'espace et dans le temps, les circuits normalisés de transports collectifs ne répondent que très partiellement aux besoins, d'autant plus sur un milieu très rural.

En complément des offres de transports privés, il semble nécessaire d'organiser et de faire connaître des possibilités de transports relevant des solidarités de proximité, individuelles (entraide entre voisins) ou plus collectives (associatives).

Certaines actions se sont déjà développées sur le département, notamment concernant du covoiturage « solidaire » qui fait appel à des bénévoles qui accompagnent les personnes âgées pour effectuer leurs courses ou à se rendre à des rendez-vous médicaux.

Il faudrait encourager ces initiatives reposant sur la participation des usagers et les acteurs locaux. La diffusion de toutes les informations relatives aux dispositifs favorisant la mobilité sera nécessaire.

### **Favoriser l'accès au numérique**

Aujourd'hui, le numérique est devenu incontournable dans la vie quotidienne de chacun, y compris pour des démarches administratives dédiées à un public âgé.

L'accès au numérique est un atout considérable pour le maintien du lien social et l'accès aux droits.

Cet accès quasi obligatoire au numérique n'est pas sans difficulté pour les personnes âgées a fortiori sur des territoires très ruraux où la proportion de personnes ayant accès au numérique y est plus faible qu'en milieu urbain.

Il est donc important de mettre en œuvre des moyens et des actions pour lutter contre cette forme d'exclusion numérique liée à l'âge. Il faut permettre aux personnes âgées d'avoir accès au numérique, les accompagner dans cette transition.

Des actions sont déjà mises en œuvre, il est indispensable de les faire connaître et de les développer.

Il apparaît également que l'un des freins à l'accès au numérique des seniors est tout simplement la difficulté à installer le matériel et à s'équiper : choisir parmi les offres et les opérateurs, réaliser l'installation et la mise en service, qui aujourd'hui ne se font plus que via des applications numériques accessibles sur smartphone eux même connectés...

Une action d'accompagnement à l'installation et à l'équipement doit pouvoir être proposée aux seniors qui en auraient le besoin.

### **Veiller à l'adaptation de son habitat**

La question de l'adaptation du logement pour faire face aux risques de chute est aujourd'hui bien connue. Il est toutefois important d'avoir une vision beaucoup plus large en englobant l'adaptation de l'environnement. Le fait de ne plus pouvoir se faire à manger (par des ustensiles inadaptés, des placards trop hauts, la difficulté à ouvrir un bocal, etc) conduit à la dénutrition, le fait de ne plus pouvoir utiliser ses toilettes (trop éloignées, trop basses, mais aussi parce que trop compliqué de se rhabiller, etc...) ou sa salle de bain, peut induire diverses pathologies, de même ne plus pouvoir accéder à sa chambre, ne plus pouvoir fermer les volets, peuvent générer des troubles du sommeil ou de l'anxiété liée au sentiment d'insécurité, qui vont influencer sur l'état de santé.

Il apparaît donc fondamental de prévenir ces facteurs de risque.

## Adapter le logement en anticipation de la perte d'autonomie

Les actions d'adaptation de l'habitat font désormais partie intégrante d'une politique gérontologique de soutien à la vie à domicile. Cet axe est fortement préconisé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement avec l'annonce de renforcement des crédits attribués à l'ANAH pour cette politique et des incitations à coordonner les interventions des différents acteurs.

Le Département s'est engagé dans cette politique depuis 2005 via le « Programme d'Intérêt Général » (PIG) qui permet de coordonner et de subventionner des aides à l'adaptation du logement en vue de prévenir la perte d'autonomie. Une convention acte la participation financière de chaque partenaire qui sont : l'ANAH, la Région Centre-Val de Loire, le Département, des caisses de retraites (CARSAT, MSA) ainsi que la Communauté de Communes Val de l'Indre Brenne.

Les travaux pris en compte concernent essentiellement de l'adaptation de salle de bain (transformation d'une baignoire en douche adaptée), la pose de volets roulants motorisés ou de monte-escaliers.

L'intérêt de cette action pour le bien vieillir n'est plus à démontrer. La convention est à son 3ème renouvellement. Le succès de l'opération est attesté par le nombre élevé d'opérations réalisées chaque année ainsi qu'un taux de subventionnement de 80 % en moyenne.

La poursuite du dispositif reste donc un axe majeur du schéma gérontologique du Département de l'Indre.

## Simplifier le quotidien par des aides techniques et de la domotique permettant de prévenir la perte d'autonomie

Aujourd'hui, la domotique est un outil indispensable pour préserver son autonomie et permettre de rester plus longtemps chez soi. Des solutions existent et peuvent aider à compenser non seulement les déficiences motrices mais aussi sensorielles (vue, ouïe, odorat et toucher) et cognitives (troubles de la mémoire, problèmes d'orientation...) : c'est ce que l'on appelle la domotique et les aides techniques.

Elle s'entend par le fait d'adapter son environnement en fonction de l'évolution des besoins de la personne en lui permettant de gérer sa vie quotidienne et de compenser progressivement les déficiences qui peuvent survenir.

La domotique permet de centraliser le contrôle des différents systèmes de la maison comme le chauffage, les volets roulants, la porte du garage, le portail d'entrée, les prises électriques. Elle vise à apporter des solutions techniques pour répondre aux besoins de confort (optimisation de l'éclairage et du chauffage), de sécurité (alarme, détecteurs de mouvement, interphone, digicode) et de communication (commandes à distance, signaux visuels ou sonores...).

Les aides techniques permettent également aux personnes âgées de continuer à réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne. Elles peuvent ainsi conserver de l'autonomie à domicile et prévenir des risques d'accidents de la vie courante.

Celles-ci regroupent les aides à l'hygiène de l'élimination, les aides aux déplacements, les aides aux transferts et les aides auditives. Elles peuvent être par exemple, des protections absorbantes, des déambulateurs, des lève-personnes ou les matériels audiovisuels et les amplificateurs de voix.

Afin de permettre le développement de ces aides domotiques ou techniques, plusieurs actions sont nécessaires.

Dans un premier temps, l'attribution d'aides financières participe, pour les ménages, à passer le pas et à effectuer les démarches pour pouvoir en bénéficier. D'ailleurs, beaucoup d'aides existent déjà via l'APA ou la PCH, ou encore certains fonds de secours des caisses de sécurité sociale ou organismes d'assurance santé complémentaire. Depuis 2017, la loi ASV a créé un nouveau dispositif via la conférence des financeurs qui permet de financer des aides techniques. Dans le Département de l'Indre,

la conférence des financeurs a également choisi de participer aux financements des appareillages tels les audioprothèses, les prothèses dentaires.

Dans un second temps, il est nécessaire de développer des actions d'information permettant de recenser les aides techniques, leur rôle, leur mode d'emploi, leur mode de distribution. En effet, les freins rencontrés sont la méconnaissance des dispositifs, mais également l'acceptation d'avoir besoin de ces aides.

Pour lever la réticence d'ordre psychologique, il conviendra également de travailler avec les acteurs professionnels (aides à domicile, para-médicaux), qui sont parfois eux-mêmes dubitatifs, et avec les personnes elles-mêmes et leurs aidants, par le biais d'actions de proximité, par exemple de démonstration, de forum d'échanges, etc. Là encore, la proximité est essentielle.

### **1.1.2 L'Accès aux soins primaires**

Dans de nombreux départements et plus particulièrement dans le département de l'Indre, les habitants font face à un contexte de désertification médicale de plus en plus important.

Or plus on avance en âge, plus les risques de développer des pathologies sont importants. L'absence d'accès aux soins pour les seniors conduit à l'absence de dépistage précoce de ces pathologies et par suite à l'absence de leur traitement. Cette situation constitue donc une perte de chance évidente pour le bien vieillir.

#### **Promouvoir les dépistages et bilans de santé**

L'intérêt des bilans de santé périodiques n'est plus à démontrer pour la prévention des maladies et des déficits sensoriels. Le bilan de santé organisé prend une importance encore plus grande dans l'Indre du fait de la désertification médicale.

Le dépistage précoce des maladies permet de les traiter rapidement et d'éviter ou de retarder les complications.

La CPAM de l'Indre propose à tous les assurés sociaux un examen périodique de santé réalisé par l'IRSA. Cet examen, s'il est bien connu pour les moins de 60 ans et notamment les salariés, reste peu accessible aux personnes âgées, car la demande doit être volontaire.

Les autres caisses d'assurance maladie proposent aussi à leurs assurés des bilans gratuits après 60 ans, le plus souvent dans la première année de la retraite.

Il est donc préconisé de rechercher avec les caisses d'assurance maladie une organisation permettant d'inviter systématiquement les personnes de plus de 65 ans à un bilan de santé complet à échéances régulières.

#### **La lutte contre la désertification médicale**

La lutte contre la désertification médicale a produit au niveau national et départemental de nombreux dispositifs notamment d'incitations financières à l'installation. Pourtant, la réalité du département de l'Indre, c'est une désertification médicale exponentielle qui compromet le bien vieillir. Comment les personnes âgées pourront-elles rester chez elle dans leur village et leur hameau sans médecin pour prescrire et renouveler leur traitement, les recevoir en cas de pathologie bénigne, les orienter vers des spécialistes eux-mêmes de plus en plus rares et lointains pour diagnostiquer une pathologie plus lourde et prescrire une prise en charge ?

Le bien vieillir suppose au minimum un accès facile aux soins dit primaires.

La démographie médicale catastrophique dans l'Indre avec 151 médecins généralistes en activité en janvier 2022 (données Drees), devient très préoccupante pour permettre l'accès aux soins primaires. Les

spécialistes libéraux et les hôpitaux sont aussi en situation très tendue, les urgences sont saturées. Les délais d'attente sont parfois de plusieurs mois pour une consultation spécialisée. Or si les malades plus jeunes, sont plus mobiles et peuvent aller chercher ailleurs la ressource adaptée, la personne âgée subit la triple peine : elle est âgée donc plus malade, elle est âgée donc moins mobile, son accès aux soins est donc encore plus dégradé que pour les autres Indriens.

Les autres professions libérales (kinésithérapeutes, infirmiers...) sont mieux lotis en nombre mais l'explosion de la demande de soins à domicile rend difficile et inégalitaire une prise en charge de qualité. La prise en charge de la rééducation des patients âgés à leur domicile ou en EHPAD se fait rare s'ils ne peuvent pas se déplacer au cabinet du kinésithérapeute, ce qui entraîne une perte de chance et alourdit la dépendance.

Les aides à l'installation développées par le Département et progressivement étendues à d'autres professionnels de santé que les médecins généralistes et spécialistes sont donc à poursuivre, de même que les actions de recherche de ces professionnels et de promotion de l'attractivité du territoire réalisées par l'agence d'attractivité départementale.

En parallèle, d'autres initiatives ont été développées et contribuent à pallier l'absence de médecin traitant :

- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) s'inscrivent dans une politique nationale de réorganisation territoriale du système de santé. Elles regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes avec pour but une meilleure organisation et meilleure coordination entre les professionnels libéraux. L'objectif est de décloisonner et de réorganiser des soins autour du patient. Par exemple, cela peut concerner l'organisation de soins non programmés, la coordination ville-hôpital, l'attractivité médicale, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile etc. Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner et ainsi leur permettre d'optimiser leur temps médical. Du côté du patient, cela doit contribuer à fluidifier sa prise en charge.
- La CPTS de Châteauroux a impulsé une dynamique d'amélioration de l'offre de soins depuis fin 2021. Le dispositif OSAT (Offre de Soins Alternative et Transitoire) a pour objectif de créer une nouvelle offre de soins, grâce au temps médical disponible des médecins en attente d'un projet d'installation, offre tournée vers les patients souffrant de pathologies chroniques en ALD mais sans médecin traitant.
- Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un dispositif prévu par le pacte de refondation des urgences en 2019 et réaffirmée lors du Ségur de la Santé en 2020. Il a pour objectif de proposer une régulation commune des appels pour prendre en charge les urgences et les demandes de soins non programmées des patients. Selon la situation, le service conseille ou oriente vers une consultation non programmée (à l'hôpital, en ville ou vers un service d'urgence). Dans le département il a pu se développer à titre expérimental grâce au soutien de la collectivité départementale. Le SAS est en lien étroit avec les médecins de ville, les services de secours et le SAMU. Le but est de permettre la bonne orientation du patient dans le système de soin et d'éviter qu'ils aient systématiquement recours aux services d'urgences.
- Les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) : la loi de modernisation du système de santé de 2016, instaure un cadre juridique appelé « la pratique avancée ». En France, le choix a été fait de le déployer au niveau des infirmiers, nommés IPA. La pratique avancée a un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients tout en réduisant la charge de travail des médecins afin qu'ils puissent se consacrer pleinement au suivi médical. La pratique avancée couvre des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

des actes d'évaluation et de conclusion clinique ainsi que des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale. Les IPA sont chargés du suivi de patients confiés par le médecin. Essentiellement, les suivis des patients se font dans le cadre de maladies chroniques, l'oncologie, les maladies rénales chroniques, la psychiatrie et la santé mentale ainsi que de l'ambulatoire. En ce qui concerne la formation, les infirmiers doivent justifier de 3 ans d'exercice et obtenir un diplôme d'état d'IPA qui se déroule sur deux ans.

### **Veiller à la santé mentale des personnes âgées**

La prise en compte de la santé mentale chez les personnes âgées, notamment la prévention du suicide, est un sujet de plus en plus présent. Néanmoins, les professionnels ne sont pas toujours formés pour prévenir, repérer et accompagner ces troubles.

La prévention passe par une information, une sensibilisation des professionnels. Cela leur permet de faire évoluer leur pratique quant à la prise en compte de la souffrance psychique en dehors de troubles cognitifs : repérage des facteurs de risques et des expressions ou symptômes de souffrance psychique, gestion des situations de crise et coordination des professionnels.

Le projet territorial de santé mentale dont les travaux sont en cours devrait prendre en compte ces besoins et orientations.

Malheureusement, sur le territoire, le manque de psychiatres et de psychologues rendent les suivis plus compliqués et le risque d'arrêt de la prise en charge reste important.

## **1.2 - Etre acteur de son bon vieillissement**

Les autorités publiques ont la responsabilité d'organiser des politiques publiques, et de les mettre en œuvre. En matière d'accompagnement des personnes âgées, le Département est une des autorités responsables. Cependant l'existence d'une politique publique ne peut à elle seule apporter toutes les réponses. En matière de perte d'autonomie liée à l'âge, chaque individu peut agir et participer à développer une société du bien vieillir.

Il est important que chacun se projette et anticipe son vieillissement.

Aujourd'hui, le sujet reste encore tabou et, dans la majorité des situations, quand la perte d'autonomie est là, les choix se font par défaut, dans l'urgence.

Il convient de permettre à chacun de se poser par anticipation les questions suivantes : est-ce que je souhaite rester chez moi ? Ai-je besoin d'adapter mon logement ? Est-ce que j'envisage de déménager pour maintenir une certaine autonomie vers quelle formule d'habitat adapté ? Quand la perte d'autonomie surviendra, qui gèrera mes droits ? A quels dispositifs d'accompagnement et de prises en charge, je souhaiterais faire appel, quels en sont les modalités, le coût, les conditions, les limites ?

### **1.2.1 Anticiper la perte d'autonomie : développer et faire connaître les différents modes d'habitat adaptés au bien vieillir**

Parmi les sujets nécessaires à aborder pour bien anticiper, la question du lieu de vie est l'un des principaux. En effet, le type d'habitat influe fortement sur la capacité à « bien vieillir à domicile » qui est ce que souhaite la très grande majorité des personnes. Il existe aujourd'hui plusieurs modes d'habitat dont les caractéristiques permettent d'agir sur les déterminants du bien vieillir et permettent ainsi de prolonger la capacité à rester à domicile.

Ils sont parfois mal connus, mal repérés, et de ce fait pas forcément conseillés à bon escient même par les professionnels.

Il est donc important de les faire connaître, d'en expliciter les caractéristiques et de développer celles qui répondent effectivement aux besoins des personnes.

On peut ainsi citer les « résidences services/résidences seniors », l'habitat inclusif, les Habitats regroupés pour personnes âgées.

Le point commun de ces différentes formules est de proposer un habitat qui constitue un « vrai » domicile, en y associant différents services dont la personne assure le financement via le paiement d'une redevance en sus du loyer. Bien évidemment rien n'interdit que les personnes choisissent de vivre dans ces domiciles en co-location, ni que ces habitats soient partagés avec d'autres types de publics : jeunes, en situation de handicap, ou sans particularité.

Les « aides à la personne » et la prise en charge de la perte d'autonomie ne doivent en revanche pas être intégrées à l'offre de ces formules d'habitat. La personne étant à domicile, elle doit pouvoir garder le libre choix des réponses auxquelles elle fait appel pour accompagner sa perte d'autonomie. Ce point est crucial, c'est ce qui différencie ces nouvelles formules « d'habitat » des établissements et services médico-sociaux. En effet la prise en charge de la dépendance est un domaine réglementé, que ce soit à domicile ou dans le cadre d'un hébergement et ne relève pas des réponses relatives à « l'habitat ».

La catégorie des « résidences autonomie » est parfois confondue avec celle des « résidences services / résidences seniors ». Or, les « résidences autonomie » sont des établissements médico-sociaux, et de ce fait organisent en marge du logement, un quotidien en collectivité. Elles doivent respecter à ce titre des réglementations très précises (notamment en terme de niveau de dépendance acceptable), alors que les résidences seniors sont totalement assimilées à du logement individuel privatif, disposant d'un panier de services : entretien des parties communes, mise à disposition de restauration et de blanchisserie collective, animations, petites réparations, entretien du logement, qui font l'objet d'une facturation forfaitaire ou à la carte selon la réglementation de la résidence.

Habituellement, ces « résidences seniors » sont gérées par des promoteurs immobiliers privés (sur le même modèle que les résidences étudiantes) dans de l'habitat collectif.

Dans notre département nous avons, depuis de nombreuses années, favorisé ce type d'habitat permettant de lutter contre l'isolement, de bénéficier pour l'accès à divers services de l'atout d'être regroupé, en le rendant accessible aux personnes à faibles ressources en développant des programmes avec les bailleurs sociaux sous le terme d'« **habitat regroupé pour personnes âgées** » ou « HRPA ». Nous l'avons également adapté à la réalité de notre territoire et de la demande de notre population en organisant ces programmes dans les centres bourgs ruraux, pour répondre à l'isolement des personnes en campagne et sous forme d'habitat individuel, pour maintenir un mode de vie proche de ce que souhaitent les personnes.

Depuis la loi Elan du 23 novembre 2018 une nouvelle formule a été organisée : l'habitat inclusif introduit à l'article L.281-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Il est destiné « aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes. [...] Ce mode d'habitat est assorti d'un projet de vie sociale et partagée ». Les habitants peuvent être locataires, colocataires, sous-locataires ou propriétaires. Cet habitat peut être constitué dans le parc privé ou dans le parc social, dans le respect des règles de droit commun. Il n'existe pas de critères requis pour vivre dans un habitat inclusif : pas de niveau de groupe iso-ressources (GIR) spécifique, pas d'orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), pas d'obligation d'être bénéficiaire d'une prestation d'aide à l'autonomie.

La nouveauté de l'habitat inclusif consistait dans un financement de l'État via la CNSA, attribué initialement (L.281-2 du CASF) sous la forme d'un Forfait de l'Habitat Inclusif (FHI) à une personne morale pour assurer l'animation, veiller au lien social des habitants, et s'assurer de la bonne intégration des personnes dans l'habitat.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (L.281-2-1 du CASF) a transféré aux Départements via une prestation facultative d'aide sociale, l'aide à la Vie Partagée (AVP), la responsabilité de ce financement sous le pilotage et avec la participation de la CNSA. L'objet du

financement est le même : financer le projet de vie sociale et partagée assuré par une personne morale qui va donc recruter du personnel pour assurer l'animation, la surveillance générale, la gestion des espaces communs de l'habitat, les fonctions collectives de l'habitat.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit la disparition du financement initial via le forfait habitat inclusif.

Ces formules d'habitat, permettant de répondre au risque d'isolement des personnes, tout en leur laissant leur parfaite autonomie de vie et de décision, correspondent de plus en plus aux vœux des personnes et ont donc vocation à être développées.

Il convient cependant d'être vigilant aux formules qui semblent proposer des « solutions » alliant les avantages du domicile et celles d'une prise en charge complète de la perte d'autonomie. Par définition elles ne correspondent pas à ce que prévoit le cadre légal et réglementaire organisant l'habitat (co-location imposée, prestations de service imposées, absence d'habitat privatif) ou organisant la prise en charge de la dépendance (libre choix des intervenants, interventions individualisées correspondant à la situation spécifique de la personne).

## **1.2.2 Anticiper la perte d'autonomie : mettre chacun en mesure de se préparer pour cette étape de la vie**

### **Développer et diffuser l'information**

Pour être en mesure de faire des choix éclairés permettant réellement d'anticiper et de préparer sa perte d'autonomie, il faut disposer d'une information la plus complète possible.

Or, aujourd'hui, sans même parler du grand public, les acteurs eux-mêmes de la politique gérontologique n'ont pas une connaissance claire et exhaustive des différents dispositifs de prévention ou d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Dans ce contexte, comment espérer conseiller et accompagner de manière adaptée les personnes et leur entourage, comment participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques efficaces ?

Le CLIC peut et doit jouer dans ce domaine son rôle de guichet centralisant les informations, en veillant à les récupérer des territoires, à les diffuser et les retransmettre sous toutes les formes possibles et par tous les canaux possibles au plus près du terrain. Le portail « Seniors 36 » du Département permet d'obtenir des informations sur de nombreux domaines (réglementation, droits des personnes âgées, liste des structures d'accueils...).

Il appartient également à chacun de faire œuvre de pédagogie, d'ouverture et de transparence, afin d'explicitier l'offre qu'il propose : à qui est-elle destinée ? À quels besoins répond-elle ? Quelles sont ses limites ?

Pour permettre aux personnes de se projeter et aux relais de bien conseiller, il faut que les établissements et services eux-mêmes donnent des informations claires : une résidence autonomie n'est pas une résidence service, un EHPAD n'est pas un établissement de soins, un SSIAD n'est pas un service d'aide à domicile, un agrément « service à la personne » ne permet pas de répondre aux besoins de personnes dépendantes.

Pour pouvoir développer et faire connaître ces réponses et ces dispositifs, il est nécessaire d'informer via les médias locaux, en organisant des manifestations diverses tant à destination du grand public que des acteurs spécialisés ou non (conférence, journée thématique...) par la voix des réseaux locaux (comme l'Association des Maires, les associations locales...), par des actions à destination du public et des différents acteurs : services d'aide à domicile, EHPAD, équipe d'accompagnement et de soins.

## **Faire connaître les mesures de protection juridique**

En complément de la nécessaire préparation à la perte d'autonomie en matière de lieu de vie, de connaissance des dispositifs d'accompagnement, il convient également de s'intéresser à la question des droits individuels et de leur gestion en cas d'incapacité à exprimer ses choix.

Il existe dans ce domaine différentes mesures qui permettent de faire connaître ses choix et décisions par anticipation et de déterminer qui sera en mesure de parler en son nom.

Ces dispositions sont encore mal connues. Il s'agit du « mandat de protection future », qui permet de désigner un proche à qui on confie la charge de prendre des décisions en son nom dans la mesure où on ne serait plus en mesure de le faire (on peut déterminer le périmètre du mandat – quelles décisions ?), de la désignation d'une « personne de confiance » qu'on charge ainsi d'accompagner la personne dans diverses démarches de soins ou de la vie courante (mais qui ne peut se substituer), ou encore des « directives anticipées » que chacun peut rédiger, régulièrement modifier, et qui permet de consigner ce qu'on souhaite ou ne souhaite pas pour sa fin de vie dans la mesure où on ne serait plus en capacité de l'exprimer ou encore de l'habilitation familiale qui permet de désigner un mandataire au sein de la famille pour prendre les décisions.

Ces différents dispositifs sont donc des outils à faire connaître.

Pour autant, ce qu'il paraît surtout nécessaire de faire connaître (et reconnaître), c'est l'absolu droit des personnes à choisir leur lieu de vie.

Dans les textes, le terme de « placement » a disparu, les dispositions législatives et réglementaires en matière de tutelle explicitent clairement que la personne protégée garde le droit de choisir son lieu de vie. La loi d'adaptation de la société au vieillissement insiste explicitement sur les modalités à adopter pour permettre à la personne d'exprimer son consentement à son admission en EHPAD. Pourtant, il est encore couramment admis, qu'à partir d'un certain niveau de dépendance, la personne perd sa capacité et sa liberté de choix et que d'autres (médecins, famille) sont légitimes à déterminer ce qu'il faut pour la personne. Il convient donc de renforcer les informations vis-à-vis du grand public et les formations vis-à-vis des professionnels pour faire connaître les dispositifs et le cadre juridique permettant à chacun de préparer sa fin de vie et de faire connaître ses choix.

## **Veiller à accompagner les personnes dans la prise en compte de l'évolution de leur situation**

Les professionnels qui interviennent précocement dans l'accompagnement des personnes âgées sont logiquement dans la recherche de l'efficacité de leur intervention face à la situation présente de la personne.

Or l'avancée en âge est inéluctable, tout comme l'évolution de la perte d'autonomie quand elle est apparue. Il est donc important que ces professionnels, quels qu'ils soient, soignants, intervenants à domicile, accompagnant au titre d'actions de prévention ou du lien social, acteurs de la protection juridique, intègrent dans leur mission, au-delà de la recherche indispensable de la qualité de celle-ci pour la situation à l'instant présent, accompagnent la personne, sa famille et son entourage dans la réflexion sur l'organisation à venir, les choix à faire, les décisions à prendre.

### **1.3 - Repérage des facteurs de fragilités**

La fragilité peut être définie de façon théorique comme une réduction des fonctions physiologiques de la personne. Cette situation de fragilité va favoriser la survenance de la perte d'autonomie.

Toutefois si le repérage est efficace et que les dispositifs existants sont mobilisés, la perte d'autonomie peut être retardée.



### **1.3.1 Connaître et faire connaître les facteurs de fragilité (rupture familiale, accidents de santé, isolement)**

Ainsi, le repérage des personnes âgées fragiles est un enjeu et un levier d'actions important dans la prévention de la dépendance. La fragilité peut s'expliquer par la présence d'un ou plusieurs des facteurs suivants :

- une perte de poids (involontaire)
- une sensation d'épuisement de la personne
- une diminution de la force musculaire
- une vitesse de marche ralentie
- une activité physique réduite.

L'installation de ces facteurs peuvent entraîner chez la personne âgée, des chutes, un risque de dénutrition ou encore un isolement.

Il est donc indispensable de connaître et de faire connaître ces signes et leur facteurs, et ce au-delà des seuls professionnels du grand âge, par les « relais » de la vie quotidienne que sont les acteurs du tissu associatif et du tissu social, et plus largement par le grand public qui est ( surtout dans un département vieillissant comme le nôtre) en contact au quotidien avec des personnes âgées.

### **1.3.2 Mobilisation du tissu social / associatif**

L'objectif de repérer efficacement permet de rechercher et de trouver une solution parmi les dispositifs existants et ainsi, éviter que la personne ne bascule dans la dépendance. En effet, un état fragile peut s'améliorer mais une fois dans la dépendance, il est beaucoup plus difficile de revenir dans un état fragile ou même de retour à la « normale ».

Pour ce faire, il est important de mobiliser l'ensemble des acteurs, professionnels et non professionnels à ce sujet. En effet, le repérage des fragilités est l'affaire de tous. Chacun peut, à son niveau repérer une fragilité chez une personne de son entourage, chez son voisin etc.

Les remontées d'informations doivent s'organiser en recherchant les vecteurs de communication et les circuits de transmission des alertes dans une démarche pro active d'anticipation :

- La communication grand public doit s'articuler sur des messages sensibilisant l'entourage au quotidien tout comme les proches plus éloignés ou encore les personnes qui ne sentent pas concernées dans l'immédiat.
- Les outils de communication existent mais ne sont pas assez connus et il y a un risque de perte d'information.
- Il est important de privilégier, une fois de plus, la proximité. Elle est essentielle dans le repérage des fragilités. Cela peut donc être : les mairies, les CCAS, les services sociaux départementaux, le milieu associatif local, les clubs des aînés, les bailleurs sociaux, les mandataires judiciaires, les commerçants de proximité..., tous les cercles où les personnes ont l'habitude de vivre et d'évoluer.

Pour les professionnels il existe des outils formalisés par exemple par la HAS, tels la grille destinée aux professionnels du domicile, intitulée « outils de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation ». Ces outils peuvent être diffusés dans le cadre de formations. Ils sont également à intégrer à l'ensemble des outils mis à disposition des professionnels au quotidien, par exemple comme les cahiers de liaison ou les outils de coordination.

## **Axe 2 : Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit le lieu de vie**

### **2.1 - Evolution et adaptation des établissements spécialisés dans la prise en charge de la dépendance**

#### **2.1.1. la crise du modèle des EHPAD**

Depuis leur création au début des années 2000, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se sont transformés dans une recherche permanente d'amélioration de la qualité et d'adaptation aux besoins garantissant à toute personne âgée dépendante d'être accueillie dans le respect de ses droits fondamentaux.

A leur création, les EHPAD n'ont pas été positionnés comme relevant du domaine de la santé mais comme un lieu de vie. Ce parti pris d'origine, parfaitement légitime pour valoriser les conditions de vie de la personne âgée a cependant engendré une insuffisance de la réponse aux besoins de soins pourtant nécessaires pour prendre en compte la perte d'autonomie et l'évolution de l'état de santé des personnes accueillies au cours du temps.

De plus, le développement du maintien à domicile a eu pour conséquence une entrée en établissement des résidents tardive, physiquement plus vulnérables, souffrant d'un déclin fonctionnel plus sévère et manquant plus souvent d'autonomie décisionnelle. Le niveau de dépendance devient de plus en plus élevé avec un GMP en hausse, qui oblige les établissements à s'adapter régulièrement pour faire face à la perte d'autonomie des résidents.

#### **Les différentes difficultés des EHPAD :**

##### **Difficultés liées aux ressources humaines**

Les EHPAD connaissent depuis de nombreuses années des difficultés dans la gestion des ressources humaines et la crise de la COVID n'a fait qu'accentuer ce problème.

Les causes d'absentéisme et d'abandon de poste sont multiples : difficultés dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, difficultés d'organisation au quotidien induisant des conditions de travail dégradées (rappel répétitif du personnel en vacances pour combler des absences), formation insuffisante pour gérer des situations complexes, glissement de tâches, mauvais partage des informations entre les différents membres de l'équipe, niveau de salaire bas et absence de plan de carrière des personnels. Les soignants et le personnel d'accompagnement des EHPAD sont soumis à de fortes contraintes qui entraînent de fréquents troubles musculo-squelettiques (TMS) mais aussi un certain degré de détresse psychique.

Ainsi, les soignants déplorent le manque de temps attribué à chaque soin, créant ainsi un conflit de temporalité (la différence entre le temps idéal, celui que les soignants auraient voulu passer auprès des résidents, et le temps réel, imposé par l'organisation du travail). Le quota soignants-résidents est vécu comme très insuffisant, ne permettant pas de travailler de façon optimale et dans la bientraitance désirée. Le taux d'encadrement varie suivant le statut juridique : il est en moyenne plus faible pour les EHPAD ayant un statut privé lucratif que pour celles ayant un statut privé non lucratif ou un statut public.

L'absence également de personnel qualifié et en particulier de médecin coordonnateur augmente le problème de la prise en charge médicale dans ces établissements.

Comme évoqué précédemment les EHPAD ne sont pas des établissements de santé. De ce fait, ils ne disposent pas d'une présence médicale régulière et continue : le médecin coordonnateur n'est pas à temps complet au sein de chaque structure et aucun infirmier n'est obligatoirement présent la nuit. Le suivi médical de chaque résident est théoriquement assuré par son médecin traitant (comme s'il se trouvait à son domicile).

Les EHPAD sont également confrontés au problème du recrutement. La crise sanitaire a accentué le problème de recrutement de personnel qualifié et en particulier celui des infirmiers et des aides-soignants.

Les EHPAD sont souvent considérés « en bout de chaîne » par les soignants dans leur recherche d'emploi. Or les autres possibilités d'emploi sont également en situation de fort besoin, de ce fait les EHPAD ne parviennent pas à pourvoir leurs postes.

Ce phénomène est très ressenti dans les établissements de l'Indre car ces personnes qualifiées, et en particulier les jeunes sortant de formation, se dirigent principalement vers les activités sanitaires et les structures situées dans le milieu urbain ; la majorité des EHPAD du département se trouvent en milieu rural et présentent donc un handicap supplémentaire.

En raison de l'absentéisme important et des difficultés à pourvoir les postes vacants, les EHPAD fonctionnent en mode dégradé et compensent en organisant un glissement de tâches sur les professionnels présents, souvent moins ou pas qualifiés. Ainsi, des aides-soignants réalisent des tâches relevant d'un infirmier et des agents de service remplacent les aides-soignants dans leurs fonctions quotidiennes. Pour autant, ces professionnels ne sont pas formés sur les postes qu'ils remplacent.

Cette situation engendre une qualité de service dégradée, qui nuit à l'image de l'EHPAD, ce qui vient encore pénaliser son attractivité, pour les résidents mais aussi pour les professionnels.

### **La dégradation de l'image suite au COVID**

La gestion de la crise du COVID dans les EHPAD, motivée par la peur des contaminations a conduit à des mesures qui n'ont pas été comprises et surtout admises par la population. Les plans d'isolement strict mis en place ont provoqué un fonctionnement en vase clos, fermé aux familles mais aussi aux professionnels extérieurs (kiné, médecin) et aux bénévoles assurant souvent l'animation et le lien social. Le maintien de ces contraintes durant plusieurs semaines a eu des effets délétères, surtout chez les résidents ayant préalablement des troubles cognitifs.

Dans le grand public, le récit de ces drames vécus, de parents décédés sans avoir pu être revus, accompagnés pas même pour les rites funéraires, constitue un repoussoir durable pour envisager un accueil en EHPAD.

### **L'ambiguïté du cadre juridique des EHPAD entre le sanitaire et le social**

Dans l'Indre, la majorité des EHPAD relève de structures publiques issues de centres hospitaliers. Leur cadre juridique d'organisation relève du code de la santé publique ; aussi, leur fonctionnement est basé sur une prise en charge proche du sanitaire. Or, les EHPAD sont des établissements médico-sociaux qui relèvent du code de l'action sociale et des familles : ce sont d'abord des lieux de vie et non des lieux d'hospitalisation. De ce fait l'accueil en EHPAD ne peut relever d'une décision « médicale », ce doit être le libre choix de la personne. Or trop souvent on attend du médecin qu'il « oriente » en EHPAD, ou le médecin lui-même s'estime légitime à décider si la personne peut vivre « à domicile » ou s'il faut

l'orienter en EHPAD. Cette ambiguïté d'origine provoque des difficultés qui peuvent perdurer entre les familles, les résidents, les personnes de l'Etablissement, les ressources de santé du territoire.

Parallèlement les EHPAD doivent également s'adapter à l'évolution des pathologies des personnes qu'ils vont accueillir : ils doivent faire cohabiter des personnes âgées très dépendantes ne pouvant plus rester à domicile et des personnes avec des troubles psychiques (ou psychiatriques dits stabilisés) voire démentes et/ou déambulantes. Ils doivent également mettre en place des procédures de plus en plus importantes pour l'accompagnement administratif (recherche du consentement, mise sous protection, accès aux droits pour l'ouverture des droits à allocations financières diverses...).

### **Les difficultés économiques**

Le système de tarification instauré à la création des EHPAD comporte trois composantes : par ordre d'importance, les dépenses dites d'hébergement, liées à « l'hôtellerie » (à la charge du résident, voire du Département au titre de l'aide sociale), de soins (décidées par l'ARS), et celles liées à la dépendance (à la charge du résident et du Département). Les résidents supportent plus de la moitié des dépenses (dépenses d'hébergement et partiellement de dépendance).

Les produits de tarification d'hébergement constituent la principale recette des EHPAD. Or, la crise sanitaire de la COVID-19 a généré une baisse d'occupation de ces établissements et donc de leurs ressources. L'image renvoyée également par les médias a incité les personnes âgées à repousser au maximum leur admission en EHPAD. Outre la perte financière liée à la baisse d'activité, les charges relevant du tarif hébergement sont, elles, en hausse. En effet les établissements ont parfois tendance à compenser la carence de personnel soignant par des personnels non qualifiés, à la charge du budget hébergement. Les charges fixes : administration, énergie et fluide, ne cessent d'augmenter. Surtout c'est aussi le budget hébergement qui supporte l'ensemble des charges immobilières et donc le financement des restructurations et mises aux normes pourtant indispensables. Ainsi face à cette baisse de recettes due à la baisse d'activité, et à la hausse des dépenses, les situations financières de ces structures se dégradent.

Or, parallèlement, les autres sources de financement des EHPAD sont verrouillées. La tarification actuelle de la dépendance et du soin est calculée forfaitairement sur des critères fixés nationalement et avec des possibilités d'évolution contraintes et limitées. Les EHPAD n'ont donc aucune marge de manœuvre pour faire évoluer leur ressources alors même que les moyens nécessaires pour accompagner correctement les personnes dont le niveau de dépendance augmente et l'état de santé se dégrade devraient être accrus.

### **2.1.2. Les réformes nationales en cours**

Face aux difficultés rencontrées par les EHPAD et renforcées par la crise sanitaire, le gouvernement propose certaines réformes pour faire évoluer le fonctionnement et l'organisation des EHPAD.

#### **Création de Centres de ressources territoriaux**

La mission des Centres de Ressources Territoriaux a pour objectif de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant. Il s'agit, notamment, de développer une alternative à l'entrée en établissement. Il s'agit également d'utiliser les ressources des EHPAD pour en faire profiter les territoires à proximité, et enfin d'ouvrir les EHPAD sur leur environnement pour participer à améliorer leur image.

Les EHPAD qui développeront un Centre de Ressources Territorial devront proposer une mission d'appui, d'expertise et de soutien au territoire en lien avec les autres acteurs gérontologiques, le secteur sanitaire (l'hôpital) et les acteurs du domicile (SAAD, SSIAD et SPASAD).

Les missions des centres de ressources territoriaux se découpent autour de deux modalités d'intervention menées conjointement :

- un premier volet consacré à la mission d'appui aux professionnels du territoire par le biais de formation des professionnels, d'appui administratif et logistique, de mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisés ou de locaux adaptés. Ce dispositif permettra aux personnes âgées résidant à domicile d'accéder à des soins et à de la prévention, de lutter contre l'isolement et de contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques vis-à-vis des personnels des services à domicile ;
- un second volet consacré à une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie de GIR 1 à 4 nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Pour être Centre de Ressource territorial, un EHPAD doit prévoir un conventionnement systématique avec un établissement de santé du territoire, pour organiser l'intervention des structures, des équipes et d'autres appuis utiles pour l'hospitalisation à domicile.

L'autorisation de fonctionnement d'un centre de ressource territorial est validé par l'ARS et donne lieu à des financements spécifiques.

Quelle que soit la qualité des intentions de ces projets, ils se heurtent dans l'Indre à celui de l'insuffisance des ressources existantes. En effet pour que les EHPAD puissent faire bénéficier les personnes à domicile de leur ressources, encore faudrait-il qu'ils en aient déjà eux-mêmes.

### **La réforme des USLD**

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2006 a donné une définition des Unités de Soins de Longue Durée : « elles accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie ».

Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum car ils doivent admettre des personnes qui requièrent des soins médicaux et techniques importants (SMTI).

La prise en charge gériatrique de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie (mission d'accueil et de soins).

La définition de la population concernée ne comporte pas de critères d'âge, ce qui signifie que ces unités peuvent accueillir des personnes quel que soit leur âge.

Une étude menée par l'IGAS en 2016 sur l'ensemble de la France a montré qu'un certain nombre de patients actuellement hébergés en USLD pourraient être accueillis en EHPAD, ne disposent pas de SMTI ou sont des personnes âgées de moins de soixante ans.

De plus, un certain nombre de situations ou profils de soins souvent sans réponses adaptées s'avère actuellement inapproprié à une prise en charge en soins conforme à leurs besoins au sein des USLD dans leur réglementation actuelle. Ces situations vont sans nul doute voir leur prévalence s'accroître au regard de l'évolution de l'état sanitaire général de la population. Ainsi, si certains adultes plus jeunes atteints de maladies évolutives et incurables, ou en situation de « long mourir », sont susceptibles de respecter les critères d'admission actuels en USLD (critère « SMTI »), ce type de structure pouvant constituer dans ce cas une solution adaptée au plan médical, les barrières à l'entrée, notamment financières, s'exercent plus fortement sur cette population, la tarification des USLD ayant été organisée comme celle des EHPAD avec un tarif hébergement à acquitter. Il s'agirait donc de créer une catégorie de structure qui ne présente pas les mêmes barrières à l'entrée que celles des USLD, afin d'assurer une prise en charge optimale pour cette population plus jeune.

Ces nouvelles structures dénommées Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC), s'adresseraient à des patients adultes majoritairement atteints de polypathologies liées à des affections somatiques lourdes, chroniques et instables, associées à un état de dépendance physique et /ou psychique. Elles seraient à vocation strictement sanitaire.

Les USPC constitueraient ainsi une nouvelle offre se distinguant bien de la définition actuelle des USLD et s'en différenciant par :

- o un accès à des adultes réellement sans critère d'âge,
- o des ressources permettant des prises en charge médicales plus lourdes et complexes qu'au sein des actuelles USLD, mais également que celles pouvant être prodiguées en maisons d'accueil spécialisées...,
- o une tarification strictement « sanitaire » n'impliquant pas de forfait hébergement.

4 types d'USPC pourraient être identifiées selon la pathologie dominante :

- o type 1 : patients adultes relevant d'indications MPR/neurologie.
- o type 2 : patients adultes relevant d'autres pathologies chroniques lourdes (cardiologie, pneumologie, oncologie...)
- o type 3 : patients adultes relevant de la gériatrie-psi.
- o type 4 : patients adultes en situation de handicap.

### **La réforme des évaluations**

Introduite initialement par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la procédure d'évaluation des ESSMS a fait l'objet d'une révision par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette loi confie à la Haute Autorité de Santé (HAS) la responsabilité de la nouvelle procédure d'évaluation des ESSMS, ainsi que celle d'élaborer le nouveau cahier des charges permettant aux organismes autorisés de procéder aux évaluations externes des ESSMS.

Le principal changement pour les établissements et services concerne la fusion de l'évaluation interne et externe en une procédure d'évaluation unique, élaborée par la HAS, comprenant une auto-évaluation continue ainsi qu'un contrôle quinquennal par un organisme évaluateur qui devra désormais être accrédité par le COFRAC (Comité Français d'Accréditation) et habilité par la HAS. L'évaluation externe sera donc réalisée tous les 5 ans et non plus tous les 7 ans.

Le nouveau dispositif d'évaluation construit par la HAS, s'appuie désormais sur un référentiel national commun à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux centré sur la personne accompagnée. C'est le socle du dispositif d'évaluation. Il répertorie les exigences à satisfaire par l'ESSMS et les éléments nécessaires à leur évaluation.

Une programmation des évaluations pour l'ensemble des établissements et services autorisés est arrêtée par les Autorités de Tarification et de Contrôle qui fixent le calendrier sur 5 ans.

La démarche d'évaluation portée par la HAS répond à 3 enjeux essentiels :

- o Permettre à la personne d'être actrice de son parcours.
- o Renforcer la dynamique qualité au sein des établissements et services.
- o Promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels.

Les 4 valeurs fondamentales portées par le nouveau référentiel sont les suivantes :

- o Le pouvoir d'agir de la personne.
- o Le respect des droits fondamentaux.
- o L'approche inclusive des accompagnements.

- La réflexion éthique des professionnels.

Le référentiel s'articule autour de 3 chapitres :

- Chapitre 1 : la personne accueillie ou accompagnée. Il s'agit notamment d'appréhender la perception de la bientraitance par la personne accompagnée, et son implication dans la personnalisation de son accompagnement à l'autonomie et à la santé
- Chapitre 2 : les professionnels, notamment leur capacité à adapter leur accompagnement et avoir un questionnement éthique
- Chapitre 3 : l'établissement / le service social ou médico-social (ESSMS) et sa gouvernance, notamment la capacité à impulser la bientraitance et l'éthique.

### **Les réformes bâtimentaires / questions énergétiques**

Depuis le décret 2019-771 du 23 juillet 2019 et l'arrêté du 10 avril 2020 portant sur les obligations de réduction des consommations d'énergie finale dans les bâtiments à usage tertiaire, les établissements sociaux et médico-sociaux, quel que soit leur statut juridique, sont tenus d'engager un programme d'actions afin de réduire la consommation énergétique d'au moins 40 % en 2020, 50 % en 2040 et 60 % en 2050 (par rapport à 2010). Les actions devant être menées devront porter sur les axes suivants :

- La performance énergétique des bâtiments ;
- L'installation d'équipements performants et de dispositifs de contrôle et de gestion active de ces équipements ;
- Les modalités d'exploitation des équipements ;
- L'adaptation des locaux à un usage économe en énergie ;
- Le comportement des occupants.

Ce cadre réglementaire s'adresse aux propriétaires et locataires de bâtiments tertiaires. Sont concernés tous les bâtiments ou locaux d'activité à usage tertiaire et dont la surface d'exploitation est supérieure ou égale à 1 000 m<sup>2</sup>.

A compter de 2022, les propriétaires ou locataires devront également communiquer avant le 30 septembre, leurs consommations d'énergie pour l'année précédente. Cette déclaration devra être effectuée sur la plateforme informatique OPERAT mise en place par l'État.

Si l'échéance de 2030 paraît lointaine, les établissements sociaux et médico-sociaux seront directement impactés par ces obligations. Les projets immobiliers de restructuration ou de construction devront s'inscrire dans cette perspective. La mise en œuvre du plan d'actions devra également être proposé dans le cadre des Plans Pluriannuels d'Investissements.

Par ailleurs, depuis 2017, une série de réforme a été engagée concernant la mise en œuvre de nouvelles dispositions concernant l'accessibilité. Depuis le 31 mars 2019, il n'est plus possible de déposer d'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) pour les Etablissements Recevant du Public (ERP). Le dispositif se poursuit cependant avec la mise en œuvre des travaux à travers l'instruction des autorisations de travaux et le suivi des agendas de plus de trois ans. Les ERP sont tenus de tenir un registre public d'accessibilité et, pour les ERP de 5<sup>ème</sup> catégorie, diffuser une plaquette d'information dénommée « Bien accueillir les personnes Handicapées ».

Ainsi si les évolutions législatives et réglementaires sont encore nombreuses dans le domaine de l'accueil en établissement des personnes âgées dépendantes, la réforme attendue notamment des modes de financement, permettant d'apporter les moyens nécessaires à la population accueillie ne semble pas encore d'actualité.

### 2.1.3 Les réponses locales

- Face aux difficultés rencontrées et accentuées avec la crise sanitaire, les établissements et services du département ont mis en place des dispositifs fonctionnels :
  - des collaborations entre les établissements de même activité comme les EHPAD, mais ces liens s'élargissent également vers d'autres structures de secteurs différents (établissements pour personnes en situation de handicap, établissements de soins...). Ces collaborations permettent aux directions mais également aux personnels d'échanger sur leurs situations, sur les dispositifs mis en place par les uns et les autres, sur les innovations... ;
  - des regroupements entre établissements et/ou services permettant des mutualisations et des fonctionnements optimisés ;
  - La mutualisation de certaines fonctions et plus principalement au niveau des directions : de nombreux EHPAD de l'Indre sont en direction commune (groupe Epape 36, centre hospitalier de Châteauroux avec les EHPAD d'Argenton-sur-Creuse et de Saint-Gaultier, direction commune des deux vals) ;
  - Des coopérations entre structures sont réalisées régulièrement comme par exemple des animations inter-établissements, des réunions entre directions pour évoquer l'évolution réglementaire, les difficultés rencontrées par certains...
- De plus, face à l'évolution de la dépendance des personnes âgées, les établissements doivent améliorer l'équipement d'hébergement existant.

L'état des structures d'hébergement actuel, le niveau de dépendance des futurs résidents étant plus important, une admission de plus en plus tardive imposent que la politique d'humanisation et de rénovation des établissements, engagée depuis de nombreuses années, soit poursuivie.

Toutefois, ces restructurations doivent se conformer à l'évolution de la réglementation d'un point de vue bâtementaire mais également répondre aux besoins et à la prise en charge des résidents.

De ce fait, les établissements doivent respecter les normes en vigueur sur différents volets dont :

- le volet architectural soumis au respect de la réglementation sur les superficies, l'incendie, les ascenseurs, les installations électriques, les normes acoustiques, thermiques... ;
- l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ;
- le respect des normes de sécurité en lien avec le public accueilli.

De plus, face à la crise énergétique actuelle, ils doivent intégrer de manière plus importante le respect aux normes environnementales en proposant des matériaux et/ou systèmes permettant un niveau de performance énergétique le moins consommateur possible.

Les programmes architecturaux devront prendre en compte l'évolution de la perte d'autonomie et les pathologies des résidents en adaptant les bâtiments à l'accueil des personnes en situation d'obésité, prévoir des espaces pour l'utilisation de matériel adapté à la prise en charge (fauteuils roulants, appareils de transfert...), introduire la domotique dans le fonctionnement de l'établissement mais également créer et organiser des espaces de déambulation indispensables pour certains résidents.

Il faut rappeler également que la charge financière des restructurations des EHPAD est supportée par le résident via le tarif hébergement. Aussi, les projets de restructuration ou de construction doivent se réaliser dans le respect des normes architecturales et environnementales mais également à un niveau financier supportable sur le reste à charge des résidents.

Au regard de l'évolution de la population, du profil et des besoins des personnes âgées, le besoin de places supplémentaires ne semble pas être nécessaire vis-à-vis du nombre de places actuellement disponibles dans les EHPAD du département. Cependant, cela ne signifie pas qu'il faut diminuer voire arrêter les opérations de restructuration qui sont nécessaires à la prise en charge des personnes accueillies et de l'évolution de la dépendance.



En conséquence, il est proposé d'accompagner les EHPAD dans leurs efforts d'adaptation à l'évolution du public et de ses besoins en encourageant les collaborations et initiatives locales, mais également de les soutenir dans leur démarche d'explicitation des besoins afin de les faire entendre au plan national.

## **2.2 - Organisation de l'offre des services à domicile**

### **2.2.1 Les difficultés actuelles des Services d'aide à domicile**

#### **Les difficultés de recrutement dans un contexte d'activité croissante**

Depuis plusieurs années, la situation des SAAD qui interviennent auprès des personnes âgées ou handicapées est difficile : ces structures sont confrontées à de graves difficultés de recrutement qui menacent, dans certains cas, leur pérennité, et aussi, la qualité et la continuité du service à rendre auprès des personnes âgées ou en situation de handicap. Ce constat national est partagé par toutes les structures de services à domicile qui travaillent sur le territoire indrien. Dans l'Indre, le secteur est en effet confronté à une carence des candidats au recrutement en lien avec une population active qui ne cesse de diminuer, à un taux de chômage qui baisse et à une concurrence de secteurs recrutant des candidats sans qualification. C'est le constat issu du diagnostic partagé réalisé en 2019 par le cabinet CATALYS dans le cadre de la démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences Territoriale (GPECT) de l'Aide à Domicile dans l'Indre, initiée par le Département de l'Indre, la DIRECCTE, Pôle Emploi et les structures d'aide à domicile volontaires.

Or, dans le même temps, la population des 65 ans et plus a augmenté de 15,8 % entre 2012 et 2022 dans l'Indre et les personnes âgées à prendre en charge sont de plus en plus dépendantes. A domicile, les GIR 1 et 2 ne représentaient que 18 % des bénéficiaires de l'APA en 2017 contre 21 % en 2021. Les personnes souhaitent de plus en plus rester à domicile même en situation de dépendance. Il est donc nécessaire que les SAAD comme les EHPAD puissent avoir du personnel formé et qualifié pour accompagner et prendre en charge, au quotidien, de manière satisfaisante et adaptée, les personnes âgées dépendantes.

En raison de l'absentéisme important et des difficultés à pourvoir les postes vacants, les SAAD comme les établissements fonctionnent en mode dégradé et compensent en organisant un glissement de tâches sur les professionnels présents. Or, un agent « faisant fonction » n'a pas été formé pour assurer les tâches et missions relevant d'un autre cadre d'emploi. Le risque est que la qualité de service qui doit être rendue à l'usager ne soit pas au niveau attendu.

Les difficultés des SAAD à attirer des candidats pour le métier d'aide à domicile, à recruter, à fidéliser le personnel sur les emplois, à assurer les remplacements en cas d'absence du professionnel (pour maladie, formation ou congés annuels), à former le personnel sur la prise en charge des personnes à domicile de plus en plus dépendantes, restent significatives et se répercutent sur leur capacité à répondre aux besoins et à la demande. Ainsi pour les plans d'aide accordés par le Département dans le cadre de l'APA : sur les 711.745 heures prévues en prestataire en 2021, seulement 556.254 heures ont été facturées, ce qui correspond à un taux de réalisation de 78 % par les SAAD. La diminution du nombre de personnes sollicitant l'APA est aussi à mettre en lien avec ces difficultés. Les personnes âgées renoncent d'elles-mêmes à l'APA sachant que les SAAD manquent de personnel à mettre à disposition.

#### **Les difficultés liées au morcellement des services en petites structures**

Dans le Département de l'Indre, on constate que 90 % des heures d'aides humaines sont réalisées par seulement 3 SAAD et les 10 % restant le sont par 12 SAAD.

La taille de chaque structure détermine sa capacité à intervenir sur une zone plus ou moins étendue. Une petite structure, avec peu de personnel, exerce dans un rayon d'action plus restreint. Il faut aussi tenir compte du fait que les fonctions support dans les SAAD, correspondant notamment à la gestion

des ressources humaines (la gestion des plannings, des absences, remplacements...), la comptabilité (facturation, paiement des salaires...), la relation avec l'utilisateur (information, explications, prévenance...), nécessitent une technicité de plus en plus importante. Pour des petites structures, c'est généralement une seule et même personne qui assure l'ensemble de la fonction administrative : polyvalente, elle a forcément moins de temps à consacrer pour suivre et appliquer les modifications réglementaires, à se former et acquérir plus de technicité dans son travail. De plus, plus la structure est de petite taille, plus les fonctions support pèsent sur le coût moyen du service. Concernant la direction de ces structures, la quantité de textes réglementaires à appliquer, les responsabilités accrues font que les encadrants sont difficiles à recruter ou à stabiliser dans la fonction.

Aussi, on peut s'interroger sur la capacité des petites structures à faire face aux réformes nationales de restructuration en cours et à venir dans le secteur des services à domicile : rapprochement/fusion avec un SSIAD pour former in fine un Service Autonomie à Domicile (SAD) conformément à la réforme introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

### **L'évolution forte du coût de revient des interventions**

Outre les besoins croissants des fonctions supports, d'autres facteurs conduisent à un renchérissement des coûts de revient des services d'aides à domicile.

La revalorisation attendue et nécessaire pour l'attractivité des métiers via l'avenant 43 à la convention collective a un impact direct sur le coût de l'heure. Certes cet impact est compensé par le Département pour l'activité déployée au titre de l'APA et de la PCH (en moyenne 50 % de l'activité globale), mais elle doit être répercutée sur les prix pour les autres interventions. Il est d'ailleurs à noter que les caisses de retraite ne tiennent pas (à ce jour) compte de l'intégralité de l'impact sur leur tarif de prise en charge.

En outre l'inflation récente en 2022 et surtout l'augmentation des coûts de l'énergie pesant sur les frais kilométriques accentuent également la hausse du coût de revient d'une intervention à domicile.

### **La difficulté de concilier les plafonds de GIR avec les besoins des personnes induisant des interventions fractionnées**

Les plans d'aide APA sont finançables dans la limite de plafonds correspondants à un montant pour chaque GIR (entre 1 et 4). Par ailleurs les besoins d'une personne dépendante se situent différemment au cours d'une journée (aide au lever, aide aux repas, aide au coucher). Il faut donc allier un besoin d'intervention discontinue à plusieurs moments de la journée, et une enveloppe globale contrainte. Cela entraîne automatiquement un fractionnement des interventions avec des durées parfois limitées à 1/2 heure.

Apporter l'aide à la personne dans un temps imparti aussi court peut être fatigant et stressant pour l'intervenant mais aussi pour la personne âgée dont le rythme est plus lent. Cela entraîne également des coûts de fonctionnement plus importants pour les structures : multiplication des frais de déplacement à verser aux personnels, rémunération du temps de trajet au détriment des temps de prestation.

Force est de constater, qu'à domicile, l'APA ne permet pas forcément de solvabiliser la totalité des besoins des personnes âgées. La vie à domicile a aussi un coût auquel la personne âgée doit accepter de participer si elle veut le même niveau d'accompagnement qu'en EHPAD.

Pour réussir le « virage domiciliaire », il faudra aussi prendre en compte les besoins de soins à domicile. On constate qu'il existe des listes d'attente au niveau des SSIAD, que les personnes âgées aux pathologies les plus lourdes peinent à être prises en charge, que les SSIAD assurent moins de tournées les week-ends qu'en jour de semaine, qu'il manque des médecins traitants sur le territoire mais aussi des spécialistes.

Le « virage domiciliaire » ou tout simplement l'organisation du bien vieillir à domicile ne pourra s'organiser sur la seule réforme des services d'aides à domicile, il nécessite une prise en compte globale de la personne et de ses besoins, dans son état de santé et sa vie quotidienne.

## 2.2.2 Un modèle économique fragile

### L'impact de l'avenant 43

L'avenant n° 43/2020 du 26 février 2020 relatif à la classification des emplois et au système de rémunération, est venu remplacer les dispositions de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement des soins et des services à domicile (BAD). Cet avenant a fait l'objet d'un arrêté d'agrément du 21 juin 2021 et d'un autre arrêté d'extension du 28 juillet 2021 avec une mise en application au 1<sup>er</sup> octobre 2021.

Les nouvelles dispositions relatives aux emplois et rémunérations ont pour objectifs de :

- revaloriser les rémunérations conventionnelles, et éviter l'immersion sous le SMIC en sortant l'ancienneté et le diplôme du salaire de base ;
- favoriser les parcours et l'évolution des salariés ;
- supprimer l'automatisme actuelle du lien entre diplôme et emploi tout en maintenant une valorisation des diplômes ;
- promouvoir les parcours professionnels via la reconnaissance des compétences.

Cet avenant concerne donc les salariés des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) du secteur non lucratif en mode prestataire. Cette revalorisation était nécessaire et attendue pour ces métiers aujourd'hui essentiels pour accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes en situation de handicap, mais qui souffrent d'un déficit d'attractivité et de reconnaissance, dont la faiblesse des rémunérations est une des causes.

Les Départements solvabilisent via l'APA et la PCH une partie importante de l'activité de ces services pour environ 50 %, les autres financeurs étant les caisses de retraite, les mutuelles ou les personnes elles-mêmes.

Cette revalorisation salariale attendue ne pouvait se traduire par une augmentation du coût de la prestation, à charge des usagers. Les tarifs servant de base aux calculs de l'APA et de la PCH ne pouvaient non plus absorber l'impact. En effet, au regard des règles propres à ces prestations, cela aurait conduit à un risque de diminution du montant des prestations, et donc également à une augmentation du reste à charge des usagers.

Bien qu'aucune obligation ne pesait sur le Département de l'Indre pour assurer la compensation financière de la charge induite pour les SAAD, dès le mois d'octobre 2021, les élus en ont validé le principe. Après concertation et échanges avec les services concernés, l'impact pour le 4<sup>ème</sup> trimestre a été évalué et validé par le Département. Chaque SAAD associatif prestataire a bénéficié de la dotation correspondante établie sur la base d'une étude des impacts : 636.356,83 € pour l'APA pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2021 au 31 décembre 2021. La procédure d'évaluation des coûts supplémentaires des frais de personnel a été établie sur la base d'une analyse par salarié sur les personnels d'intervention et sur les fonctions supports (administratives, d'encadrement et de direction). Dans un deuxième temps, pour 2022 (2.545.427,33 €), les impacts ont été évalués au regard des données réelles d'évolution de la masse salariale et du tarif plancher de 22 € / heure pour l'APA et la PCH.

Le résultat prend donc en compte la réalité de chaque SAAD :

- en fonction des heures APA et PCH financées par le Département au titre de l'année 2021 ;
- en fonction des effectifs propres à chaque service.

Des impacts horaires différents ont été constatés pour l'ensemble des SAAD concernés. Ils s'expliquent par la part plus ou moins importante de personnel qualifié, le poids des fonctions support, la taille de l'effectif et sa pyramide des âges.

En moyenne, pour les services d'aide à domicile du Département, l'impact moyen sur leur budget est de 32,81 % au réel (supérieure à la moyenne nationale sous-évaluée à hauteur de 13 à 15 %). En effet, deux effets se conjuguent à part à peu près égale, la hausse directe de la masse salariale liée à l'augmentation des rémunérations induites par l'avenant 43 et la disparition des exonérations de charges liées aux faibles rémunérations dont bénéficiaient ces structures et qui seront, dorénavant, des recettes supplémentaires pour le niveau national.

L'État s'était engagé à compenser le surcoût pris en charge par les Départements à hauteur de 70 % en 2021, puis à 50 % pour les années suivantes. Or, les estimations de l'Etat laissaient apparaître un surcoût moyen de 3,40 € / heure alors que l'impact pour les Départements a été évalué entre 4 et 5 € de l'heure. Pour le Département de l'Indre ce surcoût est de 4.51 €. Après de nombreuses interpellations et réexamen l'État a finalement fixé une base de compensation sur un surcoût à 4,10 €/h.

En contrepartie de cette compensation, les SAAD prestataires ont pris l'engagement de ne pas répercuter les surcoûts de l'avenant 43 sur leurs tarifications des heures APA et PCH afin de ne pas impacter sur le reste à charge des usagers.

### **2.2.3 Les réformes en cours**

#### **La dotation qualité**

L'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, prévoit une restructuration de l'offre de services à domicile et une refonte du modèle de financement des prestations d'aide et d'accompagnement qui comporte deux volets :

- la création d'un tarif minimal de valorisation d'une heure d'aide à domicile APA et PCH à hauteur de 22 € par le Président du Conseil départemental, applicable depuis le 1er janvier 2022, suite à la parution du décret n° 2021-1932 du 30 décembre 2021 et à l'arrêté du 30 décembre 2021 relatif au tarif minimal. Cette mesure a été immédiatement appliquée par le Département sachant que le tarif APA 2021 était de 21,90 €/heure et le tarif PCH de 17,77 € au 1er janvier 2021 ;
- une dotation complémentaire pour financer des actions répondant à des objectifs d'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur listés à l'article L.314-2-2 du CASF. Cette dotation doit permettre un accompagnement à domicile des usagers, quel que soit leur degré de perte d'autonomie, le soir ou le week-end, dans tous les territoires. Elle doit aussi permettre de financer des actions en faveur de la qualité de vie au travail pour les salariés des services ainsi que des actions visant à lutter contre l'isolement des personnes accompagnées et à soutenir les aidants.

Ces dispositions, effectives depuis le 1er septembre 2022, succèdent au financement de la CNSA mis en place en 2019 pour lequel sept SAAD ont conclu un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec le Département pour trois ans. Ce dispositif a pris fin au 31 août 2022.

Cette dotation complémentaire est attribuée par le Département aux services prestataires habilités ou non à l'aide sociale, dans le cadre d'un appel à candidatures organisé par le Département et sous condition de la conclusion d'un CPOM, à mettre en œuvre des actions améliorant le service rendu à l'utilisateur. L'article L.314-2-2 CASF définit les actions qui pourront être financées par la dotation complémentaire parmi les 6 objectifs dont 5 ont été retenus par le Département :

- 1° Mieux accompagner les personnes et en particulier celles dont le profil de prise en charge présente des spécificités ;
- 2° Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés ;
- 3° Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées ;
- 4° Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ;
- 5° Lutter contre l'isolement des personnes accompagnées.

L'objectif non retenu par le Département est celui d'améliorer la couverture des besoins de l'ensemble du territoire. En effet, la politique gérontologique sur le maintien à domicile réalisée depuis de nombreuses années a permis que l'ensemble du territoire soit effectivement couvert.

Le montant maximum de la dotation complémentaire qualité est de 3,00 € de l'heure pour chaque heure payée par le Département au titre de l'APA ou de la PCH.

Cette dotation est versée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) aux Départements qui doivent la redistribuer aux Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ayant répondu à l'appel à candidature. L'appel à candidature a été réalisé en juillet 2022 auprès des SAAD ayant leur siège social dans le département de l'Indre. Sept SAAD ont répondu à l'appel à candidature dont six font l'objet d'un CPOM avec le Département. Pour 2022, 588 629,70 € ont été versés par le Département et l'enveloppe annuelle pour la période 2023-2027 est évaluée à près de 2 millions d'euros.

### **La réforme des services à domicile vers les « services autonomie à domicile »**

L'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 a également instauré une réforme des services assurant des prestations à domicile ainsi qu'un calendrier de mise en œuvre jusqu'en 2025.

A terme, les Services Autonomie à Domicile (SAD) remplaceront les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) en mode prestataire, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

Cette réforme instaure deux catégories de services autonomie à domicile :

- Des services dispensant de l'aide et du soin ;
- Des services ne dispensant que de l'aide.

Si la possibilité est laissée aux ex-SAAD de poursuivre leur activité d'aide sans internaliser une activité de soins, ils seront, à terme, contraints de recourir au modèle intégré (aide + soins), notamment par fusion avec un ou des ex-SSIAD. Dans le cadre des parcours de la personne accompagnée, lorsque les SAAD ne dispensent pas eux-mêmes des prestations de soins, ils devront organiser une réponse aux besoins en soins des personnes qu'ils accompagnent lorsque cela est nécessaire.

De ce fait, les SAAD devront établir une convention de partenariat (selon les modalités fixées dans le cahier des charges des services autonomie) avec un ou plusieurs services, structures ou professionnels dispensant une activité de soins à domicile.

La transformation des SAAD, SSIAD et SPASAD en services autonomie à domicile entrera en vigueur à la date de publication du décret définissant le cahier des charges de ces services au plus tard le 30 juin 2023.

La transition vers cette nouvelle organisation se déroulera comme suit :

- 1- Les SAAD seront réputés autorisés comme services autonomie à domicile (SAD) pour la durée de leur autorisation restant à courir. Ils n'auront pas à déposer de nouvelle demande d'autorisation. Ils disposeront d'un délai de deux ans à compter de la publication du décret d'application pour se mettre en conformité avec le cahier des charges.  
Les services autonomie ne dispensant que des prestations d'aide et d'accompagnement qui voudront dispenser du soin devront présenter une demande d'autorisation conjointe auprès de l'ARS et du Département à compter de la publication du cahier des charges. Cette extension d'activité pourra se faire par fusion avec un ou plusieurs SSIAD ou SPASAD ou suite à la création de places pour l'activité de soins ;
- 2- Les SSIAD auront un délai de deux ans à compter de la publication du décret pour s'adjoindre une activité d'aide ou fusionner avec un SAAD et demander une autorisation comme services autonomie à domicile auprès de l'ARS et du Département ;
- 3- Les SPASAD autorisés et expérimentaux seront réputés autorisés comme services autonomie à domicile pour la durée de leur autorisation restant à courir. Ils n'auront pas à déposer de nouvelle demande d'autorisation. Ils disposeront d'un délai de deux ans à compter de la publication du décret d'application pour se mettre en conformité avec le cahier des charges.

Pour les SAAD du 1<sup>er</sup> janvier 2022 à la date de publication du décret fixant le cahier des charges des services autonomie (au plus tard le 30 juin 2023), les services restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables avant la LFSS pour 2022. Les SSIAD, pour leur part, continuent d'être régis par les articles D. 312-1 du CASF et suivants jusqu'à ce qu'ils soient autorisés en tant que service autonomie à domicile.

Pour le Département de l'Indre, cette réforme va bouleverser en profondeur l'organisation des services à domicile :

- Les SAAD relèvent principalement du secteur non lucratif mais également d'organismes du secteur privé lucratif avec deux conventions collectives différentes (BAD et services à la personne) ;
- Sur les 14 SSIAD de l'Indre, 8 relèvent de la Fonction Publique Hospitalière (7 rattachés à des centres hospitaliers ou 1 EHPAD) ; 1 est associé à un EHPAD non lucratif (convention collective 51), 2 sont intégrés à des associations gérant également des SAAD non lucratifs (convention BAD) et 3 sont des SSIAD non lucratifs autonomes ;
- Les zones géographiques d'activité des SAAD couvrent la totalité du Département ou certaines communes tandis que les SSIAD sont territorialisés ;
- Les SAAD relèvent de la compétence du Département tandis que les SSIAD relèvent de la compétence de l'ARS. De ce fait, les nouveaux Service d'Autonomie à Domicile seront de compétence conjointe induisant la publication de nouveaux arrêtés ;
- Les réformes successives des services à domicile risquent de nécessiter un accompagnement des SAAD de petite taille afin d'éviter leur disparition face aux nécessaires compétences des services supports.

Par ailleurs on peut craindre que les financements apportées aux SSIAD par l'assurance maladie se concentrent dans les nouveaux services sur les seules prestations « soins » (comme en EHPAD ou en établissement médicalisé pour personnes en situation de handicap) laissant les charges de structure et des fonctions support à la charge de la tarification des usagers.

En conséquence, il conviendra d'accompagner les SAAD dans leur dynamique d'évolution et de changement visant à améliorer la qualité du service rendu aux usagers et à répondre aux nouvelles obligations législatives et réglementaires.

## **2.2.4 les dispositifs de soutien à domicile**

Dans leur grande majorité, les personnes âgées souhaitent vivre à domicile le plus longtemps possible.

Faire appel aux S.A.A.D., solliciter les caisses de retraites et le Département pour bénéficier d'une aide à domicile de manière régulière, sont des réflexes bien connus des personnes âgées et de leurs aidants. Par contre, les solutions de soutien spécifiques tels que l'accueil de jour pour le maintien des acquis des personnes présentant un déclin cognitif, les accompagnements à domicile des situations complexes, ou des solutions plus ponctuelles telles que le répit pour les aidants et le relais en cas d'hospitalisation de l'aidant, le sont moins alors qu'elles concourent également au maintien à domicile.

### **L'accueil de jour**

Comme solution de soutien, l'accueil de jour en établissements sociaux ou médico-sociaux (en journée ou demi-journée, une à plusieurs fois par semaine) est en effet spécifiquement adapté à la personne âgée en perte d'autonomie sur le plan cognitif. Cet accueil a pour objectif de proposer des activités diverses à la personne âgée dans un but thérapeutique pour le maintien de ses capacités intellectuelles et cognitives ou, simplement, pour le maintien d'une vie sociale. Le dispositif permet également au proche aidant d'avoir un temps de répit pour s'occuper de lui-même ou de bénéficier, pendant la prise en charge, d'une écoute auprès de professionnels et d'échanger avec d'autres aidants. Dans l'Indre, il existe 6 services d'accueil de jour, autorisés par le Département, adossés à des structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes âgées. Le coût de l'accueil de jour peut être pris en charge par le Département dans le cadre de l'APA à domicile.

### **Equipes spécialisées EMG / cas complexes DAC**

Ces dernières années des équipes spécialisées ont été créées et financées par l'assurance maladie et l'ARS pour assurer la coordination des soins, le soutien à domicile. Ce sont des services spécialisés qui peuvent se déplacer jusqu'au domicile de la personne âgée lorsque celle-ci est en dépendance psychique et/ou physique ou présente des troubles cognitifs, un risque suicidaire, des polypathologies ou des maladies chroniques, en état de dépression ou pour accompagner la fin de vie. Dans le département, les services spécialisés sont l'Equipe Mobile Gériatrique (EMG) du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre, les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) de CHATILLON, ISSOUDUN et LA CHATRE, l'équipe mobile en soins palliatifs, équipes composées de médecins gériatres, psychologues, infirmiers, ergothérapeutes ou psychomotriciens et assistants de soins en gériatrie. Leur mission est d'identifier et évaluer les besoins spécifiques de la personne âgée, lui proposer des actions concrètes et mettre en œuvre un projet personnalisé pour améliorer la qualité de vie et organiser les relais nécessaires en concertation avec la personne, ses proches et les différents professionnels (médecin traitant, service de soins, associations d'aide à domicile...). L'objectif est d'éviter les hospitalisations notamment en urgence et aider les proches (soutien psychologique, prise en compte de leur santé, orientation vers les professionnels et services dont ils ont besoin...).

Dans les cas où le maintien à domicile s'avère compliqué au quotidien, voire compromis à plus ou moins long terme, il est possible de recourir au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC). Depuis le 27 juillet 2022, trois ans après la publication de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les DAC ont officiellement pris le relais des réseaux de santé, des Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) et des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) qui existaient auparavant. Le regroupement de ces organismes en une seule entité doit permettre de mieux accompagner les personnes âgées en situation complexe en coordonnant les actions relevant du sanitaire et celles relevant du social et du médico-social. Le DAC poursuit 3 missions : soutenir les professionnels accompagnant les personnes dans des parcours

complexes, contribuer à répondre aux besoins des personnes fragiles et de leurs aidants et participer à l'animation territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.

### **L'hébergement temporaire**

Ponctuellement, toute personne âgée à domicile, dont l'aidant par exemple est temporairement absent ou empêché, peut faire appel au dispositif d'hébergement temporaire en établissement médico-social. C'est ainsi une vraie solution de répit pour les aidants. Cela permet à la personne âgée d'être admise, avec son consentement (ou en cas d'incapacité, celui de son représentant légal), dans un EHPAD pour une durée limitée, jusqu'à 90 jours par an. Si la personne âgée est bénéficiaire de l'APA à domicile, le coût de l'hébergement temporaire, réalisé au sein d'établissements sociaux ou médico-sociaux spécifiquement habilités à l'aide sociale et autorisés par le Département de l'Indre pour l'accueil temporaire, peut être pris en charge, en lieu et place de tout ou partie du plan d'aide ou en complément de celui-ci, dans la limite du plafond mensuel du GIR de dépendance à domicile. Le département de l'Indre dispose de 58 places d'hébergement temporaire médicalisées et 24 places non médicalisées, qui, globalement, sont insuffisamment utilisées.

### **Les Chambres relais – l'hospitalisation à domicile- le dispositif PRADO**

En cas de besoin de soins hospitaliers, lorsque la prise en charge à domicile est possible, l'Hospitalisation à Domicile (HAD) permet d'éviter l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite ou de réadaptation ou d'en diminuer sa durée. Elle nécessite donc, dans la grande majorité des cas, l'implication de la famille ou de l'entourage proche. Elle permet d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés sous la responsabilité du médecin traitant. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. L'HAD se fait sur une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne. Le département de l'Indre dispose de 35 places.

Mais, lorsque l'hospitalisation ne peut être évitée, l'Assurance Maladie a initié le dispositif PRADO Personnes Âgées, ouvert progressivement en 2019, pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville. Les principaux enjeux sont de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients, d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital, de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant et d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin. Concrètement, dès que l'équipe médicale de l'hôpital définit les professionnels de santé à consulter après la sortie en complément du médecin traitant et de l'infirmier, le conseiller de l'Assurance Maladie facilite le retour à domicile en planifiant les premiers rendez-vous avec l'ensemble des professionnels de santé qui suivront le patient en ville (sur le principe de libre choix). L'offre PRADO peut être complétée par la mise en place, si nécessaire, d'une aide à la vie (aide-ménagère et/ou portage de repas). L'accompagnement est d'un mois à compter du retour à domicile. Il comprend a minima :

- dans les 7 jours suivant la sortie : une première consultation avec le médecin traitant, un bilan de soins infirmiers, une évaluation par le service social de l'Assurance maladie si une problématique d'isolement ou de fragilité a été détectée durant l'hospitalisation pour les patients en affection longue durée,
- au-delà de la première semaine suivant le retour à domicile : une seconde consultation avec le médecin traitant, et, si nécessaire, une visite hebdomadaire de l'infirmier.

Un dispositif supplémentaire a vu le jour dans l'Indre en septembre 2021 : les chambres relais. Il peut être mobilisé en cas de sortie d'hospitalisation de la personne âgée dont le logement nécessite des aménagements avant son retour ou encore en cas de défaillance soudaine de l'aidant. Il s'agit d'un hébergement temporaire en EHPAD, pour une durée maximale de 30 jours. La chambre relais permet



de mieux préparer le retour à domicile, tout en maintenant les personnes dans un environnement sécurisé avec la présence de soignants. Ce dispositif évite le recours aux urgences et à l'hospitalisation pour les personnes âgées dont le maintien à domicile est fragilisé en cas de défaillance de l'aidant. La demande d'entrée en chambre relais est appuyée par l'équipe médicale et le service social de l'hôpital ou le médecin traitant en lien avec l'avis du médecin coordonnateur de l'établissement d'accueil. Dans l'Indre, 4 places sont disponibles et réparties sur 3 sites : EHPAD «George Sand» et «Les Albizias» du CDGI à CHATEAUROUX, EHPAD de LEVROUX, EHPAD «Le Castel» à SAINTE-SEVERE-SUR-INDRE. L'ARS Centre-Val de Loire prend en charge une partie du prix de journée et la dépendance permettant de limiter le reste à charge de la personne âgée au montant du forfait journalier hospitalier.

Il convient également de rappeler qu'en sortie d'hospitalisation, le Département, dans le cadre de l'APA, peut être mobilisé rapidement, à la demande de la personne âgée, de son entourage et des professionnels qui la suivent, pour évaluer ou réévaluer la perte d'autonomie et proposer une prise en charge à domicile adaptée à ses besoins.

Aussi, dans le cadre de ce schéma, il s'agira de mieux faire connaître les différents dispositifs de soutien spécifiques à domicile existants sur le territoire et d'accompagner les personnes âgées et leurs aidants dans leur accès en mobilisant les professionnels du domicile.

### **L'Accueil familial**

L'accueil familial est un mode d'hébergement alternatif pour les personnes âgées.

L'accueil familial pallie certains inconvénients de la vie isolée à domicile : il recrée du lien social, permet des activités, de l'aide dans la gestion du quotidien, mais n'impose pas les contraintes de l'établissement (vie en collectivité, médicalisation, coût).

La spécificité et l'intérêt de ce mode d'hébergement est que l'accueil s'effectue dans un cadre familial, au domicile de particuliers (propriétaires ou locataires de leur logement) agréés par le Département qui en assure le suivi. Ce mode d'accueil peut être choisi à titre permanent ou à titre temporaire (pendant les vacances des aidants habituels, après une hospitalisation). L'accueillant est rémunéré par l'accueilli et apporte, en contrepartie, un hébergement et un partage de vie dans un cadre sécurisé et individualisé concourant au maintien de l'autonomie, à la préservation d'une vie sociale.

C'est un dispositif développé par le Département depuis 2003 sur tout le territoire avec l'appui du Service d'Accompagnement à l'Accueil familial (SAAF). Au 31 décembre 2021, 74 accueillants familiaux étaient agréés et disposaient de 152 places. Le Département souhaite poursuivre le développement de ce type d'accueil adapté aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, mieux faire connaître l'offre temporaire et séquentielle et poursuivre les actions de promotion du dispositif de l'accueil familial afin d'augmenter le nombre d'accueillants familiaux en portant une attention particulière sur les zones nord et sud du département.

La formule expérimentale des « maisons d'accueil familial » a levé certains des freins au développement de ce mode d'accueil, en permettant à des non propriétaires de s'investir dans cet accueil tout proposant un habitat adapté, en évitant l'isolement de l'accueillant. Au 31 décembre 2021, on dénombre 4 structures d'accueil familial regroupé (CHASSENEUIL, CREVANT, BOMMIERS, RIVARENNES). Chacune de ces structures regroupe 2 à 3 logements adaptés à la perte d'autonomie pouvant être loués à des accueillants familiaux pour l'exercice de leur métier. Dans chaque logement, l'accueillant peut recevoir jusqu'à 3 accueillis. Cette forme d'accueil permet aux accueillants de travailler de manière moins isolée, de faciliter les remplacements en cas de besoin et de favoriser le lien social pour les personnes accueillies.

En conséquence, il conviendra de poursuivre le développement des dispositifs de soutien à l'accompagnement à domicile et de veiller à un recours adapté et efficient à l'APA, premier outil pour l'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile.

## 2.2.4 La coordination, enjeu majeur de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie

L'accompagnement à domicile de la perte d'autonomie nécessite d'avoir des professionnels autour de la personne âgée et de mener un travail d'équipe avec l'ensemble des intervenants à domicile. La coordination des actions et des acteurs est essentielle pour faciliter et permettre le maintien à domicile.

Le Département et ses partenaires locaux œuvrent depuis de nombreuses années dans cette optique. Les coordinations gérontologiques restent l'outil premier pour permettre en proximité de repérer les personnes en perte d'autonomie et leurs besoins afin de leur proposer des accompagnements adaptés. Les coordinations gérontologiques ont été constituées dans le département de l'Indre depuis les années 1990 sur la base d'initiatives locales, parfois anciennes, par une volonté commune de certains acteurs locaux de travailler ensemble afin d'appréhender au mieux les besoins des personnes âgées et d'y répondre. Aujourd'hui, 20 coordinations gérontologiques locales fonctionnent avec le soutien logistique du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) départemental créé en 2002. Elles réunissent à l'échelon local l'ensemble des acteurs pour développer et piloter des projets de prévention ou échanger autour de situations préoccupantes nécessitant un accompagnement coordonné. Elles sont composées des infirmières et assistantes sociales en charge de l'APA et des assistantes sociales des circonscriptions d'action sociale du Département, des représentants des caisses de retraites (CARSAT, MSA,...), des structures d'aide à domicile, des EHPAD, des professionnels de santé (SSIAD, paramédicaux...), des représentants des communes entre autres.

Des outils de coordination sont nés de la collaboration des acteurs du domicile. En effet, un classeur de liaison a été élaboré par le Département en concertation avec les SAAD et les SSIAD de l'Indre. Il contient des fiches à compléter par l'utilisateur, ses aidants et les professionnels intervenant au domicile pour partager les informations essentielles et importantes sur la personne âgée et faciliter sa prise en charge, des informations concernant le plan d'aide APA attribué, les modalités d'interventions au domicile des SAAD et SSIAD et autres professionnels de santé. La personne âgée peut y trouver également des conseils pour bien préparer une éventuelle hospitalisation. Il a été diffusé à compter du mois de décembre 2019 auprès des personnes âgées prises en charge à domicile puis, au fur et à mesure des nouvelles personnes accompagnées. Le classeur a vocation à participer au bien vieillir à domicile. Il vise à garantir la transmission des informations utiles et essentielles pour un maintien à domicile de qualité pour la personne. Il favorise la communication entre tous les intervenants au domicile et l'entourage ainsi qu'avec les professionnels hospitaliers en cas d'hospitalisation. L'aidant familial y a également sa place et peut y apporter des observations. Cependant, on constate que l'utilisation de cet outil par les professionnels est très variable, souvent par faute de temps à y consacrer, mais c'est une base pour un développement de la coordination.

En parallèle, la Région Centre-Val de Loire est engagée dans une démarche visant à acquérir une plateforme numérique qui contiendra un panel d'outils permettant de faciliter les échanges de données et la coordination des acteurs issus des secteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux (tant en établissement qu'en ambulatoire), de donner plus rapidement et davantage d'informations au patient/usager pour lui permettre d'être acteur de son parcours de soin/santé, tout en associant les aidants, de permettre aux DAC de disposer d'outils appropriés pour organiser les parcours de santé notamment des cas complexes. Il s'agit de la plateforme E-parcours et de l'outil SPHERE. Ils permettent aux professionnels de disposer au quotidien d'un annuaire et cercle de soin pour identifier et rechercher un professionnel, un agenda partagé pour organiser et planifier les rendez-vous, un cahier de liaison pour connaître et informer, une messagerie instantanée pour échanger et partager, des alertes et notifications pour avertir et être averti en temps réel. Pour la coordination des parcours de santé complexes, SPHERE est un outil de repérage et d'évaluation, de suivi des plans personnalisés de santé et de pilotage d'activité. Le déploiement de cet outil devrait se poursuivre au cours du présent schéma.

En conséquence, il s'agira de poursuivre le travail collaboratif avec les différents acteurs de proximité en s'appuyant sur les outils existants et en les faisant évoluer si nécessaire pour faciliter encore plus la coordination en veillant à ce que la personne elle-même et ses proches soit bien au centre et elle-même partie prenante dans cette coordination.

## **2.3 - Renforcer l'attractivité des métiers du médico-social**

Dans le cadre d'une réflexion partenariale menée depuis 2019, le Département de l'Indre et les services locaux de la Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations (DDETSP) et de Pôle Emploi, ont engagé, avec l'OPCA uniformation et toutes les structures de l'aide à domicile volontaires, une démarche de mobilisation pour élaborer un plan d'actions pour l'attractivité des métiers du Grand-Age au plan local. Il s'agissait d'accompagner les services pour agir sur l'attractivité de ces métiers, favoriser l'accès à l'emploi et aux formations des aides à domicile et renforcer la qualité de vie au travail.

Plusieurs ateliers ont été organisés portant sur l'attractivité du métier et plus précisément sur la valorisation de l'image du métier, sur la mobilisation des outils de recrutement existants, sur les formations proposées par les différents opérateurs (Région, GRETA, Groupements d'employeurs pour l'insertion et les compétences (GEIQ)), sur la gestion des ressources humaines avec notamment un focus sur l'organisation du temps de travail, la gestion des plannings, la fidélisation des salariés et la qualité de vie au travail.

Enfin, un forum de l'aide à domicile a eu lieu le 25 février 2022 permettant d'effectuer le bilan des différentes actions menées et de présenter les initiatives concrètes en développement à tous les acteurs locaux du secteur ainsi qu'aux élus du territoire. 130 personnes ont participé à ce forum. L'après-midi a été consacré à un job dating au cours duquel les SAAD ont pu présenter leur structure et leurs offres d'emploi aux personnes en recherche d'emploi.

Dans la continuité de ces actions, il est prévu que le Département crée un portail internet dédié à la promotion du territoire et des métiers de l'aide à la personne, à la diffusion des postes à pourvoir dans le secteur du médico-social et de l'aide à domicile.

Concernant la formation des personnels, la Région Centre-Val de Loire, dans le cadre du PACTE d'investissement dans les compétences 2019-2022, s'est engagé dans la démarche DEFI, Développement de l'Emploi par des Formations Inclusives, qui vise la création de formations « cousues main ». L'objectif est de répondre aux besoins de recrutement des entreprises à court terme, de créer ou adapter des formations pour répondre aux besoins spécifiques de compétences de l'entreprise et des publics et sécuriser l'insertion professionnelle des personnes dès le démarrage de la formation. Cette démarche s'inscrit dans une dynamique d'évolution et d'innovation de la formation professionnelle continue dont les organismes de formation seront les relais principaux dans le Programme Régional de Formation (PRF) 2021-2024. Elle favorise le recrutement en emploi pérenne des stagiaires à court terme, en associant les entreprises ainsi que l'ensemble des acteurs pertinents de l'orientation, de la formation et de l'économie dans la définition et le déroulement des formations. La démarche DEFI peut répondre aux besoins des entreprises du secteur des services à la personne.

Ces actions se poursuivent et s'intègrent dans la feuille de route et les actions communes menées par l'ARS Centre-Val de Loire en collaboration avec les Départements de la région entérinées par une convention d'objectifs partagés pour l'attractivité des métiers du Grand Age en région Centre-Val de Loire 2021-2025, conclue pour une durée de 5 ans. Ce partenariat vise prioritairement à mettre en place une coordination opérationnelle des initiatives de chacun des acteurs en fonction de leurs champs de compétence en vue d'une meilleure efficacité des actions engagées sur chacun des territoires de la Région Centre-Val de Loire. Cette convention et les fiches actions annexées ont également pour

objectif de rendre visibles et plus compréhensibles les actions menées sur les territoires de la région en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge à savoir :

- changer l'image des métiers du grand âge,
- favoriser l'accès à l'emploi des métiers du grand âge des jeunes et des demandeurs d'emploi,
- favoriser les différentes modalités de formation vers les métiers du grand âge,
- transformer les organisations et renforcer la qualité de vie au travail,
- suivre et analyser les trajectoires professionnelles.

## 2.4 - Développer l'aide aux aidants

Pour permettre le maintien à domicile, les aidants sont indispensables. Il peut s'agir du conjoint, des enfants, des frères et sœurs, des voisins, des amis... Le conjoint est un aidant familial naturel et, souvent confronté à une fatigue importante qui peut amener à une situation d'urgence. Les enfants sont parfois éloignés géographiquement et certaines familles sont déstructurées. Il peut y avoir des dissensions entre plusieurs aidants et la participation de chacun peut évoluer au fil du temps. Pour certains, l'aide va se limiter à des travaux ménagers, de l'accompagnement aux courses, aux démarches administratives quelques heures par mois ou par semaine. Pour d'autres, l'aide est totale et au quotidien.

L'aidant n'est pas toujours facile à identifier et il peut être difficile pour un proche aidant de se reconnaître comme tel parce qu'il se considère avant tout comme le « proche de » et ne voit pas que son rôle va au-delà. Or, pour faciliter et réussir la coordination et les prises en charge autour de la personne âgée, la reconnaissance de l'aidant est un préalable essentiel. Cela suppose pour celui-ci d'accepter d'échanger sur la situation. Les professionnels doivent pouvoir repérer l'aidant susceptible d'être concerné par un besoin de soutien, comprendre ses problématiques, tenir compte de ses remarques, de ses points de vue, afin de l'accompagner dans son rôle d'aidant, l'associer à la prise en charge de l'aidé et prévenir le risque d'épuisement. Les professionnels doivent reconnaître leur rôle et apprendre à travailler avec eux pour faciliter l'accompagnement sur la durée. L'enjeu est d'anticiper le plus précocement possible les besoins de l'aidant afin de prévenir toute défaillance ultérieure.

Après le repérage, l'accompagnement de l'aidant va porter dans la recherche de solutions adaptées à ses problématiques. Pour l'aidant à domicile, un certain nombre de dispositifs de répit existent qui peuvent être mobilisés. En effet, comme évoqué plus haut, en tant que modalités de soutien pour le maintien à domicile, les dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en établissement médico-social permettent de prendre en charge la personne âgée et correspondent aussi à un temps de répit pour l'aidant, pour lui permettre de souffler, de prendre soin de lui-même.

La loi de 2015 a permis une avancée quant au financement du droit au répit : ainsi, le bénéficiaire de l'APA à domicile peut obtenir une majoration de son plan d'aide, appelée « aide au répit », lorsque le proche aidant qui assure une présence ou une aide indispensable à la vie à domicile ne peut être remplacé par une autre personne à titre non professionnel. Le répit peut alors consister en la mise en place d'heures d'aide humaine supplémentaires pour permettre à l'aidant d'avoir du temps libre ou venir compenser une partie du coût d'un accueil temporaire en établissement. Si l'aidant doit se faire hospitaliser, la personne âgée aidée peut également solliciter « l'aide au relais » pour l'aider à régler le coût des mesures mises en œuvre pendant la durée de l'hospitalisation de l'aidant.

Pour soutenir les aidants en activité professionnelle, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, un salarié ayant un an d'ancienneté peut bénéficier d'un congé de proche aidant qui lui permet de cesser son activité ou de la réduire pour s'occuper d'un proche aidant présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité. L'objectif est de permettre au proche aidant d'équilibrer l'aide apportée dans sa vie personnelle avec les contraintes de sa vie professionnelle. Un décret du 22 juillet 2022 a étendu le champ des bénéficiaires du congé de proche aidant pour y inclure les conjoints collaborateurs des

travailleurs indépendants et a supprimé la notion de « particulière gravité » afin d'en étendre le bénéfice aux proches de personnes classées en dépendance GIR 4.

D'autres dispositifs sont spécifiquement destinés à la prise en compte des besoins de l'aidant. Par exemple, la plateforme de répit organise régulièrement des actions de soutien psychologique. Les coordinations locales organisent des rencontres, des ateliers qui leur sont destinés sur des thématiques comme l'alimentation, prendre soin de soi, thématiques non directement associées aux difficultés particulières des aidants, afin de réussir à capter ce public et l'amener à échanger et partager sur ce qu'il vit au quotidien.

En dépit des dispositifs et actions mises en œuvre pour le soutien des aidants à domicile, on constate qu'ils restent aujourd'hui encore insuffisamment utilisés par les personnes concernées. Les difficultés tiennent parfois aux aidants eux-mêmes qui souvent refusent de faire appel à des services d'aide ou de se faire relayer étant empreints d'un sentiment de culpabilité. Toute acceptation de l'aide peut être perçue comme une forme d'abandon. Il peut s'agir aussi de considérations plus pratiques : coût financier (les aides financières restent limitées et ne couvrent pas toujours la totalité du coût des solutions de répit) ou encore problèmes de mobilité pour accéder aux services.

Par conséquent, dans le cadre de ce schéma, il s'agira de savoir mieux appréhender la situation des aidants, de communiquer davantage avec eux, de continuer d'informer sur les aides existantes et promouvoir les actions « de formation » notamment qui leur sont destinées afin de réussir à les convaincre des bénéfices que celles-ci peuvent leur apporter au quotidien à domicile.

Des actions spécifiques, comme l'organisation de bilan de santé qui leur soient spécifiquement dédiés, sont également à développer.

En établissement, il s'agira de mieux les informer sur tous les aspects de la prise en charge de la personne âgée, sur les contraintes et avantages de la vie en collectif, sur le coût de l'hébergement, les aides possibles, les conséquences induites mais aussi de mieux communiquer avec eux sur la façon dont la dépendance de leur proche peut s'installer. Il s'agira aussi de faire en sorte que les personnes accompagnées et leurs familles soient mieux associées à la vie des établissements sociaux et médico-sociaux dans la perspective de l'exercice effectif de leurs droits fondamentaux et de citoyen (expression d'attentes, de besoins, prise en compte d'intérêts propres...) et qu'elles soient incitées à participer davantage à la vie de leurs établissements.

# FICHES ACTIONS

## Développer les actions de proximité permettant d'agir sur les déterminants du Bien Vieillir

**Objectif :**

- Favoriser le bien vieillir en maintenant le capital santé et l'autonomie
- Promouvoir et généraliser les actions de prévention concernant la nutrition, la mobilité, l'activité physique, la cognition et lutter contre l'isolement des personnes âgées.

**Public visé :**

Personnes âgées de plus de 60 ans du département de l'Indre

**Modalités :**

- Repérer les besoins sur les territoires en matière de prévention du vieillissement et du maintien du lien social
- Recenser les actions déjà existantes pour les valoriser et les faire connaître
- Développer les actions d'information et de sensibilisation sur les bienfaits des activités physiques, sociales, culturelles permettant le maintien en bonne santé
- Faire émerger et partager un discours positif autour de la prévention de la perte d'autonomie
- Accompagner le développement d'actions collectives de prévention autour des déterminants du bien vieillir
- Coordonner les manifestations de prévention et les activités organisées sur le territoire : forum, conférence, ateliers, actions collectives...

**Pilote :**

Département via le CLIC et le service Aide et Action Sociale avec la mobilisation de la Conférence des financeurs

**Partenaires :**

ARS, État, Région, Assurance maladie, Caisses de retraite, Mutualité française, Communes ou Communautés de Communes, Réseaux de santé, associations locales

**Financement :**

État, CNSA, Région, Assurance maladie, Département, Communes ou Communautés de Communes, caisses de retraite

## Faciliter et renforcer l'accès au numérique

**Objectif :**

- Lutter contre l'exclusion numérique liée à l'âge
- Permettre aux personnes âgées d'avoir accès au numérique, les accompagner dans cette transition.
- Utiliser les ressources du numérique pour permettre le maintien d'un lien social et l'accès aux droits

**Public visé :**

Personnes âgées de plus de 60 ans du département de l'Indre

**Modalités :**

- Repérer les besoins sur les territoires en matière d'accompagnement à l'accès au numérique
- Recenser les actions déjà mises en place pour les valoriser et les faire connaître
- Développer les actions consistant à aller au plus près des personnes pour les accompagner dans cet accès au numérique y compris des actions d'aide à l'installation et à l'équipement

**Pilotes :**

Département de l'Indre via le CLIC et mobilisation de la Conférence des financeurs

**Partenaires :**

État, Région, caisses de retraite, mutualité française, Communes ou Communautés de Communes, associations locales

**Financement :**

Département, État, CNSA, Région, Communes ou Communautés de Communes, caisses de retraite



## Mieux faire connaître et développer les dispositifs favorisant la mobilité

**Objectif :**

Lutter contre l'isolement et donc favoriser le maintien à domicile en diffusant toutes les informations relatives aux dispositifs favorisant la mobilité

**Public visé :**

Personnes âgées isolées géographiquement ou sans aide familiale ou de voisinage

**Modalités :**

- Recenser les offres existantes et les faire connaître : Covoiturage, Entraide / Bénévoles
- Favoriser l'émergence et le développement de dispositifs solidaires d'aide à la mobilité, en complément des dispositifs collectifs publics ou des modalités individualisées accessibles

**Pilotes :**

Département de l'Indre via le CLIC avec la mobilisation de la Conférence des financeurs

**Partenaires :**

Etat, Région, Communes, associations locales, services de transport, Communautés de Communes

**Financement :**

CNSA, Région, Département, Communes, Conférence des financeurs

## Favoriser l'adaptation du logement et l'accès aux aides techniques (via la domotique)

**Objectif :**

Agir sur un des déterminants fondamentaux pour permettre de bien vieillir chez soi. En effet, un habitat inadapté peut être un obstacle rédhibitoire à la capacité de vieillir chez soi.

**Public visé :**

Personnes âgées de 60 ans et plus du département de l'Indre

**Modalités :**

- Poursuivre le dispositif du Programme d'Intérêt Général (PIG) qui permet l'adaptation de plus de 220 logements par an
- Intégrer l'ensemble des organismes attribuant des aides dans ce domaine au dispositif.
- Faire connaître au public mais aussi aux professionnels les différentes aides techniques et dispositifs domotiques susceptibles d'améliorer la vie à domicile de personnes en perte d'autonomie ainsi que les possibilités d'aides financières (APA, Conférence des financeurs...).

**Pilotes :**

Le Département par le biais du Service d'Aide et Action Sociale et du CLIC pour les actions d'information et de communication sur les aides techniques

**Partenaires :**

État, ANAH, Région, Département, Caisses de retraites, Communautés de Communes

**Financement :**

État, ANAH, Région, Département, Caisses de retraites, Communautés de Communes, partenaires financiers de la Conférence des Financeurs

## Poursuivre la lutte contre la désertification médicale

### Objectif :

L'accès aux soins est un autre des déterminants majeurs du bien vieillir. Or notre département est fortement marqué par la désertification médicale ce qui induit une perte de chance certaine pour le bien vieillir. Il est donc impératif de participer à la lutte contre la désertification médicale.

### Public visé :

Ensemble de la population du Département

### Modalités :

- Attribution de bourses aux étudiants en contrepartie de leur installation dans le département
- Attribution d'une aide à la première installation dans l'Indre de nouveaux professionnels de santé dans les métiers les plus déficitaires
- Aide à la création d'annexes de Maisons de santé pluridisciplinaires
- Aide au logement des internes et des professionnels arrivant dans le département
- Action de communication en faveur des étudiants de dernière année du cursus de spécialisation en médecine générale
- Participation à des expérimentations sous l'égide de l'ARS permettant de pallier l'absence de médecin traitant
- Reconnaissance de la spécificité de la situation du département de l'Indre dans le projet régional de santé

### Pilotes :

Etat, ARS mais aussi le Département au titre des mesures qu'il met en œuvre

### Partenaires :

État, Région, ARS, Assurance maladie, Communes ou Communautés de Communes, établissements de santé, conseils de l'ordre et organisations professionnelles des professions de santé

### Financement :

État, Région, ARS, Assurance maladie, Département, Communes ou Communautés de Communes

## Organiser des bilans de santé et dépistages systématiques pour les seniors

### Objectif :

- Agir sur le déterminant « santé » du bien vieillir dans notre contexte de désertification médicale
- Favoriser le dépistage précoce des maladies et des déficits sensoriels
- Sensibiliser les seniors au suivi de leur santé
- Participer à la détection des facteurs de risques médicaux et au repérage des risques de perte d'autonomie et de complication des maladies chroniques pour le bien vieillir de la personne âgée

### Public visé :

Personnes âgées de plus de 60 ans en activité ou en retraite

### Modalités :

- Communication auprès des seniors sur les possibilités de bilan pris en charge par l'assurance maladie
- Convention avec les organismes de l'assurance maladie et les caisses de retraite pour systématiser la proposition de bilan de santé pour cette classe d'âge

### Pilotes :

Département de l'Indre en lien avec l'IRSA et l'Assurance maladie

### Partenaires :

Assurance maladie, Caisses de retraite, Département

### Financement :

Assurance maladie

## Améliorer l'accès aux soins en santé mentale des personnes âgées

**Objectif :**

Favoriser l'accès aux soins en santé mentale tant lors de consultations que pour les hospitalisations en milieu spécialisé

**Public visé :**

Personnes âgées

**Modalités :**

En s'appuyant sur le programme de santé mentale :

- Faire connaître aux acteurs l'organisation des soins, les possibilités de consultation en santé mentale et d'hospitalisations, tant libérale qu'hospitalière, sur le département de l'Indre
- Rechercher des solutions pour permettre la prise en charge des transports lors des consultations spécialisées hors ALD des plus de 60 ans, venant de leur domicile ou d'EHPAD
- Reconnaissance de la situation particulière du département de l'Indre dans le projet régional de santé afin qu'il puisse proposer des réponses adaptées aux besoins

**Pilotes :**

Département pour la mise en œuvre des actions d'information en s'appuyant sur les autorités sanitaires : hôpitaux, ARS, assurance maladie et institutions en charge de la santé comme le Conseil Territorial de Santé

**Partenaires :**

État, Assurance maladie, Département, Centres hospitaliers

**Financement :**

État, Assurance maladie

## Mieux faire connaître aux personnes âgées les modes d'habitat alternatifs et favoriser leur développement

### Objectif :

- Permettre aux personnes âgées de prendre connaissance des différents modes d'habitat existants sur le territoire, adaptés aux spécificités de l'avancée en âge : Habitat Regroupé pour Personnes Agées, Résidence Autonomie, Résidence Services, Habitat Inclusif...
- Offrir aux personnes âgées dont l'habitat initial ne correspond plus à leur situation et leurs souhaits (trop isolé, trop grand, inadapté et trop coûteux à adapter...), une alternative résidentielle de proximité afin de favoriser le maintien à domicile

### Public visé :

Personnes âgées de plus de 60 ans du département de l'Indre

### Modalités :

- Réaliser des fiches d'information claires et veiller à leur diffusion, tant auprès du grand public que des acteurs relais (élus, professionnels médicaux, ...)
- Faire connaître et promouvoir les solutions d'habitats alternatifs sur le territoire.
- Soutenir financièrement les nouvelles initiatives dans le cadre du fonds d'aide au maintien à domicile et à la prévention des effets du vieillissement (aide réservée aux HRP à hauteur de 4000 €/logement, sous condition d'un habitat adapté)
- Déployer le dispositif de l'Habitat inclusif piloté par la CNSA et assis sur la nouvelle prestation départementale d'« aide à la vie partagée »

### Pilotes :

Département via le CLIC et le service Aide et Action Sociale

### Partenaires :

Etat, Communes, organismes HLM, acteurs de la politique gérontologique (services sociaux, services d'aides à domicile, professionnels médicaux et paramédicaux...), acteurs de la construction et du logement

### Financement :

État (aides à la pierre), Département, CNSA, Communes

## Rendre chacun acteur de son vieillissement et en mesure d'anticiper et de préparer sa perte d'autonomie

### Objectif :

Anticiper et préparer la perte d'autonomie doit devenir pour chacun et chacune un impératif. Cela permettra de prévenir et d'éviter beaucoup de situations de crise et d'urgence induites par les ruptures brutales des modalités de vie qui découlent de la perte d'autonomie. Il s'agit également de favoriser et de garantir l'expression des choix de vie des personnes.

### Public visé :

Grand public, professionnels du soins, du médico-social, du social, acteurs publics...

### Modalités :

- Veiller à mettre à disposition de l'ensemble de la population une information exhaustive, adaptée et de proximité pour permettre d'anticiper les choix de vie et d'accompagnement qui seront à mobiliser au moment de la perte d'autonomie
- Conforter le CLIC dans son rôle de pôle ressource départemental pour l'ensemble des acteurs afin d'informer des actions, dispositifs, initiatives, de les partager et de favoriser leur diffusion
- Faire connaître à tous les différents dispositifs d'aide et d'accompagnement et leurs caractéristiques et les besoins auxquels ils répondent
- Faire connaître au grand public les différents dispositifs existants pour mettre en œuvre l'expression de la personne et le cas échéant, la protéger : mandats de protection future, habilitation familiale, directives anticipées, désignation d'une personne de confiance...
- Développer les actions d'information et de mobilisation auprès des différents acteurs « relais » pour la population : institutions et services publics (mairies, services de l'État, professionnels du soin et de l'accompagnement, associations de proximité...)
- Faire connaître les prestations offertes par les différents types d'ESMS du département
- Permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents, toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS.

### Pilotes :

Département en lien avec l'ensemble des acteurs

### Partenaires :

CLIC, réseaux gérontologiques locaux, partenaires et acteurs de la politique gérontologique, partenaires et acteurs de la communication

### Financement :

Département pour les outils de communication

## **Veiller à intégrer dans l'évaluation et l'élaboration des projets de vie une vision à moyen et long terme de l'évolution de la personne et de ses choix**

### **Objectif :**

Prévenir les situations d'urgence et de crise en permettant à chacun d'anticiper et d'organiser « à froid » les différents éléments constitutifs des réponses à l'évolution de la dépendance

### **Public visé :**

Personnes âgées de plus de 60 ans du département de l'Indre

### **Modalités :**

- Sensibiliser les personnes et leur entourage sur l'intérêt d'élaborer un projet de vie à moyen et long terme
- Profiter de l'évaluation d'un professionnel à domicile pour informer des outils juridiques de protection et de représentation mais aussi des outils et dispositifs de prise en charge de la dépendance
- Sensibiliser les professionnels sur l'importance d'accompagner les personnes dans l'élaboration de l'évolution de leur accompagnement

### **Pilotes :**

Département via le CLIC et le Service Aide et Action Sociale

### **Partenaires :**

Organismes tutélaires, mandataires privés, services d'aide à domicile et de soins à domicile, acteurs de l'accompagnement des personnes âgées (professionnels de santé, équipes mobiles, dispositifs de coordinations), Caisses de retraite

### **Financement :**

Néant



## Faire connaître et reconnaître les facteurs de fragilité

**Objectif :**

- Anticiper la perte d'autonomie en repérant les premiers signes afin d'agir plus précocement
- Rendre chacun acteur de cette démarche d'anticipation : la personne concernée, son entourage, les acteurs de l'accompagnement gérontologique, professionnels ou non, spécialisés ou non

**Public visé :**

Grand public et acteurs des politiques gérontologiques

**Modalités :**

- Développer des actions d'information à destination du grand public pour faire connaître les facteurs de fragilité
- Développer et promouvoir des actions de formation communes entre les différents acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires permettant de repérer les clignotants de la perte d'autonomie

**Pilotes :**

Département, autorités et institutions de la santé (CTS, CLS, ARS)

**Partenaires :**

Les professionnels du soin et de l'accompagnement social et médico-social, ARS, organismes de sécurité sociale, institutions de la santé (CTS, CLS)

**Financement :**

Département, Fonds de formation continu, Etat, ARS, organismes de sécurité sociale

## Favoriser la prise en compte le plus précocement possible des personnes manifestant des signes de fragilité

### Objectif :

- Anticiper la perte d'autonomie, les risques de rupture, qui fragilisent les personnes et leur entourage et provoque l'entrée ou l'aggravation de la dépendance.
- Pouvoir agir une fois le repérage de la fragilité avéré.

### Public visé :

Personnes âgées du département de l'Indre, ensemble des acteurs de l'accompagnement gérontologique

### Modalités :

- Utiliser l'outil des coordinations gérontologiques pour partager autour de ces situations
- Maintenir l'objectif d'ouverture ou d'accès des coordinations gérontologiques au-delà du cercle des acteurs spécialisés et professionnels afin de permettre l'apport du regard des acteurs de la vie sociale et quotidienne
- Sensibiliser l'ensemble des partenaires à la nécessité d'aborder précocement et régulièrement en réunion de coordination les situations « à risque » (et pas seulement quand les choses sont avérées)
- Veiller à réfléchir et organiser « à froid » et précocement, hors situation de crise, les modalités possibles d'accompagnement des personnes en cas d'aggravation de la dépendance, de modification de la situation liée par exemple à l'indisponibilité de l'aidant

### Pilotes :

Département et animateurs des coordinations gérontologiques

### Partenaires :

Ensemble des acteurs susceptibles de participer aux Coordinations gérontologiques

### Financement :

Néant

**Accompagner les établissements dans leur évolution pour répondre aux besoins des personnes accueillies**

**Objectif :**

Face à l'augmentation de la dépendance des résidents et de pathologies de plus en plus lourdes, les établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent adapter et moderniser leur prise en charge. Le Département ne dispose pas de leviers directement mobilisables pour agir sur les réponses proposées en EHPAD. Il peut cependant participer à mieux faire connaître et comprendre ces enjeux

**Public visé :**

EHPAD

**Modalités :**

- Accompagner les EHPAD pour faire reconnaître les besoins liés au public accueilli
- Participer aux réflexions et encourager les actions permettant de mieux former le personnel sur l'accompagnement des personnes très dépendantes, présentant des pathologies du Grand âge
- Veiller à ne pas laisser s'installer des glissements de tâches et de responsabilités vers les fonctions d'hôtellerie à charge des résidents

**Pilotes :**

ARS, Etat

**Partenaires :**

Département, établissements d'hébergement pour personnes âgées, institutions de santé et du médico-social (CTS, CLS, CDCA), institutions et fédérations du secteur (URIOPSS, FEHAP, FHF...)

**Financement :**

Néant

## Développer les coopérations ou mutualisations inter établissements et/ou services

**Objectif :**

- Améliorer la qualité du service fourni en partageant et en échangeant sur les pratiques
- Mutualiser des ressources pour atteindre une taille critique permettant de les déployer
- Décloisonner les réponses établissement/domicile

**Public visé :**

Établissements et services sociaux et médico-sociaux

**Modalités :**

- Accompagner les établissements dans leur démarche d'amélioration de la qualité de service en favorisant les échanges autour des bonnes pratiques
- S'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges : échanges de moyens techniques et échanges de services, de compétences. La mutualisation, et/ou l'échange, devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts
- Aider au recrutement de personnel, via la mutualisation

Cette démarche peut s'inscrire ou non dans le cadre du déploiement par l'ARS des centres territoriaux de ressources

**Pilotes :**

Les EHPAD du département

**Partenaires :**

Département, ARS, autres acteurs de la santé et de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes

**Financement :**

Financements existants, y compris le cas échéant financements spécifiques tels ceux des CRT

## Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants

**Objectif :**

- Mettre aux normes de sécurité et de confort les établissements existants
- Offrir à la population accueillie des locaux permettant de leur assurer une prise en charge en adéquation avec leurs besoins évolutifs

**Public visé :**

Personnes âgées dépendantes accueillies en établissement

**Modalités :**

- Poursuivre l'effort de restructuration et d'adaptation du bâti
- Retenir les projets de restructuration intégrant les réponses aux besoins des personnes âgées dépendantes, et plus particulièrement dépendantes psychiques, mais aussi prenant en compte les besoins des personnes âgées ne présentant pas ce handicap

**Pilotes :**

Etat, Région, Département

**Partenaires :**

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, Région, assurance Maladie, CNSA, ARS, DDT, Département

**Financement :**

Département, Région, CNSA, ARS, CRAM, organismes de retraites, usagers

## Accompagner les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) dans l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur

**Objectif :**

Accompagner les SAAD s'engageant dans une démarche d'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur

**Public visé :**

SAAD volontaires

**Modalités :**

Attribution d'une dotation complémentaire aux SAAD pour le financement d'actions ayant pour objectif :

- de mieux accompagner les personnes âgées et en particulier celles dont le profil de prise en charge présente des spécificités
- d'intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, week-ends et les jours fériés
- d'apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées
- d'améliorer la qualité de vie au travail des intervenants
- lutter contre l'isolement des personnes accompagnées

**Pilote :**

Département

**Partenaires :**

SAAD

**Financement :**

Département, CNSA

## **Accompagner les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) vers la transformation en Service Autonomie à Domicile (SAD)**

**Objectif :**

Accompagner les SAAD s'engageant dans la démarche de transformation en Service Autonomie à Domicile par la fusion avec un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) telle que prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

**Public visé :**

SAAD volontaires

**Modalités :**

- Accompagnement par le Département des SAAD souhaitant s'inscrire dans la démarche
- Travail en partenariat sur le cadre légal et réglementaire pour sa mise en œuvre
- Accompagnement des SAAD et SSIAD pour définir les modalités de mise en œuvre

**Pilotes :**

SAAD et Département

**Partenaires :**

Les SAAD, les fédérations régionales ou nationales, SSIAD, ARS, CDCA

**Financement :**

Département, CNSA

## Développer la mobilisation des dispositifs d'accompagnement à la perte d'autonomie

### Objectif :

Permettre un projet durable de maintien à domicile y compris pour des personnes avec une perte d'autonomie importante. En complément de l'intervention des services d'aide à domicile et/ou des services de soins à domicile, certains dispositifs complémentaires pour les personnes très dépendantes existent mais ne sont pas encore aujourd'hui suffisamment mobilisés

### Public visé :

Personnes âgées ayant une perte d'autonomie importante à domicile

### Modalités :

- Faire mieux connaître l'offre d'hébergement temporaire et d'accueil de jour comme dispositifs de « soutien de projet de vie à domicile »
- Mettre à disposition des acteurs locaux du maintien à domicile et des familles des informations actualisées sur les capacités disponibles d'accueil en hébergement temporaire et en accueil de jour et les modalités de prises en charge, notamment financières.
- Développer une communication forte sur l'existence et le fonctionnement de ces dispositifs (ex : organiser des journées « portes ouvertes »)
- Veiller à l'absence de freins administratifs à la mobilisation de cette offre (procédure d'admission à l'hébergement temporaire)
- Pour l'accueil de jour, inciter les établissements à mettre en place une organisation des transports et un fonctionnement (et une fréquentation du service) le plus souple possible pour s'adapter aux besoins des personnes à accueillir.
- Faire mieux connaître les équipes intervenant à domicile (Equipes mobiles, DAC...)

### Pilotes :

Département, ARS

### Partenaires :

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, familles, Assurance Maladie, Coordinations Gériatriques, CLIC, DAC, Equipes Mobiles

### Financement :

Département, assurance maladie, usagers



## Poursuivre le développement d'accueillants familiaux pour personnes âgées

**Objectif :**

- Disposer d'une offre d'accueil diversifiée
- Promouvoir un mode d'accueil adapté à la prévention de l'isolement, indépendamment d'un besoin de prise en charge de la dépendance

**Public visé :**

Personnes âgées de plus de 60 ans du département de l'Indre

**Modalités :**

Poursuivre la promotion de ce dispositif encore mal connu et peu valorisé

**Pilote :**

Département

**Partenaires :**

Services d'Accompagnement à l'Accueil Familial (SAAF), organismes tutélaires, Communes, acteurs et partenaires de la politique gériatrique

**Financement :**

Département, personnes âgées

## Réaffirmer la place et le rôle des coordinations géronologiques et utiliser les outils de liaison existants sur le territoire

### Objectif :

- Veiller à prendre en compte l'ensemble des partenaires de proximité intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées
- Prévoir les ruptures de prise en charge, les sorties d'hospitalisation non préparées et donc non accompagnées, les maintiens inadaptés en hospitalisation, les accueils non préparés et non acceptés en établissement
- Diffuser, faire connaître et mettre en application par les professionnels les outils de coordination existants.

### Public visé :

Personnes âgées de 60 ans et plus du département de l'Indre

### Modalités :

- Maintenir l'objectif de participation à la coordination de l'ensemble des intervenants notamment du secteur sanitaire
- Veiller à aborder en coordination toutes les situations justifiant un échange pluri-partenarial et ce le plus précocement possible
- Accompagner et suivre la mise en œuvre des réponses aux besoins pour anticiper les risques de rupture
- Suivre la bonne mise en application des outils existants et adapter, le cas échéant, les outils de liaison (fiche et cahier) déjà existants pour faciliter leur utilisation

### Pilotes :

Département en tant qu'animateur des coordinations gérontologiques

### Partenaires :

Ensemble des acteurs locaux du soin, du social et du médico-social

### Financement :

Néant

## Améliorer les accompagnements dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile

**Objectif :**

Mieux accompagner et prendre en charge les personnes âgées en perte d'autonomie

**Public visé :**

Personnes âgées de plus de 60 ans du département de l'Indre bénéficiaires de l'APA

**Modalités :**

- Inclusion d'heures dédiées à l'accompagnement au lien social pour les personnes isolées dans les plans d'aide APA
- Prendre en compte au réel, et non forfaitairement, les interventions des dimanches et jours fériés dans les plans d'aide APA (dans la limite des plafonds nationaux des GIR de dépendance) afin de ne pas créer de reste à charge pour le bénéficiaire
- Veiller à mieux expliciter les modalités du plan d'aide (quelles aides, en quantité et en qualité, pour quels besoins) et sensibiliser les personnes, leurs aidants et les SAAD à la bonne réalisation du plan d'aide selon les modalités proposées
- Conventionnement avec les caisses de retraite pour une meilleure orientation du demandeur d'aide à domicile quel que soit le premier guichet saisi par l'utilisateur

**Pilotes :**

Département

**Partenaires :**

Département (service APA), Caisses de retraite, CNSA

**Financement :**

Département

## Favoriser l'attractivité des métiers du Grand Age

**Objectif :**

Aider les SAAD et les EHPAD à recruter en promouvant les métiers de l'aide à la personne

**Public visé :**

SAAD, EHPAD

**Modalités :**

- Mise en place d'un portail spécifique sur les formations, les métiers, dédiés à l'accompagnement de la perte d'autonomie
- Poursuivre les actions à mettre en œuvre dans le cadre du plan d'actions local mené depuis 2019
- Mettre en œuvre la convention d'objectifs partagés 2021-2025 en région Centre-Val de Loire pour l'attractivité des métiers du grand Age dont les axes sont les suivants :
  - changer l'image des métiers du Grand Age
  - favoriser l'accès à l'emploi des métiers du Grand Age
  - favoriser les différentes modalités de formations vers les métiers du Grand Age
  - transformer les organisations et renforcer la qualité de vie au travail
  - suivre et analyser les trajectoires professionnelles

**Pilotes :**

Département, ARS, Etat (DEETSP)

**Partenaires :**

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, Services d'aide à domicile, Région Centre-Val de Loire, Pôle Emploi, organismes de formation

**Financement :**

Financements existants et financements spécifiques de l'État, de l'ARS, du Département pour développer de nouvelles actions

## Développer des actions de formation et d'information à destination des aidants

**Objectif :**

- Reconnaître le statut de l'aidant
- Accompagner les aidants dans leur rôle au quotidien et leur faire connaître les solutions de répit existantes

**Public visé :**

Tout public

**Modalités :**

- Veiller à associer le ou les aidants dans les accompagnements spécifiques proposés : plan d'aide, plan d'accompagnement, protocole...
- Développer des actions d'information, de formation, de soutien à destination spécifique des aidants
- Faire connaître les associations de soutien et les actions développées à destination des aidants
- Maintenir dans les plans d'aide APA des heures spécifiques de « soutien aux aidants »
- Faire connaître aux aidants les solutions de répit existantes (plateforme de répit, hébergement temporaire, accueil de jour)

**Pilotes :**

Département

**Partenaires :**

Coordinations gérontologiques, associations et réseaux, ARS, ESMS, Conseil territorial de santé, CDCA

**Financement :**

Département, CNSA, ARS

## Permettre aux aidants d'accéder à un bilan de santé du fait de leur statut

### Objectif :

- Reconnaître le rôle des aidants et le prendre en compte
- Prévenir les ruptures liées à l'épuisement des aidants
- Prendre en compte l'épuisement des aidants

### Public visé :

Tous les aidants quel que soit leur âge

### Modalités :

- Proposer un bilan de santé spécifique aux aidants
- Convention entre les services du Département, la MDPH et les organismes d'assurance maladie pour le développement des bilans de santé aux aidants
- Organisation d'une procédure pour solliciter les aidants et leur proposer ce bilan

### Pilotes

Assurance maladie, Département

### Partenaires :

Assurance maladie, Département, MDPH, IRSA

### Financement :

Assurance maladie pour le bilan  
Département pour l'organisation

# ANNEXES

# **ANNEXE 1**

## **COMPTES RENDUS DES GROUPES DE TRAVAIL**



## SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

### Groupe n° 1 : « Prévention de la perte d'autonomie »

#### Compte rendu de la réunion du 30 mars 2022

En préambule, il est demandé si des compléments ou des éléments nécessitent des approfondissements sur le diagnostic présenté lors de la réunion de lancement du schéma gérontologique le 28 février 2022. Il est rappelé que ce diagnostic a été transmis par messagerie électronique complété par un PowerPoint élaboré par l'ARS Centre – Val de Loire relatif à la santé dans la région et les caractéristiques de la population et de ses besoins au travers de chiffres clés.

Les membres présents n'ont pas de demandes complémentaires mais il est indiqué que le département manque de médecins et que ceux-ci se déplacent de moins en moins au domicile de leurs patients.

L'objectif de la réunion de ce jour est de définir les thèmes et les champs de réflexion à aborder afin de recenser les actions envisagées pour retarder voire éviter la dépendance.

A la suite des différents échanges, les 4 thèmes à aborder seront les suivants :

- **Thème 1 : Actions de prévention**

- Recenser les aides qui peuvent être proposées aux personnes âgées à domicile et trouver les modes de communication et d'informations adaptés ;
- Prendre en compte la ruralité du territoire ;
- Communiquer sur les actions de prévention mises en œuvre : travail sur les supports de communication. Nécessité de relayer au niveau local les informations locales mais également développer les actions locales afin de mobiliser au maximum les Indriens ;
- Actions de prévention auprès des professionnels du bâtiment afin de les sensibiliser aux effets du vieillissement en relation avec les travaux envisagés ;
- Anticiper les effets du vieillissement au sein des ménages et préparer les personnes âgées à la séparation des couples (comme par exemple une hospitalisation, un décès...) ;
- Distinction entre prévention primaire et secondaire.

- **Thème 2 : accès aux droits et accès aux soins**

- Problématique d'accès aux démarches administratives, pouvoir bénéficier d'un bilan de santé régulier ;
- Concilier prévention et soins ;
- Faciliter l'accès aux soins et accompagner de manière régulière les personnes à domicile malgré le manque de professionnels de santé, développer d'autres formes d'accompagnement (activités physiques, cognitives) ;
- Développer les solutions de mobilité pour les personnes âgées.

- **Thème 3 : Repérage des fragilités et sensibilisation à ce repérage**

- Formation et information des professionnels mais également des non-professionnels : certaines personnes repèrent des situations mais ne savent pas comment traiter ces informations (à qui s'adresser, comment...) ;
- Rôle des coordinations gérontologiques ;
- Développer les relations intergénérationnelles ;
- Mobiliser l'ensemble des acteurs sur ce sujet, spécialistes et non spécialistes, professionnels ou non.

- **Thème 4 : les différents modes d'habitat**

- Les différents types d'habitat à disposition des personnes âgées, les modalités de leur développement ;
- Adapter les conditions d'aménagement du domicile des personnes âgées à l'évolution de leurs pathologies : poursuite du programme mis en place par le Département (PIG).

A l'issue du recensement des différents thèmes qui seront abordés dans ce groupe de travail, le premier thème est ensuite approfondi .

**Action de prévention :**

Il est recensé les domaines qu'il est nécessaire de développer sur les activités de la prévention :

- La santé
  - Quels messages de prévention faut-il développer et comment les communiquer ;
  - Problème de la désertification médicale et du suivi médical de l'ensemble de la population ;
  - Les principales actions de prévention sur la santé doivent porter sur :
    - L'alimentation et la nutrition ;
    - L'exercice et les activités physiques ;
    - La santé mentale (comme la dépression) et les fonctions cognitives ;
    - La lutte contre les addictions (alcool, drogue, jeux...) ;
    - La connaissance des pathologies chroniques (hypertension, insuffisance cardiaque...) ;
    - L'hygiène.
- La prévention de l'isolement et ses conséquences
  - Aspects psychologiques ;
  - Aspects matériels ;
  - Participation à la vie citoyenne, sociale et culturelle ;
  - Relations intergénérationnelles ;
  - Développement des actions de sécurité routière ;
  - Isolement du fait du lieu de vie ;
  - Isolement familial.
- L'acceptation du vieillissement et ses conséquences
  - Développer les actions permettant de prévenir la dépendance et la perte d'autonomie ;
  - Préparer les personnes âgées et leur entourage à la fin de vie ;
  - Accepter les choix de la personne dans le cadre de son mode de vie et de sa prise en charge (tout en respectant sa sécurité) ;
  - Ne pas s'adresser exclusivement à la tranche d'âge des plus de 60 ans, cette question doit être évoquée bien plus tôt pour pouvoir mieux la gérer le moment venu
  - Communiquer plus sur les dispositifs existants : exemple mandat de protection futur
- La préparation à la séparation
  - Anticiper et préparer les personnes et leur entourage à la fin de vie ;
  - Accompagner les personnes en cas de séparation (divorce, entrée en institution...) ;
  - Problème de la mobilité des personnes âgées (et en particulier des femmes) en cas de séparation car certaines n'ont plus de moyens de transport ou la possibilité de se déplacer seules (absence de permis de conduire).

Il est nécessaire de réfléchir à la mise en œuvre de ces politiques de prévention et les moyens de les organiser (types d'actions, modes de fonctionnement...).

Actuellement, des dispositifs sont en place qui permettent de recenser les actions réalisées :

- La Conférence des Financeurs qui établit annuellement un bilan des actions de prévention mises en place. Ce recueil est réalisé après recensement auprès des différents acteurs : la CARSAT, le Département, les communes... ;
- Le portail « Séniors 36 » du Département qui permet d'obtenir des informations sur de nombreux domaines (réglementation, droits des personnes âgées, liste des structures d'accueil...).

Les principes d'organisation des actions de prévention qui pourraient être développées sont les suivantes :

- Les actions de prévention ne doivent pas être réservées à certaines tranches d'âge ; elles doivent être ouvertes à toutes les personnes, quel que soit leur âge ;
- Recenser les besoins et les attentes des personnes. Pour cela, les personnes de terrain (c'est-à-dire les plus proches des personnes âgées tels que les services d'aide à domicile, les personnels des mairies...) sont les plus à même de recueillir les attentes de ces personnes. Les opérateurs apportent ensuite la méthodologie et la technique pour développer les actions ;
- Nécessité d'une implication locale pour une meilleure efficacité des actions. Les acteurs de terrain doivent se mobiliser et communiquer auprès des personnes sur les actions qui vont être mises en place ;
- Développer des bilans de santé systématiques pour les personnes âgées. Dans le cadre de la prévention du vieillissement et de la désertification médicale, il est nécessaire de promouvoir ce dispositif en collaboration avec l'IRSA.

Pour pouvoir développer l'ensemble de ces dispositifs, il est nécessaire de les diffuser à travers :

- Les médias locaux ;
- Développer les outils de communication ;
- Au cours de manifestations (salons des seniors...) ;
- Sur le site internet « Seniors 36 » ;
- L'utilisation des réseaux locaux (association des maires, associations locales...) ;
- Organiser une conférence regroupant l'ensemble des acteurs afin de présenter les actions qui existent et qui sont mises en place ;
- Organiser des conférences débat, des pièces de théâtre... permettant de transmettre des messages sur certains sujets.

la prochaine réunion du groupe de travail n°1 aura lieu le jeudi 27 avril et sera consacrée au thème 2 « accès aux droits et accès aux soins ».

## SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

### Groupe n° 1 : « Prévention de la perte d'autonomie »

#### Compte rendu de la réunion du 27 avril 2022

Remise du compte rendu de la réunion du 30 mars 2022.

Quelques remarques et retours :

- Mettre d'avantage l'accent sur la contradiction qui existe entre le choix de vie de la personne âgée et le désir de sécurité mis en avant par la famille et/ou les professionnels. Quelles actions pourraient être mises en œuvre pour résoudre cette injonction ?
- Nécessité de communiquer plus sur le dispositif d'accueil de jour. Il est précisé que cette thématique sera évoquée dans le groupe 2. Bien qu'il puisse être évoqué en prévention primaire, il ne faut pas perdre de vue que la fréquentation d'un accueil de jour ne peut pas être imposée à titre préventif.

Pas d'autre retour sur le compte rendu et pas d'ajout à formuler sur le thème « Actions de prévention ». Cette séance de travail sera donc consacrée au thème 2.

### Thème 2 : Accès aux droits et accès aux soins

#### I- Comment atténuer la problématique d'accès aux soins

Constat : accès aux soins rendu difficile dans un contexte de désertification médicale de plus en plus prégnant. Problématique complexe, déjà longuement évoquée.

Quelles solutions/actions peuvent être mises en œuvre dans le cadre du schéma pour tenter d'améliorer l'accès aux soins.

- Importance des visites et des soins à domicile ; faire en sorte de les valoriser, de mieux les considérer (notamment par rapport aux frais qu'elles occasionnent)
- Favoriser les bilans de santé systématiques : travailler avec la CPAM et l'IRSA pour convoquer de façon plus ciblée les personnes âgées. Encourager les consultations délocalisées.
- Actions particulières à mener pour les personnes qui n'ont pas ou plus de médecins traitants. Voir aussi avec la CPAM qui dispose de la liste des personnes qui n'ont plus de médecins traitants, ce type d'actions existant déjà pour les personnes en ALD. Communiquer d'avantage autour du « 116 117 » - SAS36 et l'OSAT – pour faire connaître ces initiatives. Imaginer des actions « aller vers » avec la CPAM pour toutes les personnes qui n'ont pas de médecins traitants.
- Problème d'accès aux soins dentaires avec très peu de solutions de réponses dans l'Indre. Il s'agit de permettre aux patients de pouvoir voir un dentiste en urgence si besoin, mais également de pallier le manque de dentistes référents. Diverses actions pourraient être mises en place :
  - Bus santé
  - Combiner des bilans dentaires avec le bilan de santé IRSA
  - Faire connaître le service de garde dentaire
  - Ciblage CPAM sur les personnes âgées qui n'ont pas vu un dentiste depuis 5 ans et mettre en place une consultation annuelle.
- Problèmes d'accès aux professionnels paramédicaux : kinésithérapeutes, podologues... Actions similaires à celles mises en place pour l'accès aux soins dentaires

- Améliorer l'accès aux consultations en ophtalmologie
  - Dépistage avec des orthoptistes
  - Rajouter consultations ophtalmologiques dans bilan IRSA
  - Journées de dépistage avec notamment la Mutualité française
- Simplifier les démarches pour que les personnes accèdent plus facilement aux dépistages.

Globalement, il faut mobiliser les forces existantes sur le territoire et intervenir plus en amont pour faciliter la prévention.

## **II - Comment concilier prévention et soins**

- Enclencher un protocole de prévention globale lorsqu'il y a soin, dans le cadre d'une pathologie particulière
- Mieux informer les professionnels et leurs donner des outils
- Mieux sensibiliser les professionnels du soin et du médico-social à la gériatrie
- Exploiter les pôles ressources existants : « Mon espaces santé.fr », site « Senior36 » en y apportant des ressources supplémentaires sur certaines pathologies
- Mise en place d'une conférence annuelle
- Renforcer le rôle des coordinations gérontologiques

## **III - Comment développer les solutions de mobilité**

Constat : il existe de moins en moins de possibilité de recours aux transports sanitaires, les transports publics ne sont pas forcément adaptés, les taxis font du transport individuel mais il s'agit d'une activité privée commerciale.

Comment organiser des systèmes locaux de transports solidaires qui soient utiles aux personnes âgées mais également à l'ensemble de la population ? (En sachant que cette compétence relève de la Région) :

- Encourager les initiatives qui se développent sur la base associative pouvant être aidées par la puissance publique avec la participation des usagers. Un projet de ce type est en cours d'expérimentation sur le territoire de La Châtre : organisation de transports solidaires avec une association locale qui gère la mise en relation.
- S'appuyer sur les associations d'animation locale (Familles rurales)
- Faire accepter l'idée à l'utilisateur que le transport aller ne soit pas forcément le même que celui du retour.

## **IV- Comment faciliter l'accès aux droits**

Constat : le problème d'accès au numérique devient de plus en plus une source d'exclusion. De plus en plus de démarches se font en ligne sans d'autre choix possible pour l'utilisateur. Certains dispositifs existent déjà pour répondre à cette problématique comme les Maisons France Services, les services sociaux départementaux... D'autres actions peuvent être envisagées :

- Développer une prestation d'accompagnement/assistance qui proposerait une aide au choix (matériel, opérateur...) et à l'installation. Cette solution éviterait que les personnes qui n'ont pas de famille ou de proche aidant, qui dans la majorité des cas font cet accompagnement, se retrouvent encore plus isolées et exclues faute d'un accès au numérique.
- Envisager une assistance téléphonique
- Prendre en compte les problèmes de mobilité pour se rendre dans les Maisons France Services et autres
- Encourager les initiatives : la [Rur@linette](http://Rur@linette) par exemple fonctionne bien et permet de répondre aux besoins
- Travailler avec les Secrétaires de mairie – les former à l'accompagnement numérique et à l'orientation adaptée.

la prochaine réunion du groupe de travail n°1 aura lieu le mercredi 11 mai et sera consacrée au thème 3 « **repérage des fragilités** » et au thème 4 « **les différentes formes d'habitat** ». une 4ème séance de travail sera peut être à envisager en fonction de l'avancée des travaux.

# SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

## Groupe n° 1 : « Prévention de la perte d'autonomie »

### Compte rendu de la réunion du 11 mai 2022

Remise du compte rendu de la réunion du 27 avril 2022.

Pas de retour sur le compte rendu et pas d'ajout à formuler sur le thème 2 « Accès aux droits et accès aux soins ».

Cette séance de travail sera donc consacrée aux thèmes 3 et 4.

### Thème 3 : Repérage des fragilités et sensibilisation à ce repérage

#### **I- Rôle des coordinations gérontologiques**

Le repérage des fragilités fait l'objet de travaux conduits par la Haute Autorité de Santé au niveau national. Au niveau local les ARS, les coordinations gérontologiques, la filière gériatrique et la MAIA (puis le DAC, Dispositif d'appui à la Coordination) travaillent également sur ce thème. Plusieurs conférences ont été organisées à ce sujet.

Ces travaux sont-ils suffisants sur le domicile ? Sont-ils suffisamment connus auprès des professionnels, des aidants et, plus généralement, de toute personne de l'entourage, de la Commune qui côtoient la personne ? Le repérage doit s'effectuer avant la survenue de la perte d'autonomie, et les prises en charges (telle l'APA) liées à celle-ci.

#### **II- Mobiliser l'ensemble des acteurs sur ce sujet, spécialistes et non-spécialistes, professionnels ou non**

Le repérage des fragilités est l'affaire de tous et relève d'une démarche volontaire relevant de la responsabilité individuelle dans la perspective d'alerter pour rechercher des solutions et pouvoir déclencher les dispositifs existants. La personne reste libre et responsable de ses choix sur les solutions qui lui sont proposées.

Les remontées d'information doivent s'organiser en recherchant les vecteurs de communication et les circuits de transmission des alertes dans une démarche proactive d'anticipation :

- La communication grand public doit s'articuler sur des messages (précis, clairs et accessibles) responsabilisant l'entourage au quotidien et sensibilisant les proches immédiats ou éloignés, en ciblant également les personnes qui ne se sentent pas concernées ;
- Les outils de communication existent mais sont peu connus du grand public sans, toutefois, atteindre les cibles recherchées ;
- L'échelle de la proximité est donc privilégiée favorisant un primo repérage des aidants et de la famille : mairies (association des maires), CCAS, services départementaux, milieu associatif local, clubs des aînés, bailleurs sociaux, mandataires judiciaires (tuteurs, curateurs) ...

#### **III- Formation et information des professionnels mais également des non-professionnels**

Des outils existent sur les critères d'identification des fragilités (modifications de l'environnement habituel, difficultés de l'aidant, perte de goût et d'appétence alimentaire, non-recours aux soins,

isolement, perte d'activité physique, perte d'acuité cognitive...). Une grille destinée aux professionnels du domicile, intitulée « outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation » est disponible sur le site de l'HAS. Pour le Département, une fiche a été insérée dans le classeur de liaison pour les aides à domicile.

Pistes de réflexion :

- Les professionnels sont sensibilisés au repérage des fragilités mais les remontées d'informations sont insuffisantes par l'absence d'un circuit adapté pour la transmission des alertes ;
- Une action concertée avec la CPAM, la MSA et les caisses de retraites permettrait de cibler les personnes en GIR 5-6 qui ne se sentent pas encore concernées ;
- Une démarche pourrait être effectuée auprès des ordres professionnels et des écoles professionnelles ;
- Les coordinations gériatriques doivent devenir des lieux d'échanges où les situations repérées pourraient être évoquées ;
- La sensibilisation des acteurs de proximité autres que spécialisés est indispensable.

## **Thème 4 : Les différents modes d'habitat**

### **Les différents types d'habitat à disposition des personnes âgées, les modalités de leur développement**

Les offres d'habitat pour les personnes âgées sont variées et peuvent s'adapter à l'évolution de leurs besoins, de leur perte d'autonomie et de leurs modes de vie souhaités. Il convient de distinguer les modes d'habitat entrant dans le cadre du droit commun (propriétaire, locataire auprès d'un bailleur social ou d'un particulier) et ceux offrant également une offre de services complémentaire dont certains types d'habitat sont soumis à autorisation.

- Seules les résidences autonomie (anciennement : foyers logement) relèvent du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Elles sont régies par une double réglementation : ESMS soumis à autorisation du Président du Conseil départemental et réglementation de l'habitat collectif concernant les normes du logement. Elles bénéficient d'un forfait autonomie versé par la CNSA, dans le cadre de la conférence des financeurs, pour développer des actions de prévention. Les MARPA, sont des résidences autonomie.
- Les résidences services (Résidences : Balsan du groupe DOMYTIS et Les jardins St Luc à Châteauroux, La Vie paisible ainsi que Théopolis-Hestia à Villedieu-sur-Indre...) ne sont pas des établissements médico-sociaux. Elles regroupent des logements privatifs (locataires ou propriétaires) associés à des services collectifs non individualisables (facturés de manière forfaitaire) et des services individualisables (facturés selon la consommation effective du résident). Ces services sont encadrés par un contrat de prestations qui doit être distinct du contrat de location. Les prestations mutualisées proposées par le service ne peuvent pas être imposées aux résidents, qui sont libres de choisir le SAAD prestataire.  
En termes de financement public : il n'y a pas d'intérêt à être autorisé en tant que Résidence Autonomie. La personne âgée peut bénéficier de l'APL ou l'allocation logement (financements non régis par le CASF).  
Depuis 2015, l'aide du forfait autonomie de la Conférence des financeurs est la seule distinction entre les résidences autonomie et les résidences services (ou résidences senior).
- L'habitat collectif, en pavillon ou en immeuble, regroupe plusieurs modes d'habitat. Il peut s'agir par exemple de structures de types « Ages & vie » qui hébergent des personnes en appartement ou en chambre avec des espaces collectifs (restauration, salon...). Les services proposés sont similaires aux résidences services ;



- L'habitat inclusif, initialement porté par l'Etat via les ARS, a été transféré aux Départements (article 134 de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 dite loi 3DS). L'habitat inclusif est régi par l'article L 281-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). S'appuyant sur le rapport Rapport Piveteau/Wolfrom de juin 2020 portant sur l'habitat partagé, l'Etat a intégré les Départements dans le dispositif et introduit une nouvelle modalité de financement de l'habitat inclusif en remplaçant un financement annuel de l'ARS, par place autorisée versé au porteur du projet, par la mise en application d'une Aide à la Vie Partagée (AVP) versé par le Département :
  - L'habitat inclusif bénéficie d'un financement pour l'animation d'un projet de vie sociale et partagée qui est accordé à la personne. Cette aide n'est pas rattachée au logement mais à la personne. Elle reste cumulable avec l'APL ;
  - Dans le cadre du dispositif sur la vie partagée, il sera nécessaire de bien définir le volume de projets par an, des conditions d'attribution et d'utilisation de l'aide au regard de la prestation, du conventionnement entre le porteur du projet avec les personnes ainsi que de l'encadrement des dépenses (exemple : mutualisation du loyer de la salle commune entre résidents) ;
  - Un appel à candidature a été lancé en 2019 par l'ARS CVL pour deux projets d'habitats inclusifs portés par l'ADAPEI et le CSPCP, sous financement Etat (CNSA).
  - Dans l'Indre, le Département a apporté, depuis 25 ans, son soutien financier à une forme d'habitat inclusif dans le cadre des Habitats Regroupés pour Personnes Âgées. Les HRP sont portés par des collectivités locales ou des associations sur de l'habitat neuf. Initialement réservés aux personnes âgées, ils peuvent désormais accueillir également des personnes en situation de handicap ;
  - Aujourd'hui, il existe une forte demande des organismes logeurs pour créer des nouveaux dispositifs d'habitat inclusif
- Le logement autonome :
  - L'habitat individuel porte sur de l'existant ;
  - Le label Habitat Senior Services (HSS), financé par la CNSA et encadré par les ministères de la Santé et du Logement, est un référentiel qualité de maintien à domicile qui permet d'engager des travaux d'adaptation des logements non regroupés. Il est dédié aux bailleurs sociaux engagés dans l'accompagnement de leurs locataires âgés sur traitement des dossiers par les Commissions d'Attribution des organismes de logement social. Le dispositif porte sur trois axes : Aménagement des abords et parties communes des immeubles pour faciliter la mobilité, aménagement du logement pour le confort et la sécurité et services de proximité renforcés. Dans l'Indre, le label HSS est porté par l'OPAC qui s'engage à financer des logements adaptés ;
  - L'adaptation des normes au logement, via le PIG et l'ANAH, a permis en 2021 de subventionner, à hauteur de 90 %, 347 dossiers pour un conventionnement initial fixé à 200 dossiers. Ce dispositif, permettant le maintien à domicile, répond à des besoins importants dans l'Indre ;
  - Il est nécessaire de sensibiliser aussi bien les personnes âgées sur les dispositifs existants (catalogue des professionnels de l'ADIL, visite d'un technicien, possibilité de financement par l'assurance maladie d'un lit médicalisé...) que les professionnels du bâtiment sur les besoins des personnes âgées au regard des domiciles non adaptés (problèmes de devis, de délais...).

## SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

### Groupe n° 2 : « Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit le lieu de vie »

#### Compte rendu de la réunion du 23 mars 2022

Pour sa première occurrence, le groupe de travail se réunit dans une formation large afin de pouvoir déterminer les thèmes à traiter et définir ainsi des sous-groupes de travail.

**Un premier temps de la réunion est consacré au diagnostic** présenté lors de la réunion de lancement du schéma gérontologique le 28 février 2022.

Quelques demandes de compléments ou approfondissements sont souhaités par le groupe :

- Des compléments sont demandés sur les heures d'intervention APA des services à domicile. Après vérification, les informations souhaitées se trouvent bien dans le diagnostic
- Le groupe demande une consolidation des taux d'occupation sur les données 2021 et une exploitation des données ANAP si possible, afin d'approfondir l'analyse sur la couverture des besoins
- Le groupe convient d'établir un questionnaire sur le fonctionnement et l'organisation des SSIAD afin de compléter les informations sur ces services.
- Le groupe propose enfin de demander à la CPAM des informations statistiques sur les pathologies repérées des résidents au sein des EHPAD et des USLD

La **seconde partie de réunion est consacrée à l'identification des thèmes** et champs de réflexion concernant l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, que ce soit à domicile ou en établissement.

Les échanges permettent d'identifier 4 grandes thématiques :

#### **Thème 1 : Evolution et adaptation de l'offre d'EHPAD (7 avril)**

- Comment les établissements peuvent-ils s'adapter à l'évolution des profils et des attentes des personnes accueillies ?
- Comment les établissements peuvent-ils adapter leur prise en charge au regard de l'évolution des pathologies (Alzheimer, Parkinson...) ?
- Quel accès aux soins et parcours de soins pour les personnes en établissement ?
- Comment évaluer le bon dimensionnement de l'offre en EHPAD
- Quelle est (doit être) la place des EHPAD au regard des nouvelles typologies de structures (médicalisation, logements et hébergements alternatifs, plateforme de services, évolution des ES LD) ?

#### **Thème 2 : Organisation de l'offre d'accompagnement à domicile et ses évolutions**

- Quelle coordination autour des personnes âgées à domicile, y compris la coordination avec les acteurs du soin, notamment avec l'évolution législative des services autonomie ? (garantir les soins primaires auprès des personnes à domicile, mettre en place un parcours de soins de la personne âgée)
- Comment faire connaître les différents dispositifs existants et communiquer efficacement ?

### **Thème 3 : Attractivité des métiers et des personnels**

- Développer les possibilités de formation des personnels (intervenir sur le contenu des formations, quelle prise en charge du coût des formations pour les établissements...)
- Réfléchir sur la qualité de vie au travail, la prévention de l'usure prématurée des personnels et de la pénibilité au travail, développer le recours aux aides techniques (taux d'encadrement, glissement des tâches, temps partiels...)
- Comment fidéliser les professionnels ?

### **Thème 4 : Les aidants**

- Comment mieux accompagner les aidants et les prendre en considération dans leur rôle
- Comment répondre à la défaillance soudaine des aidants en EHPAD ou à domicile ? (fluidité des parcours, place des aidants en EHPAD, recours à l'accueil temporaire) ?
- Comment améliorer la coordination des prises en charge ?

La prochaine réunion du groupe de travail n° 2 aura lieu le jeudi 7 avril et sera consacrée au thème 1 : « **évolution et adaptation de l'offre d'EHPAD** ». Les autres thèmes seront abordés lors des réunions suivantes en fonction de l'avancée des travaux.

## SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

### Groupe n° 2 : « Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit le lieu de vie »

#### Compte rendu de la réunion du 7 avril 2022

Remise du compte rendu de la réunion du 23 mars 2022 : aucune remarque.

Remise du projet de questionnaire à destination des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) du Département de l'Indre : les participants au groupe de travail peuvent faire des remarques sur le questionnaire en retour par mail au département avant envoi aux SSIAD.

#### Thème 1 : Evolution et adaptation de l'offre d'EHPAD (7 avril)

##### I- Comment les établissements peuvent-ils s'adapter à l'évolution des profils et des attentes des personnes accueillies ?

###### 1/ Evolution des profils

Plusieurs profils de résidents sont énumérés :

- des résidents très dépendants dont l'entrée en EHPAD est par défaut (l'accompagnement à domicile n'est plus possible)
- des résidents grabataires
- des résidents avec d'importants troubles cognitifs, autonomes physiquement (déambulent beaucoup, parfois mise en danger), plutôt « jeunes »
- des résidents avec des maladies psychiatriques, neurodégénératives
- des résidents en rupture sociale

###### 2/ Attentes des personnes accueillies

- une prise en charge individualisée en établissement alors que ce n'est pas possible
- une médicalisation des EHPAD
- un accompagnement administratif très important (mise sous protection, dossier de demande d'aide sociale)
- des aidants épuisés par l'accompagnement apporté à domicile

###### 3/ Difficultés

- des impératifs contradictoires : l'EHPAD est en principe un lieu de vie choisi alors que les entrées se font souvent par défaut et que l'EHPAD est considéré comme un lieu de soin
- manque d'anticipation pour le recueil du consentement de la personne âgée
- le refus de la personne âgée d'adhérer à une démarche de mise sous protection
- « orientation » des Centres hospitaliers pour une entrée en EHPAD après une hospitalisation : ne correspond pas toujours à la volonté de la personne, demande d'aide pour gérer les affaires courantes (résiliation du bail, dépôt du dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie...)
- les personnes âgées accueillies en hébergement temporaire ne veulent pas rester car elles constatent que les personnes accueillies sont très dépendantes et ne se projettent pas dans un accueil pérenne
- manque de communication sur qu'est un EHPAD (la famille idéalise la prise en charge en EHPAD, beaucoup d'attentes, elle a l'impression qu'à domicile la personne âgée est mieux prise en charge, culpabilisation de la famille quand la personne âgée est accueillie en urgence)
- manque de personnel et manque de personnel suffisamment formé, pour la prise en charge des profils

avec troubles psychiques

#### **4/ Conclusions**

- La personne âgée doit préparer sa perte d'autonomie, y compris l'idée d'entrer en EHPAD (il faut la sensibiliser, l'accompagner à s'organiser, à anticiper).
- Il faut accepter l'idée que désormais les EHPAD accueillent ou vont accueillir des personnes âgées très dépendantes qui ne peuvent plus rester à domicile et des personnes avec des troubles psychiques (ou psychiatriques dites stabilisées) qu'il faudra faire cohabiter.
- Les bouleversements de régime juridique des ESLD et la médicalisation des EHPAD annoncés nécessiteront que les établissements adaptent leurs compétences et moyens en soins tout en développant des actions pour faire de leurs établissements un lieu de vie collectif.
- On ne peut pas imaginer une prise en charge en établissement complètement individualisée, il y a nécessairement une dimension collective.
- Le passage du sanitaire au médico-social doit continuer à être travaillé avec la filière gériatrique pour éviter de ne considérer l'EHPAD que comme une solution d'aval de l'hospitalisation et des Services de Soins de suite et de Réadaptation, et donc avec pour seul objectif de trouver un lit disponible.

## **II- Comment les établissements peuvent-ils adapter leur prise en charge au regard de l'évolution des résidents souffrant de pathologies (Alzheimer, Parkinson...) ?**

Aujourd'hui, les moyens des EHPAD pour l'accompagnement des personnes âgées ne sont pas suffisants. Face aux évolutions du profil des résidents et à leurs attentes, il faudra des moyens renforcés et du personnel des EHPAD mieux formé.

### **1/ Former spécifiquement le personnel à la gériatrie et aux dégénérescences**

Il existe un besoin de technicité de l'accompagnement des personnes âgées. Cependant, le constat est le suivant :

- un manque de prise en compte de la gériatrie et des pathologies associées dans le programme de formation initiale des infirmières diplômées d'État (IDE), probablement par peur que les candidats ne se détournent de ces formations. Les étudiants sont certes confrontés dès la 1<sup>ère</sup> année à la gériatrie (stage de 3 semaines en EHPAD) mais sans formation préalable puisqu'elle n'est enseignée qu'en 3<sup>ème</sup> année. Par la suite, les EHPAD n'accueillent jamais d'étudiants de 3<sup>ème</sup> année.
- peu de place pour des formations adaptées aux dégénérescences dans les plans de formation continue des EHPAD car, d'une part, beaucoup de formations sur d'autres thèmes précis sont obligatoires avec des objectifs de formation pour l'ensemble du personnel et, d'autre part, les absences répétées du personnel pour des formations perturbent le fonctionnement des services.

### **2/ Agir sur l'environnement**

- La réglementation impose des chambres de 20 m<sup>2</sup> minimum et tout les établissements se limitent à cette superficie. Or, ce ne sera pas suffisant dans les années à venir car il faut penser à l'accueil des personnes en situation d'obésité, aux besoins d'espace pour utiliser le matériel adapté à la prise en charge (fauteuils roulants, appareils de transferts), pour accepter le mobilier personnel de la personne âgée.
- Il faut penser à créer et organiser des espaces de déambulation au sein de l'EHPAD, indispensables pour certains résidents.
- La domotique améliorerait les conditions de travail du personnel des EHPAD (volets roulants, robinets d'eau avec cellule pour éviter le gaspillage en eau, accès au wifi...), mais à étudier le coût (maintenances, problématiques) par rapport au bénéfice escompté.
- Il faut penser à la façon dont sont produits les repas : privilégier les petits formats, les petites quantités, les petits morceaux, une texture agréable, pour que les personnes âgées puissent plus facilement manger et éviter les dénutritions. Acquérir des outils de découpe automatisée ? Adapter la

présentation du repas ?

Toutes ces évolutions ont un coût qui, dans l'organisation actuelle de la tarification, sont à la charge des usagers.

### **III- Quel accès aux soins et parcours de soins pour les personnes en établissement ?**

L'accès aux soins et les parcours de soins sont des sujets évoqués dans le cadre de la filière gériatrique.

Les problématiques sont les suivantes :

#### **1/ en lien avec l'hôpital**

- Il faudrait éviter les hospitalisations inutiles mais certains EHPAD ne sont pas suffisamment médicalisés.
- Seul le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI) a un dispositif d'astreintes d'IDE mais celui-ci est basé sur le volontariat et le personnel veut de moins en moins assurer les astreintes.
- Les appels au 15 la nuit sont recensés : interventions uniquement auprès de 12 EHPAD situés dans un périmètre de 30 minutes de l'hôpital.
- Quand la personne âgée est hospitalisée, le dossier médical n'est pas toujours transmis à l'hôpital. L'application du dossier médical partagé est en cours d'extension et devrait à terme résoudre ce problème.
- Il existe un turn-over du personnel hospitalier, l'hôpital manque de compétences gériatriques et ne fournit pas suffisamment de bilans gériatriques.
- Le retour d'informations vers l'EHPAD doit être amélioré et systématisé pour l'adaptation de la prise en charge de la personne âgée après son passage à l'hôpital.

#### **2/ en lien avec le médecin traitant**

- Il est très rare que le médecin traitant que la personne âgée avait à domicile continue à suivre le dossier médical de son patient après l'entrée de celui-ci en EHPAD. Les médecins traitants ne se déplacent que très rarement dans les EHPAD. En règle générale, la personne âgée n'a plus de médecin traitant quand elle vit en EHPAD et les médecins coordonnateurs des EHPAD pallient parfois. Mais cette solution n'est pas durable car certains sont âgés et sont déjà à la retraite.
- Bien souvent, les IDE doivent prendre le relais des médecins : difficile pour les plus jeunes par rapport au poids des responsabilités induites et nécessité d'une surveillance constante pour certaines pathologies.

#### **3/ vers un spécialiste (en libéral ou en consultation à l'hôpital)**

Souvent, il faut qu'une personne de l'équipe de l'EHPAD accompagne la personne âgée au rendez-vous pour que cela se passe bien mais tous les EHPAD ne peuvent pas mettre du personnel à disposition. Il y a peu de disponibilités pour l'accompagnement et encore moins pour les actes de prévention.

Solutions :

- Former les ambulanciers à l'accompagnement des personnes âgées ?
- Prévoir des moyens à l'EHPAD ?
- La télémedecine : c'est une des solutions mais elle est partielle et reste à la marge car il faut un interlocuteur, un accès au réseau fonctionnel (expérimentation en cours à VALENCAY). De plus, le marché conclu pour la mise en place de la plateforme régionale arrive à terme.
- Passer des conventions avec des spécialistes (dentistes, kinésithérapeutes...) pour qu'ils acceptent de se déplacer en EHPAD (des conventions signées mais non mises en place, le dispositif demande un temps de préparation sur site).

#### **4/ pour l'accès aux soins en santé mentale**

- Pour réaliser un diagnostic, l'appel à l'équipe mobile de psychiatrie est un appui non négligeable pour faire le lien avec le médecin traitant ou le médecin coordonnateur.

- Pour l'accès à l'hospitalisation, c'est plus compliqué en raison d'un manque de places disponibles et d'un bâtiment de gériatrie-psychiatrie qui n'est plus adapté (au 1<sup>er</sup> étage sans ascenseur), souvent retour en EHPAD sous 48 heures.
- Parfois, la personne âgée a besoin d'un temps de rupture : l'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) d'EHPAD.

En principe, on ne doit pas y rester. Le cahier des charges prévoit une prise en charge pour 3 mois maximum mais souvent la prise en charge est plus longue. Il est difficile de stabiliser la santé de la personne sur un temps court et le retour en EHPAD n'est pas toujours possible. L'UHR fonctionne en permanence en unité renforcée d'EHPAD. La personne âgée doit payer l'UHR et ne peut donc pas continuer à payer l'EHPAD en même temps. L'activité de l'UHR est consultable dans le rapport de gestion annuel (le CDGI en fournira une copie). Pas d'UHR pour la partie nord du département de l'Indre.

#### **IV- Comment évaluer le bon dimensionnement de l'offre en EHPAD ?**

Au 31 décembre 2021, le département de l'Indre dispose de 3.219 lits d'EHPAD (+ 14 lits en UHR) et 155 places ESLD (+ 17 lits en UHR).

Par rapport à l'évolution des profils et des besoins des personnes âgées, il n'y a pas besoin de lits supplémentaires pour le territoire. Faut-il pour autant en diminuer avec des opérations de restructuration ? Le nombre de places ESLD est pris en compte dans l'offre départementale. Il ne faudrait pas que les réformes en cours portant sur les ESLD n'entraîne une diminution des moyens en soins par rapport à l'existant. Il faudrait même une augmentation des moyens en soins au vu des pathologies des résidents qui demandent plus de besoins. Faut-il développer des solutions alternatives (accueils de jour, accueils de nuit ....) ?

#### **V- Quelle est (doit être) la place des EHPAD au regard des nouvelles typologies de structures (médicalisation, logements et hébergements alternatifs, plateforme de services, évolution des ESLD) ?**

Alors que les EHPAD ne sont pas toujours en capacité de répondre à la prise en charge de leurs propres résidents, il semble utopique d'envisager l'EHPAD en tant que « centre de ressources territorial ». Néanmoins, il faut développer le partenariat et les coordinations entre le domicile et l'EHPAD, mobiliser les lits d'hébergement temporaire même en urgence, travailler avec le domicile pour anticiper l'entrée en EHPAD, utiliser les outils existants du domicile (le classeur de liaison par exemple).

la prochaine réunion du groupe de travail n°2 aura lieu le 18 mai 2022.

## **SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL**

### **Groupe n° 2 : « Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit le lieu de vie »**

#### **Compte rendu de la réunion du 18 mai 2022**

Remise du compte rendu de la réunion du 7 avril 2022 : aucune remarque.

#### **Thème 2 : Organisation de l'offre d'accompagnement à domicile et ses évolutions**

##### **1/Les Centres de Ressources Territoriaux (CRT)**

Un décret du 27 avril 2022 détaille les modalités de déploiement des Centres de ressources territoriaux pour personnes âgées, dispositif créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Le cahier des charges prévoit que le porteur est soit un EHPAD soit un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). Le CRT devra proposer 2 types de prestations :

- un volet animation, prévention, mobilisation des acteurs ressources
- un volet sur le parcours de la personne âgée (mobilisation d'accompagnements complémentaires).

Les prérequis sont d'avoir un médecin coordonnateur ou une convention de partenariat avec un médecin et de disposer d'infirmières pour pouvoir faire des interventions en urgence de nuit. La problématique est le déficit existant de moyens et l'absence de possibilité de mutualiser. L'enveloppe prévue est de 400.000 € par CRT. Ce dispositif ne doit pas se substituer à ce qui existe.

Le dispositif peut être intéressant mais il faudrait une vision sur l'ensemble du territoire avec l'ensemble des acteurs et pas d'appropriation par un seul acteur. Il ne faut pas déséquilibrer le partenariat local. De plus, il est difficile de remplir les prérequis pour notre territoire : trouver une infirmière (difficultés actuelles de recrutement) et problème des délais d'interventions imposés. Même si on n'obtient pas de labellisation, on peut s'inspirer du dispositif (ex : prévoir des consultations de médecins dans les locaux des EHPAD ouvertes aux personnes âgées vivant aux alentours). C'est l'ARS qui finance et autorise les CRT, après avoir sollicité l'avis du Département.

##### **2/ Le lien entre le domicile et l'établissement**

Il faut travailler le lien entre le domicile et l'établissement. Les bonnes coordinations ne sont pas toujours continues et globales. Pour les familles et les personnes âgées, les EHPAD sont trop chers. Le Département de l'Indre est très attentif au reste à charge et tient à ne pas laisser augmenter les tarifs. Même si tout le monde partage le besoin de ressources supplémentaires pour accompagner les personnes âgées accueillies en EHPAD, ce ne peut être les personnes âgées, via le tarif hébergement, qui financent.

A domicile, il n'y a pas d'autres ressources que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile et les prestations de soins. Le domicile est insuffisamment médicalisé. Pour réussir le « virage domiciliaire », il faudra prendre en compte les besoins de soins à domicile. Or, les modes de financement sont différents. Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont financés par la Sécurité Sociale.

En EHPAD, on est obligé de payer mais la prise en charge de la dépendance à domicile a aussi un coût auquel la personne âgée doit accepter de participer si elle veut le même accompagnement qu'en EHPAD. Elle doit accepter de financer des heures supplémentaires par rapport à ce dont elle peut



bénéficier dans le cadre de l'APA, pour parvenir au même niveau d'aide qu'en EHPAD.

### **3/ Les Services Autonomie à Domicile (SAD)**

Les SAAD peuvent ne pas passer en SAD mais il y a obligation pour les SSIAD de « se marier » avec les SAAD au plus tard en juin 2023. L'un des effets de cette réforme sera de transférer la charge administrative des SSIAD vers les SAAD. La difficulté est de réussir à « marier » des SSIAD publics avec des SAAD privés. Au regard de l'offre existante, il n'y a pas lieu de créer des SAAD publics mais il faudra trouver une solution pour les SSIAD publics. Une option juridique serait de créer un GCESMS avec les structures du territoire mais il faudrait résoudre la difficulté de la cohérence territoriale (les zones d'intervention des SAAD) et déterminer ce qui est mis en commun (pas les personnels d'intervention mais uniquement les fonctions support).

Autre problème : la couverture du territoire. Tous les SAAD de l'Indre sont autorisés pour intervenir sur tout le territoire de l'Indre (il n'y a pas de territorialisation des SAAD) alors que les SSIAD sont territorialisés.

La totalité des textes nécessaires à la mise en œuvre de cette réforme ne sont pas encore parus.

### **4/ La « dotation qualité » des SAAD**

La loi de finance et un décret du 28 avril 2022 organisent un dispositif de valorisation financière pour les SAAD entrant dans un processus d'amélioration de leur qualité, à hauteur de 3€/h.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2022, le Département va lancer un appel à candidature pour que les SAAD qui entreront dans la démarche puissent bénéficier de la dotation complémentaire de 3 € de l'heure pour compenser un certain nombre d'actions relatives à la prise en charge des bénéficiaires (continuité de services, intervention sur des territoires isolés etc.).

### **5/ La prise en charge en soins**

Il est constaté qu'il y a un sous-accès et une sous-prise en charge des personnes en perte d'autonomie à domicile.

Il y a des listes d'attente au niveau des SSIAD et les difficultés de prises en charge sont majorées le week-end du fait qu'il y a moins de tournées qu'en semaine. Une augmentation du nombre de places de SSIAD ainsi qu'une augmentation du temps de coordination (dotation complémentaire de coordination) pourraient permettre de mieux répondre à la prise en charge en soins des personnes à domicile.

Concernant les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), il est relevé qu'il serait judicieux de pouvoir augmenter le nombre de places car ces équipes ont un rôle préventif important.

Faut-il envisager un élargissement des missions des SSIAD : temps d'intervention la nuit ?

Il est important d'avoir une évaluation objective du coordonnateur pour savoir si la personne relève du SSIAD ou du SAAD et d'avoir un lien avec les médecins traitants qui, parfois, renouvellent les prises en charge SSIAD alors que la personne relèverait plutôt d'un SAAD du fait de l'absence de reste à charge. Il faudrait pouvoir enclencher la prise en charge après une évaluation des besoins de la personne.

Une autre difficulté concerne le manque ou l'absence de médecin traitant ainsi que la mobilité et l'accès aux soins par des spécialistes.

Il y a une problématique d'accès primaire au médecin traitant. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un nouveau dispositif sur l'Indre qui peut pallier en cas d'urgence mais n'a pas vocation à proposer une prise en charge pérenne. Ce serait un point à travailler avec les CPTS. Par exemple, si une situation problématique structurelle apparaît, serait-il envisageable d'avoir un « droit de suite » pour enclencher les bonnes prises en charge ?

Autre idée : développer une offre de soins sur des bassins de vie au sein des EHPAD.

Pour les Affections de Longue Durée (ALD), il est possible de solliciter l'OZANS pour restaurer l'accès au soin.

Autres questionnements : comment combler l'absence de visite à domicile par le médecin traitant ?  
Autre piste : travailler sur des formules pour que les praticiens viennent faire des consultations délocalisées à certains endroits (pharmacies, EHPAD mais pour l'ensemble des habitants).

## **6/ La coordination**

Il est relevé la nécessité de nouer des articulations, des complémentarités entre les professionnels. Il y a déjà des outils mis en place, comme les classeurs de liaison mais ils ne sont pas toujours mis en œuvre au quotidien.

Il y a existé déjà un conventionnement entre certains SAAD et les SSIAD.

L'outil numérique Sphère est en cours de déploiement sur le département mais ne permet pas le même partage d'informations en fonction des professionnels. Par ailleurs, la personne elle-même n'a pas accès aux informations de sa propre situation, ce qui est un point bloquant pour le Département.

Les coordinations gérontologiques ont un rôle de diffusion des informations, un rôle de prévention de la dépendance ainsi qu'un lien entre les partenaires dans le cadre du repérage des fragilités.

Le PRADO (mis en place récemment dans le département) est un service pour les personnes âgées après hospitalisation chirurgicale. C'est un dispositif d'accompagnement à domicile après hospitalisation (financement assurance maladie) par l'hôpital. Celui-ci ne propose pas d'accompagnement direct mais de la coordination. Cela consiste notamment en un appel téléphonique à la personne puis un lien qui est effectué auprès du médecin traitant.

Il est également important de pouvoir associer les infirmières en pratiques avancées.

la prochaine réunion du groupe de travail n° 2 aura lieu le 8 juin 2022.

## **SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL**

### **Groupe n° 2 : « Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit le lieu de vie »**

#### **Compte rendu de la réunion du 8 juin 2022**

Remise du compte rendu de la réunion du 18 mai 2022 : aucune remarque.

#### **Thème 3 : Attractivité des métiers du médico-social**

##### **1/ La formation des personnels**

Le groupe a fait le constat d'un problème de formation de base dans les recrutements ; il est donc souvent nécessaire de mettre en place des formations en interne.

Il faudrait pouvoir préciser clairement les missions des uns et des autres pour éviter que certains agents se retrouvent à exécuter une tâche pour laquelle ils n'ont pas la compétence requise.

Cette problématique se retrouve pour les postes d'ASH et d'Aides-soignants. Les ASH ont souvent moins de qualification car il n'est pas obligatoire d'avoir un diplôme pour exercer ces fonctions contrairement aux aides-soignants. Les ASH faisant fonction d'AS peuvent donc se retrouver en difficulté pour accomplir des gestes techniques auxquels ils n'ont pas été formés. Des qualifications peuvent être envisagées, mais elles ne sont pas obligatoires pour recruter des ASH, ce qui joue également sur l'attractivité de ces métiers.

Des formations communes à l'ensemble des établissements du Département pourraient être proposées afin de mutualiser les moyens et de faciliter l'accès à la formation pour les personnels. Un partenariat avec la Région pourrait être mis en place pour monter un programme de formations professionnalisantes (et non diplômantes) pour le personnel en interne. Un cahier des charges pourrait être établi précisant notamment les aspects organisationnels de ces formations pour qu'elles soient :

- proches des lieux de formation par rapport aux lieux de travail des agents
- organisées (plusieurs fois dans l'année)
- modulables, thématiques (nettoyage, alimentation...) et courtes (maxi de 6 jours/an)
- techniques et concrètes avec utilisation du matériel
- adaptées aux tâches confiées aux salariés
- et qu'elles recouvrent également des thématiques en lien avec la communication notamment auprès des familles, prise charge des usagers et des situations complexes...

La Région pourrait également proposer certaines de ces formations, sur lesquelles il reste des places, aux personnels des EHPAD et des SAAD, comme la formation sur « les savoirs de base » par exemple.

Il est important de pouvoir associer les SAAD dans ce programme de formations, qu'il ne soit pas seulement à destination des EHPAD, et ce afin de sortir de la concurrence dans les recrutements entre les EHPAD et les SAAD, d'autant que les liens entre ces institutions sont amenés à se renforcer et que les besoins sont partagés.

Actuellement, il existe déjà une offre de formation intéressante (comme les formations d'adaptation à l'emploi avec des financements spécifiques) mais les structures n'en ont pas toujours connaissance. Il est nécessaire de pouvoir partager l'information

Au-delà de la question de l'offre de formation et de sa nécessité, se pose la question de pouvoir permettre aux agents de se rendre à ces formations. En effet, compte tenu des charges de travail importantes, comment dégager du temps à l'agent pour lui permettre de se rendre en formation sans mettre en difficulté le service ? Comment amener la formation à l'agent ? Les formations obligatoires prennent déjà beaucoup de temps et coûtent cher.

Il faudrait pouvoir proposer des formations courtes (1/2 journée) après le travail (mais comprises dans le temps de travail). Il faut réorganiser le temps en interne pour que les absences pèsent le moins.

A noter que les actions-formations qui ont lieu directement sur les lieux de travail, avec un formateur qui observe l'agent travailler, sont difficiles à mettre en place.

Une autre piste pour amener les personnes vers ces métiers pourrait être de développer l'alternance.

Dans l'Indre, l'alternance est possible via deux filières :

- le contrat de professionnalisation via le GEIC
- le lycée agricole

Il faut développer l'accès à ces métiers par l'apprentissage et diffuser l'information autour de l'existence de ces dispositifs.

Dans l'Indre, il manque une MFR (Maison Famille Rurale) qui pourrait dynamiser l'offre de formation initiale. Il faut saisir toutes les occasions pour faire connaître ces métiers, les informations doivent circuler et les partenaires doivent être sollicités.

Une autre piste enfin porte sur des VAE pour faire évoluer la carrière des agents, mais ce dispositif est complexe et souvent n'aboutit pas. Les formations qualifiantes sont plus rapides et plus efficaces.

Au sein des établissements et des services les difficultés de recrutement concernent tous les domaines et pas uniquement celui du soin (ex des postes en cuisine).

## **2/ Pénibilité – difficultés de recrutement**

Les profils des salariés actuels nécessitent une adaptation des contrats de travail, une évolution des conditions de travail (contraintes horaires, pénibilités, temps passé au travail...) et du contenu du travail.

Le risque peut être que les établissements et services doivent plus s'adapter aux salariés qu'aux usagers. Il ne faut pas que cela se fasse au détriment de la prise en charge des résidents. La qualité de service doit être maintenue.

En parallèle, les exigences des usagers et de leurs familles sont de plus en plus importantes. Il est nécessaire de trouver un équilibre. Il faut à la fois adapter les prises en charge pour qu'elles continuent d'être de qualité et adapter les organisations de travail.

Les conditions de travail impactent les recrutements et accentuent les difficultés.

## **3/ Problème du glissement des tâches**

Actuellement les établissements fonctionnent en mode dégradé.

L'absentéisme important et les difficultés de pourvoir les postes vacants entraînent des glissements de tâches qui épuisent les professionnels présents.

Les gestionnaires d'établissements sont confrontés à trois difficultés majeures qui impactent le fonctionnement des structures :

- la gestion des plannings
- le recrutement
- la gestion de l'absentéisme.

Les SAAD constatent surtout un désengagement des SSIAD occasionnant un glissement des tâches

effectuées par les aides-soignants vers les personnels des SAAD. De même, pour l'HAD, les conditions d'intervention étant très strictes (présence d'aidants), certaines situations ne sont pas prises en charge et restent donc à la charge des SSIAD-SAAD.

En EHPAD, le glissement se fait des infirmiers vers les AS puis vers les ASH.

Certains personnels manquent de compétences, notamment les intérimaires qui sont peu formés et peu investis, ce qui peut mettre en danger la sécurité des usagers, des résidents.

Il serait intéressant de revoir le recrutement des intérimaires avec la mise en place d'un « vivier » fidèle en partenariat avec les agences d'intérim. Le recours à l'intérim reste compliqué dans le secteur public.

La plateforme « Parcours sup » a entraîné un problème de formation dans les IFSI (écoles d'infirmiers) :

- beaucoup d'élèves ne vont pas au bout de la formation
- Il faudrait obliger les jeunes infirmiers à débiter leur carrière là où ils ont été formés et
- interdire l'intérim pour les sortants d'école car ces derniers manquent de compétences et ne sont pas encore en mesure de s'adapter à tous les univers professionnels.

#### **4/ Quelles solutions pour créer de l'attractivité ?**

Question qui reste centrale :

- Changer l'image des EHPAD, des services d'aide à domicile.
- Quels services peut-on rendre aux personnels qui travaillent dans les établissements et services pour leur donner envie de rester et de s'investir ? L'une des piste serait de prendre en compte les situations familiales car beaucoup de mères célibataires travaillent en établissement avec des problèmes de garde pour leurs enfants. La vie des équipes pourrait être facilitée en proposant un système de conciergerie mais cela a un coût.
- Travailler et réfléchir autour des questions relatives à la QVT (Qualité de Vie au Travail).

la prochaine et dernière réunion du groupe de travail n°2 aura lieu le 30 juin 2022 et sera consacrée à la thématique des « aidants ».

## SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

### Groupe n° 2 : « Accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit le lieu de vie »

#### Compte rendu de la réunion du 29 juin 2022

Remise du compte rendu de la réunion du 8 juin 2022 et du document d'analyse du questionnaire envoyé à l'ensemble des SSIAD du département de l'Indre.

#### Remarques sur le compte-rendu :

- page 2, retenir GEIQ au lieu de GEIC
- page 3, retenir le 29 juin au lieu du 30 juin comme annoncé

#### Remarques sur l'analyse du questionnaire SSIAD :

- importance du SSIAD en secteur public à prendre en compte dans l'optique de la constitution des futurs Services Autonomie à Domicile (SAD)
- grande hétérogénéité dans le nombre de places de SSIAD
- les 2/3 des SSIAD ont moins de 10 ETP
- difficultés de recrutement et de gestion du personnel
- difficultés de coordination
- prise en charge SSIAD sous condition de prescription faite par le médecin traitant : il peut y avoir une pression du patient pour solliciter une prescription mais toutes les prescriptions ne font pas forcément l'objet d'une prise en charge. Pour le renouvellement de la prescription, le SSIAD évalue si celui-ci est nécessaire (peut décider de ne pas envoyer la demande au médecin traitant).
- conditions d'intervention de l'HAD trop restrictives : nécessité de présence d'un aidant au domicile
- rappel que la compétence du soin relève de l'Agence Régionale de Santé, qu'elle n'est pas présente aux réunions du schéma départemental malgré l'invitation, ce qui limite les échanges sur ce sujet pourtant important
- problème des critères d'inclusion pour la création des SAD : comment l'admission et la prescription vont se faire dans ces services ? Comment mobiliser les infirmiers et aides-soignants ?
- les décrets concernant la réforme du financement des SSIAD ne sont pas encore parus
- il est nécessaire de communiquer pour faciliter l'accès au SSIAD mais aussi aux soins en général
- l'absence de médecin traitant génère des difficultés importantes pour les prises en charge en SSIAD (seules certaines pathologies validées permettent de passer outre l'absence de médecin traitant).

## Thème 4 : Les aidants

Comment mieux prendre en compte les aidants, les accompagner ?

### 1/ Reconnaître l'aidant

La définition de l'aidant : un non-professionnel, ce peut être un ou des membres de la famille, des amis, voisins... L'aidant accompagne la personne âgée mais ne doit pas être un supplétif des professionnels. Le conjoint est un aidant familial naturel et, souvent confronté à une fatigue importante qui peut amener à une situation d'urgence. Il faut tenir compte de deux phénomènes de société : l'éloignement géographique des aidants (notamment des enfants) et la destructuration des familles.

Quand il existe plusieurs aidants, il peut y avoir des dissensions, les professionnels doivent composer et apporter de la cohésion à l'accompagnement. Il existe des cadres juridiques : les droits et obligations du conjoint définis par le code civil, l'habilitation familiale, la médiation familiale, le mandat de protection future, la mise sous protection, le recours éventuel à des services externalisés (par exemple la plateforme de répit).

La participation des aidants évolue dans le temps : elle augmente au fur et à mesure en nombre de tâches et en temps passé auprès de la personne âgée. Quand les aidants demandent de l'aide, ils sont déjà épuisés par l'accompagnement. De plus, quand il s'agit de faire appel à des tiers extérieurs, les aidants éprouvent de la culpabilisation.

Comment prendre en considération l'aidant dans l'accompagnement ? Comment peut-on l'aider dans son rôle ?

L'aidant souhaite être pris en considération par les professionnels. On a parfois tendance à prendre en compte l'aidant « quand il gêne » alors qu'il faut l'intégrer aux équipes, il faut partager la prise en charge avec l'aidant. Il faut examiner la situation plus souvent et ne pas attendre que le problème s'installe. Aujourd'hui, la grande dépendance à domicile ne peut pas fonctionner sans aidant de proximité non professionnel. Il faut une continuité par un aidant non professionnel. La coordination est souvent assurée par l'aidant. Aussi, il est important de lui reconnaître d'emblée un rôle et l'inclure systématiquement dans les prises en charge.

## **2/ Soutenir l'aidant dans son rôle**

Au-delà de la reconnaissance, comment faire pour soutenir le rôle de l'aidant dans la durée ?

Il existe des outils pour la personne âgée et ses aidants :

### **- les crédits de la Conférence des financeurs**

Une enveloppe dédiée aux actions collectives en faveur des aidants.

### **- la plateforme de répit**

Elle a une mission de soutien psychologique et de mise en place des temps de répit pour les aidants. Elle a aussi une mission d'information grand public : présence lors de la journée nationale des aidants le 6 octobre, mise en ligne sur le site de la plateforme de toutes les informations utiles (groupes de parole, actualités, annuaire des services disponibles ...). L'objectif est de développer son action au-delà du cadre des maladies neurodégénératives. Sur sa mission d'information, la plateforme couvre l'ensemble du territoire indrien, ce qui n'est pas le cas pour sa mission de soutien psychologique.

### **- les dispositifs d'outils numériques partagés pour l'accès aux informations concernant la personne âgée**

Ils peuvent être intéressants mais il faut les faire évoluer car ils ne prennent pas en compte les aidants. L'information est cloisonnée en fonction du statut de soignant ou de non soignant, l'utilisateur et l'aidant n'y ont pas accès (exemples de difficultés pour l'accès au compte AMELI). Tout passe par le numérique ce qui pose un problème d'accès au droit pour les personnes éloignées du numérique. La Conférence des financeurs a prévu des actions à mettre en œuvre pour faciliter l'accès au numérique.

Dans la Région Centre-Val de Loire, un outil de coordination est en cours de déploiement : l'outil SPHERE. Il présente l'inconvénient de la double saisie pour les professionnels, des difficultés d'interopérabilité avec les outils internes et d'accès de l'utilisateur.

### **- le congé de proche aidant**

Le dispositif ne fonctionne pas suffisamment. L'indemnisation est faible. Le dispositif concerne plus souvent les femmes. Il n'est pas pris en compte par les retraites complémentaires.

**- des temps de rencontre mensuelle sur une thématique particulière** (alimentation, toilette ...)

Les aidants ne viennent pas facilement à des « groupes de parole ». Pour que les aidants acceptent de se déplacer, il ne faut pas expliciter trop les choses car l'aveu de vulnérabilité est très compliqué à reconnaître. Il faut proposer des thématiques comme l'alimentation, l'aide à la toilette sur des temps variés en horaire et proposer aussi des animations pour la personne âgée. Les rencontres peuvent être transversales pour le domicile et l'EHPAD.

**- la formation des professionnels**

Les professionnels doivent pouvoir repérer les aidants susceptibles d'être concernés par un besoin de soutien et anticiper le besoin avant que l'aidant ne soit en rupture, trop fatigué par la prise en charge de la personne âgée. Ils doivent apprendre à travailler avec l'aidant qui lui-même peut aider les professionnels à structurer les postures. Il y a nécessité de faire évoluer les équipes pour faire reconnaître la place et le rôle des aidants et donner du sens à l'accompagnement de la personne âgée en tenant compte de son environnement. Le professionnel doit savoir pourquoi il fait les choses et pouvoir l'expliquer à l'aidant.

**- l'hébergement temporaire**

L'hébergement temporaire existe et est à faire mieux connaître. C'est une vraie solution de répit pour les aidants. Le coût peut être pris en charge dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile par remboursement sur présentation de la facture acquittée. Le coût peut être un frein pour ceux qui n'ont pas de droit ouvert à l'APA. De plus, il faut avancer l'argent.

**- les chambres relais**

Il peut être fait appel au dispositif des chambres relais soit en cas de défaillance de l'aidant soit en cas de sortie d'hospitalisation de la personne âgée dont le logement nécessite des aménagements avant son retour.

**- l'outil SOLIGUIDE**

Il est rappelé qu'en cas de demande d'hébergement d'urgence sociale, il existe l'outil SOLIGUIDE, géré par l'UDAF, qui permet de trouver toutes les informations nécessaires pour mieux orienter les personnes vers les services et dispositifs d'aide.

En cas d'absence d'aidant, il faut penser à activer les dispositifs de mise sous protection de la personne âgée.

**3/ Comment prendre en compte les possibles conflits entre aidants**

En cas de conflits entre aidants sur la manière d'accompagner la personne âgée, comment se positionner ? Plusieurs solutions existent :

- en EHPAD, organiser une réunion collective avec les aidants et le résident en présentiel, en visioconférence ou encore par téléphone
- communiquer sur le mandat de protection future, sur l'habilitation familiale
- saisir le procureur dans le cadre du mandat spécial
- prévenir les conflits : lors d'un premier entretien, savoir qui sont les aidants, comment ils s'entendent, dès l'intervention d'un premier professionnel (SSIAD, aide à domicile), il faut expliquer comment s'installe la dépendance.
- faire une information à l'entrée en EHPAD sur l'aide sociale à l'hébergement (avoir un outil explicatif)
- pouvoir proposer de la médiation par le biais des services de médiation familiale (n'existent pas encore dans l'Indre sur cette thématique)
- rappeler qu'il n'y a pas d'admission en EHPAD sans consentement de la personne âgée.



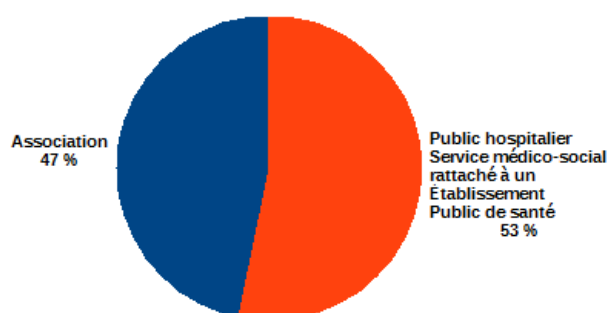
# Analyse questionnaire SSIAD

Le questionnaire a été envoyé à l'ensemble des SSIAD du département de l'Indre, soit 15 structures. Tous les SSIAD ont complété et retourné le questionnaire. La présentation suivante analyse les différentes réponses recueillies.

## Présentation du SSIAD

### STATUT JURIDIQUE DE LA STRUCTURE

Répartition des SSIAD selon leur statut juridique

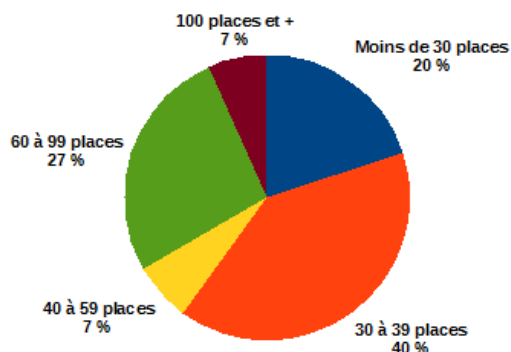


47% des SSIAD fonctionnent en structure associative, les autres services (soit 53%) sont rattachés au secteur public.

## Fonctionnement du SSIAD

### NOMBRE DE PLACES AUTORISÉES ET INSTALLÉES

Répartition des SSIAD selon le nombre de places autorisées et installées



Pour l'ensemble des réponses, le nombre total de places autorisées et installées, personnes âgées et en situation de handicap, est de 698. Une seule structure dispose de places autorisées et installées pour personnes en situation de handicap à hauteur de 17 places.

60% des établissements disposent de moins de 40 places autorisées et installées et 1 établissement a une capacité supérieure à 100 places (soit 7% des places autorisées et installées).

### **HORAIRES ET JOURS D'INTERVENTION**

Les horaires d'intervention des SSIAD sont variables d'une structure à l'autre.

3 sur 15 n'interviennent que les matins (de 7h à 14h +/-).

6 sur 15 interviennent le matin puis l'après-midi avec une coupure entre midi et 14h (voir 15h, 16h ou 17h).

6 sur 15 font des journées continues (en moyenne de 7h à 20h).

De plus, 100% des SSIAD ont déclaré avoir une activité 7 jours sur 7.

### **ASTREINTES**

5 SSIAD ont déclaré faire des astreintes de semaine et de week-end.

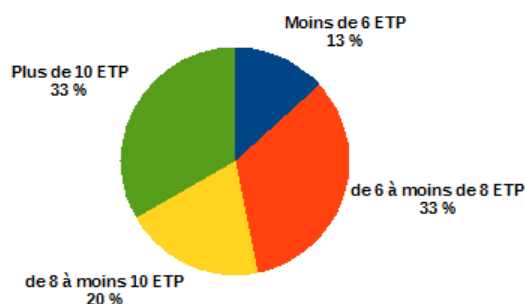
2 ont rajouté un commentaire pour préciser que sans faire d'astreinte l'IDEC avait un portable sur lequel elle restait joignable facilement et rapidement.

## Organisation du SSIAD

L'effectif en personnel ETP pour l'ensemble des SSIAD est de 165,67, dont 19,55 en fonction support et 146,12 en effectif d'intervention qui se répartissent comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

| Effectifs d'intervention (en ETP) | Nb    | Commentaires                                                 |
|-----------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------|
| Aides médico-psychologique        | 1     |                                                              |
| Assistant social                  | 0     |                                                              |
| IDE                               | 15,66 | + IDE libéraux<br>cabinets des<br>secteurs de 11<br>communes |
| Autres                            | 71,37 | + Ergothérapeute<br>de façon<br>ponctuelle                   |
| Total                             | 88,03 |                                                              |

Répartition des SSIAD selon leur effectif de personnel



Nb de SSIAD selon l'effectif du personnel

|                        | Nb | %    |
|------------------------|----|------|
| Moins de 6 ETP         | 2  | 13%  |
| de 6 à moins de 8 ETP  | 5  | 33%  |
| de 8 à moins de 10 ETP | 3  | 20%  |
| Plus de 10 ETP         | 5  | 33%  |
| Total                  | 15 | 100% |

66% des structures ont un affectif inférieur à 10 ETP.

Les SSIAD indiquent que ce sont surtout les aides-soignants qui font défaut. Une structure indique également avoir un poste d'IDEC vacant de 0,57 ETP.

## Activité du SSIAD

Le nombre d'intervention réalisées par le personnel soignant au cours de l'année 2021, a été renseigné diversement par les SSIAD, parfois évoquant le nombre d'heures d'intervention ou le nombre d'interventions, de passages, de visites... ou encore le nombre de journées.

Le tableau présenté ci-dessous récapitule au mieux l'ensemble des réponses en prenant en compte les spécificités de fonctionnement de chacun.

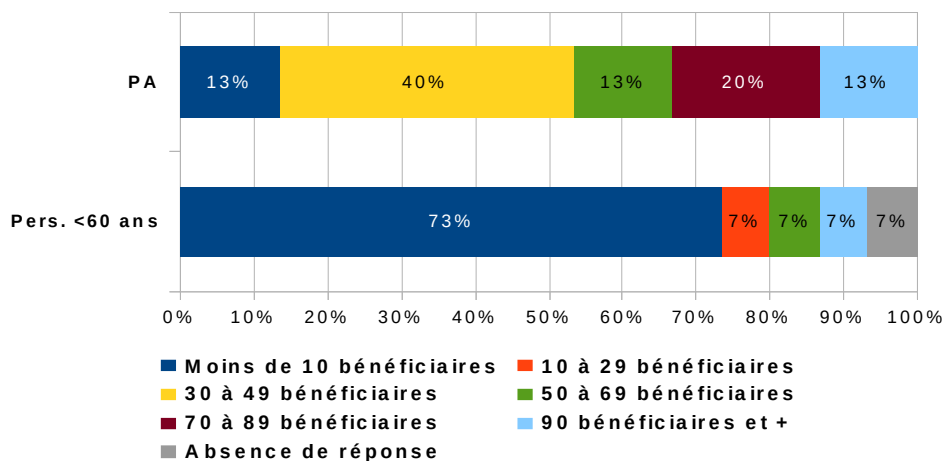
| Nom de l'organisme                              | Nb d'heures d'intervention réalisées par le personnel soignant au cours de l'année 2021                                                                    | Nb d'heures    | Nb d'interventions | Nb de journées  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| ADSPA-SSAID Argenton                            | 62328 heures d'intervention pour les aides-soignantes, 469 intervention (pas en heures) pour les IDE, 97 interventions (pas en heures) pour la psychologue | 62 328         | 566                |                 |
| SSIAD Saint Plantaire                           | 7844                                                                                                                                                       | 7 844          |                    |                 |
| ASMAD Châteauroux                               | 48028 interventions pour une moyenne de 1h05/patient                                                                                                       |                | 48 028             |                 |
| ASMAD SSIAD Tournon-Saint-Martin                | 6637 visites sur 4027 jours sur l'année                                                                                                                    |                | 6 637              | 4 027,0         |
| SSIAD Châtillon-sur-Indre                       | 17027                                                                                                                                                      | 17 027         |                    |                 |
| SSIAD La Châtre                                 | Annualisation de 1547h par agent/an. En 2021, 21106 passages                                                                                               |                | 21 106             |                 |
| Association Mieux-Vivre SSIAD de Saint-Gaultier | 9130 journées réalisées                                                                                                                                    |                |                    | 9 130,0         |
| SSIAD Valençay                                  | Pour AS : nb de journées réalisées en accompagnement permanent = 13172<br>Pour le CDS = 107,5 jours                                                        |                |                    | 13 279,5        |
| EHPAD Le Bois Rosier – SSIAD                    | Pour AS : nb de journées réalisées en accompagnement permanent = 7045<br>Pour le CDS = 172 jours                                                           |                |                    | 7 217,0         |
| SSIAD Levroux                                   | Pour AS : nb de journées réalisées en accompagnement permanent = 8711<br>Pour le CDS = 107,5 jours                                                         |                |                    | 8 818,5         |
| SSIAD CH Issoudun                               | AS = 20280 H + 482 H sup soit 20762 H<br>IDEC = 3040 H + 127 H sup soit 3167 H<br>Total : 23929                                                            | 23 929         |                    |                 |
| SSIAD Le Blanc                                  |                                                                                                                                                            |                |                    |                 |
| ASSIDO SSIAD                                    | 9444                                                                                                                                                       | 9 444          |                    |                 |
| SSIAD Le Castel                                 | 7228 h (aides soignants)                                                                                                                                   | 7 228          |                    |                 |
| SSIAD CH Buzançais                              | 90909                                                                                                                                                      | 90 909         |                    |                 |
| <b>TOTAL</b>                                    |                                                                                                                                                            | <b>218 709</b> | <b>76 337</b>      | <b>42 472,0</b> |

## Nombre de personnes prises en charge

### BÉNÉFICIAIRES ACCUEILLIS AU COURS DE L'ANNÉE 2021

Les SSIAD ont accueilli sur l'année 2021, **1080 personnes** dont 177 personnes âgées de moins de 60 ans (handicapées ou atteintes de pathologies chroniques) et 903 personnes âgées.

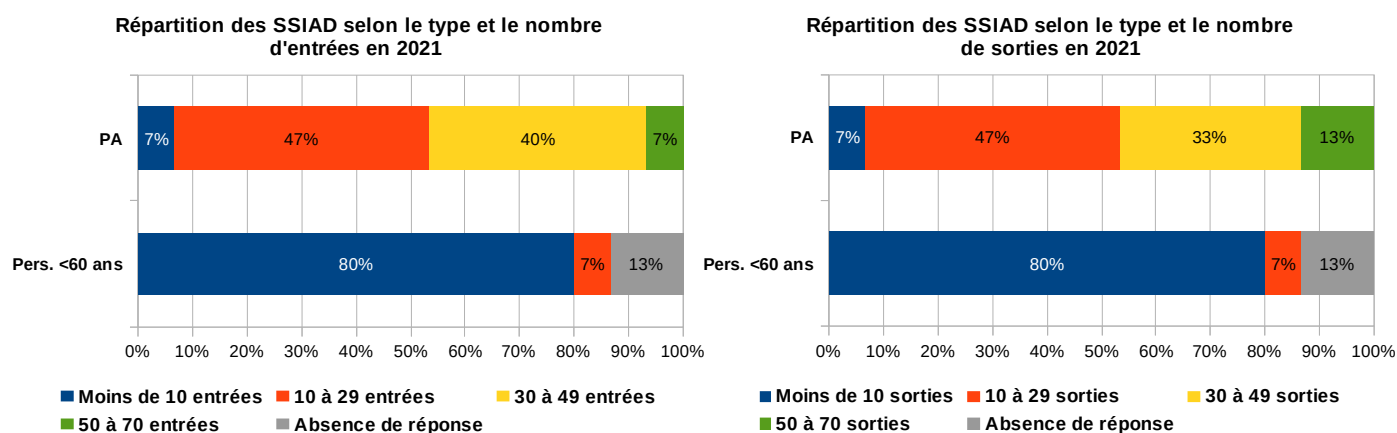
Répartition des SSIAD selon le type et le nombre de bénéficiaires accueillis en 2021



40% des structures (soit 40%) ont accueilli de 30 à 49 bénéficiaires au cours de l'année 2021.

## NOMBRE D'ENTRÉES ET DE SORTIES AU COURS DE L'ANNÉE 2021

L'ensemble des SSIAD enregistre un nombre total d'**entrées de 474** et un nombre de **sorties de 490** au cours de l'année 2021.



47% des SSIAD ont enregistré entre 10 et 30 entrées et sorties au cours de l'année 2021.

## Difficultés rencontrées par les SSIAD

13 SSIAD sur 15 indiquent rencontrer des difficultés à assurer leur activité pour les raisons suivantes :

- Problème de personnel :
  - Difficultés de recrutement notamment des aides-soignants et IDEC, et de remplacement : lors des congés maladie ;
  - Absence de médecins traitants : difficulté de suivi des patients et prolongation ;
  - Fort taux d'absentéisme, un SSIAD précise que ce dernier était de 3,68% en 2020 et est passé à 13% en 2021. L'absentéisme impacte les admissions et augmente la charge de travail pour les agents présents ;
  - Conséquence : nombre de tournées diminuées le week-end et les jours fériés, les patients les plus dépendants sont priorisés et les autres sont orientés vers les SAAD dont la charge de travail augmente.
- Difficultés de coordination :
  - avec les évaluatrices APA et avec les SAAD pour organiser les relais avec les aides à domicile.
  - Manque de communication entre l'hôpital et le domicile. Difficulté pour faire le relais avec les SAAD ou pour faire des binômes AS/AVS sur des situations complexes ;
  - Moins de temps pour le travail en équipe ;
- Réglementation :
  - Le fait de devoir conserver les places 14 jours.
- Evolution des demandes :
  - Augmentation des temps de soin ;
  - Exigences des familles sur les créneaux horaires.
- Frais de structure :
  - Augmentation des frais d'IDEC avec modification de la nomenclature NGAP + Covid + essence.

# **ANNEXE 2**

## **RÉUNION DE LANCEMENT DU 28 FÉVRIER 2022**

# Schéma gérontologique départemental 2023-2028

**Réunion de lancement  
du 28 février 2022**



**I- Environnement démographique**

**II- Une offre de services diversifiée**

**III- Actions de prévention et de coordination**

**IV- Budget**

**V- Groupes de travail**

# I- Environnement démographique

- Données générales
- Indicateurs démographiques
- Population âgée
- Lieux de vie
- Population des ménages
- Taux de pauvreté
- Niveau de vie
- Revenu disponible

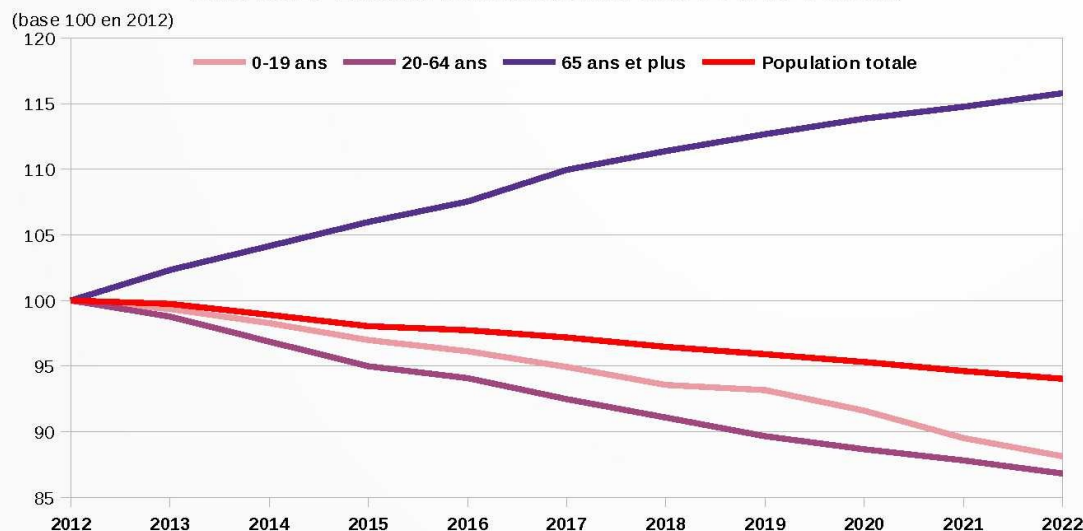


# I- Environnement démographique

## Données générales

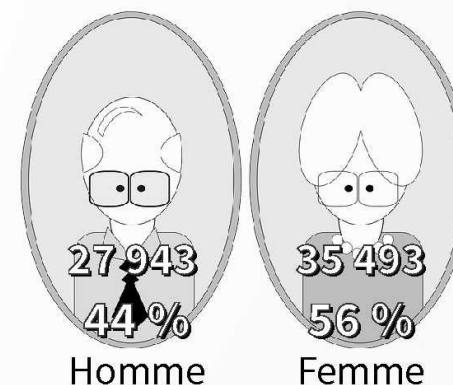
Evolution de la population estimée par tranche d'âge du 1er janvier 2012 au 1er janvier 2022

Source : INSEE - Estimations de population (données 2020, 2021 et 2022 provisoires)



La population des 65 ans et plus est passée de 54 781 à 63 436 entre 2012 et 2022 soit une variation de 15,8% alors que la population du département a diminué de 6 % sur la même période.

Population des 65 ans et plus  
au 01-01-2022



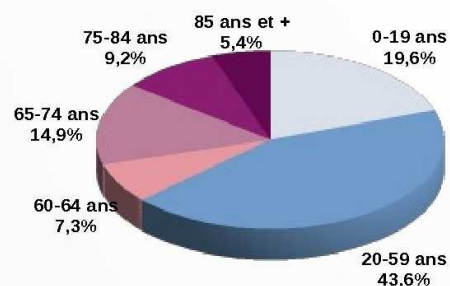
| Département de l'Indre<br>Estimations de la population<br>Au 1er janvier 2022<br>source : INSEE - Estimations de population |         |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Données provisoires                                                                                                         | Femmes  | Hommes  | Total   |
| 0 à 19 ans                                                                                                                  | 20 432  | 21 684  | 42 116  |
| 20 à 64 ans                                                                                                                 | 55 096  | 54 383  | 109 479 |
| 65 à 74 ans                                                                                                                 | 16 656  | 15 449  | 32 105  |
| 75 à 84 ans                                                                                                                 | 11 028  | 8 670   | 19 698  |
| 85 à 94 ans                                                                                                                 | 6 818   | 3 565   | 10 383  |
| 95 ans et plus                                                                                                              | 991     | 259     | 1 250   |
| Total                                                                                                                       | 111 021 | 104 010 | 215 031 |

# I- Environnement démographique

## Données générales

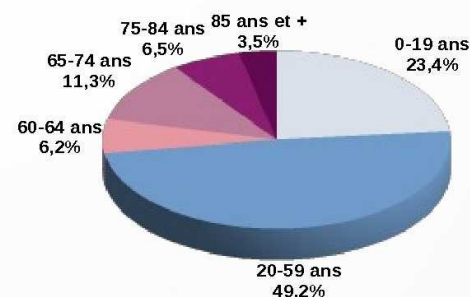
**DEPARTEMENT DE L'INDRE**  
Répartition par grandes classes d'âge  
estimations au 1er janvier 2022

Source : INSEE - Estimations de population  
(données provisoires - actualisées en janvier 2022)



**FRANCE METROPOLITAINE**  
Répartition par grandes classes d'âge  
estimations au 1er janvier 2022

Source : INSEE - Estimations de population  
(données provisoires - actualisées en janvier 2022)



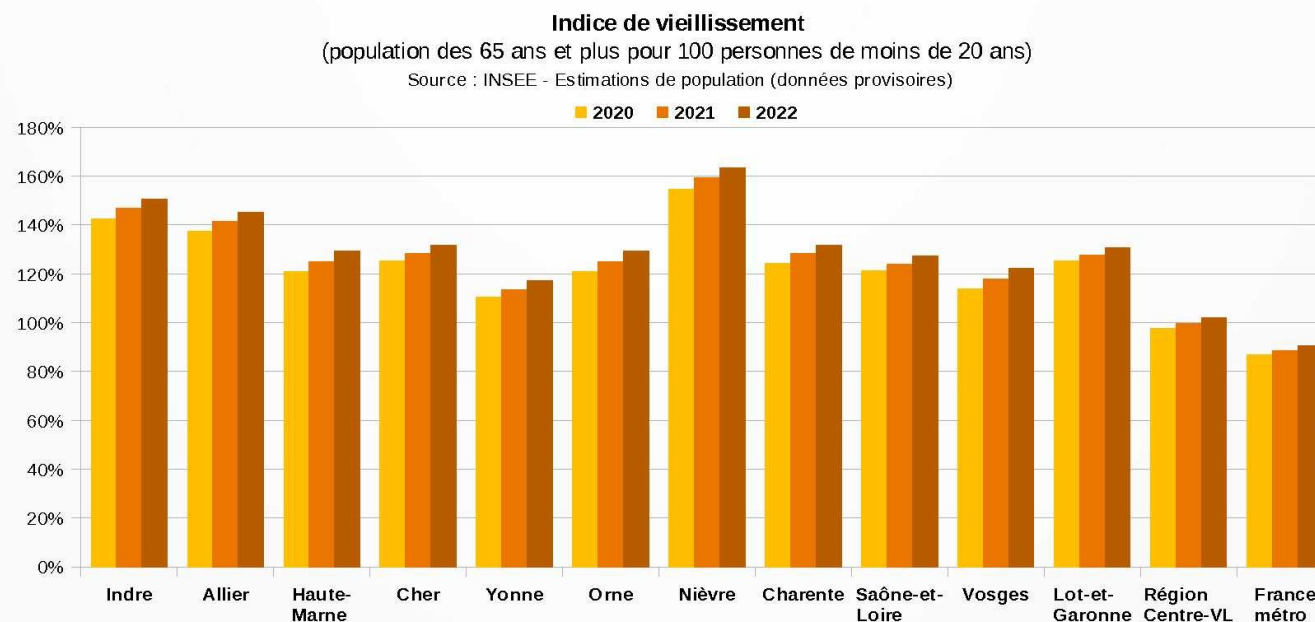
La part des 60 ans et plus représente 36,8 % dans l'Indre et 27,4 % en France métropolitaine.

Pour les plus de 60 ans, la tranche d'âge la plus représentée dans l'Indre est celle des 65-74 ans (15%).

# I- Environnement démographique

## Indicateurs démographiques

*Comparatif entre l'Indre et les départements dits de proximité : la comparaison des départements repose sur une distance calculée à partir de 34 indicateurs socio-démographiques. L'échantillon retient les 10 départements les plus proches de l'Indre.*



Une situation démographique de vieillissement confirmée même au regard de la situation des départements comparables.



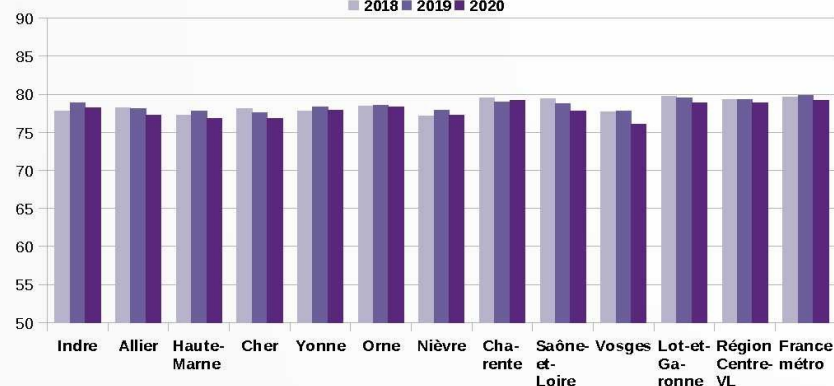
# I- Environnement démographique

## Indicateurs démographiques

Espérance de vie des HOMMES à la naissance (en année)

Sources: INSEE, état civil, estimations de population

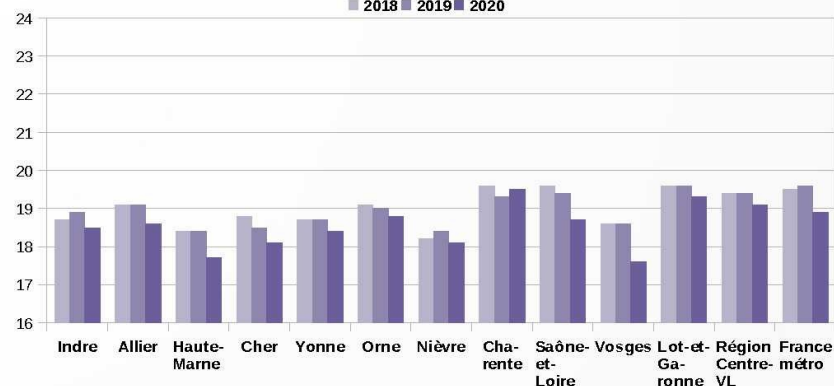
■ 2018 ■ 2019 ■ 2020



Espérance de vie des HOMMES à 65 ans (en année)

Sources: INSEE, état civil, estimations de population

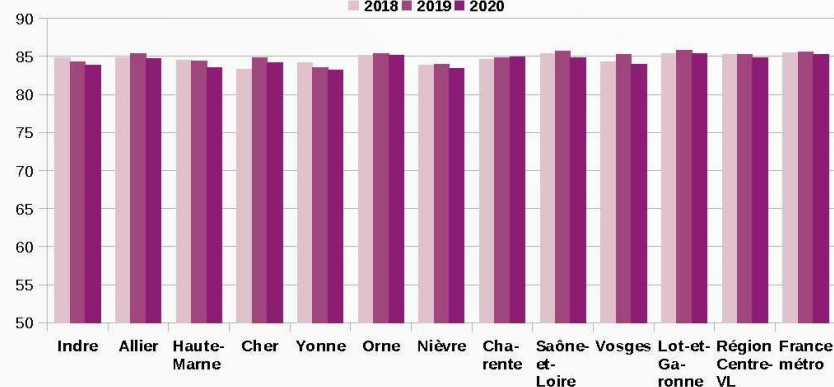
■ 2018 ■ 2019 ■ 2020



Espérance de vie des FEMMES à la naissance (en année)

Sources: INSEE, état civil, estimations de population

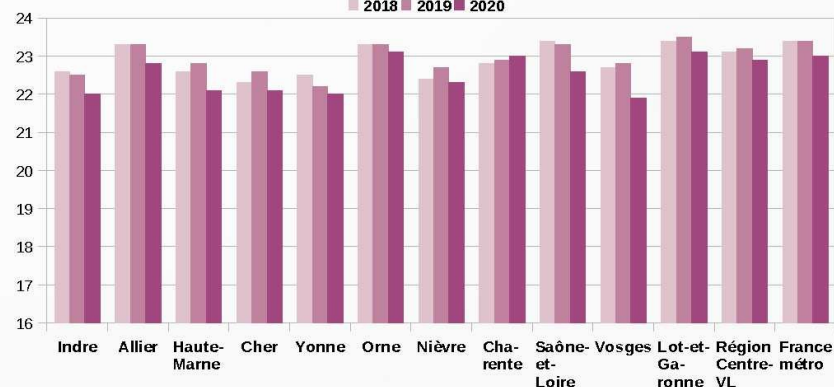
■ 2018 ■ 2019 ■ 2020



Espérance de vie des FEMMES à 65 ans (en année)

Sources: INSEE, état civil, estimations de population

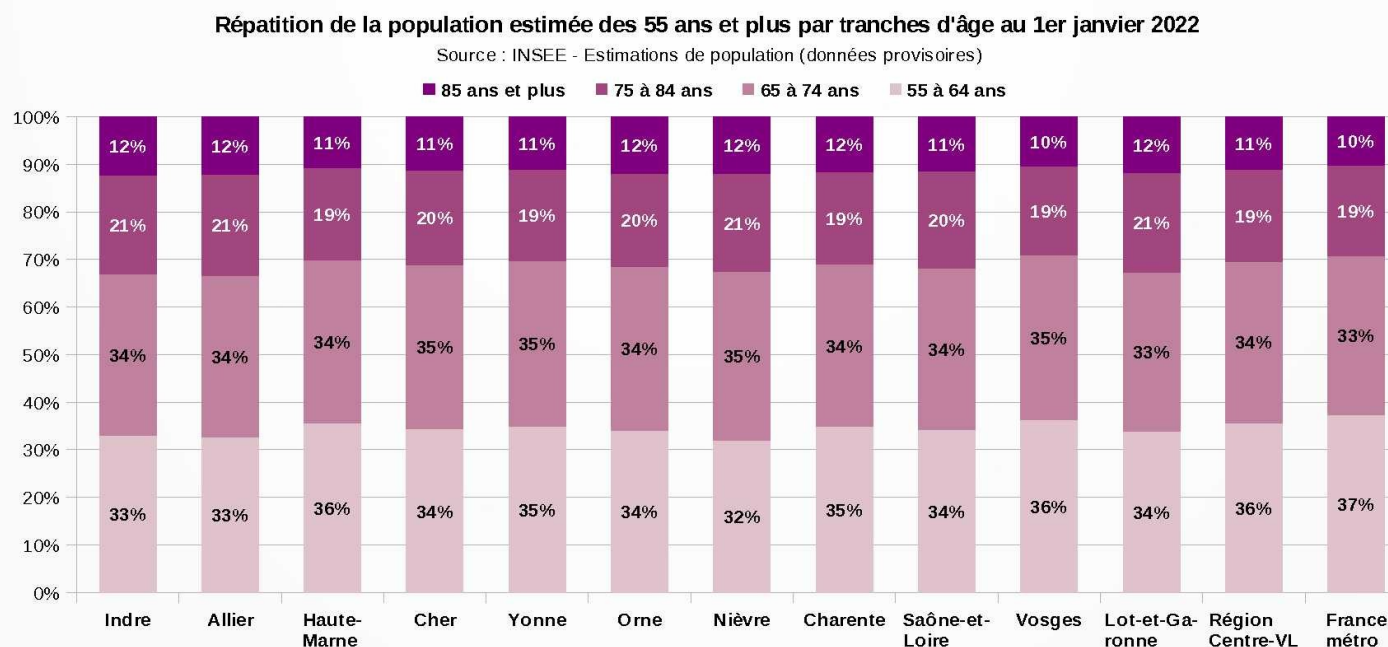
■ 2018 ■ 2019 ■ 2020



Une espérance de vie qui reste toujours supérieure pour les femmes et qui a cessé d'augmenter. Une espérance de vie à 65 ans un peu moins favorable dans l'Indre pour les hommes et pour les femmes.

# I- Environnement démographique

## Population âgées (estimations de population)



La situation est très similaire aux départements comparables, même si l'Indre fait partie des départements ayant la part des 75 ans et plus la plus élevée.

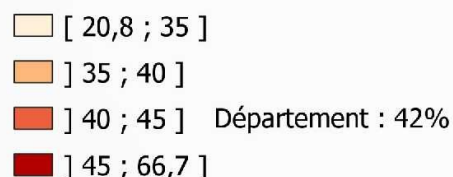


# I- Environnement démographique

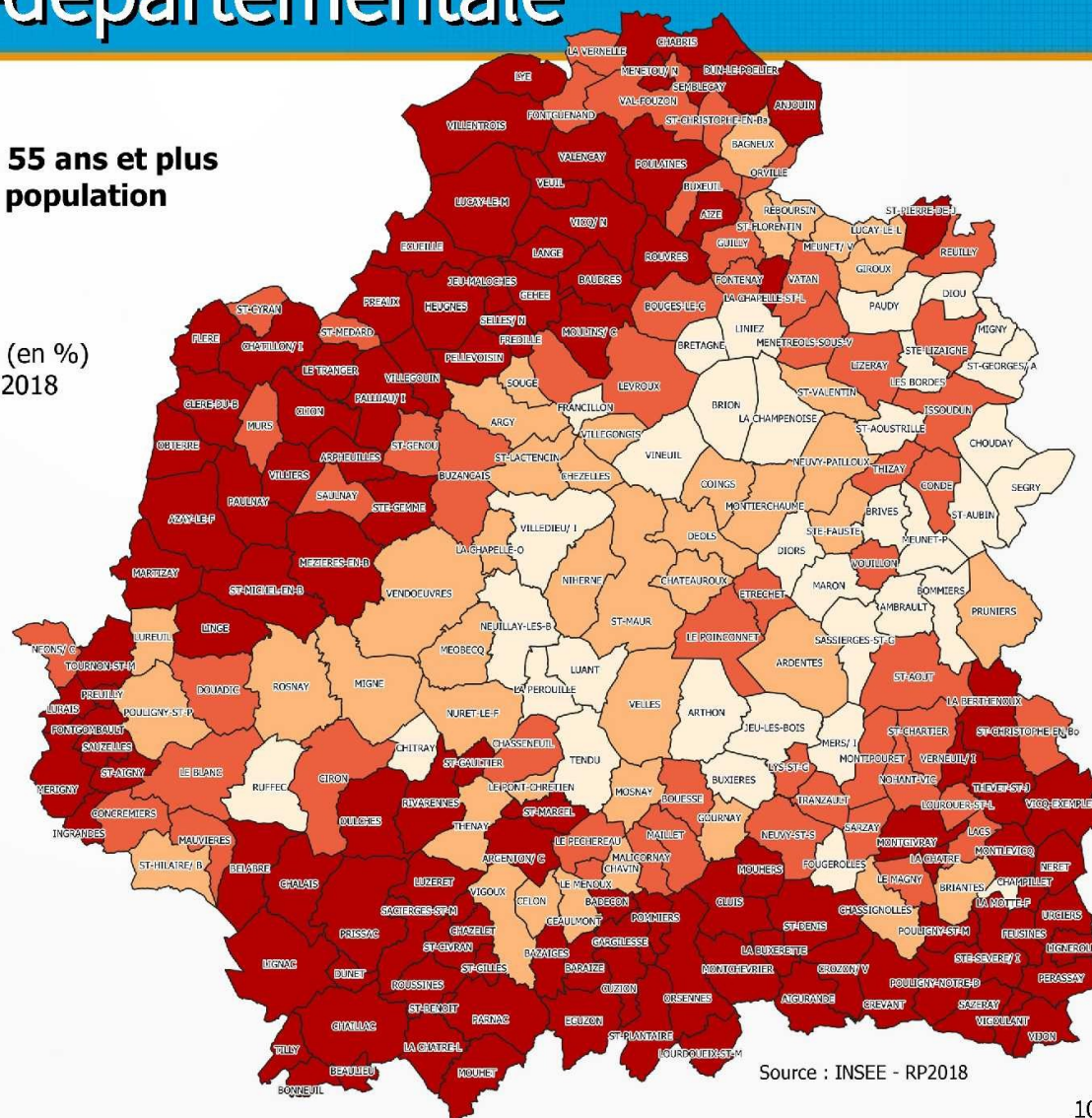
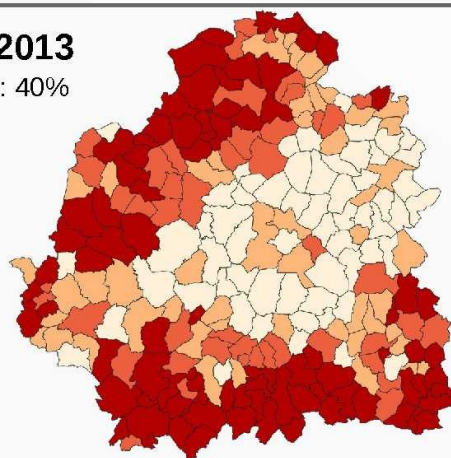
## Répartition infra-départementale

**Part de la population des 55 ans et plus  
dans l'ensemble de la population  
RP 2018**

Part de la population des 55 ans et plus (en %)  
dans l'ensemble de la population au RP 2018



**RP 2013**  
Dép. : 40%



Source : INSEE - RP2018

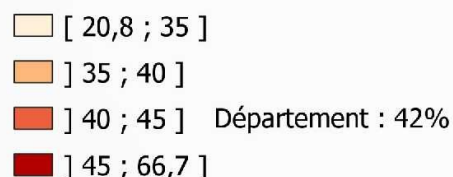


# I- Environnement démographique

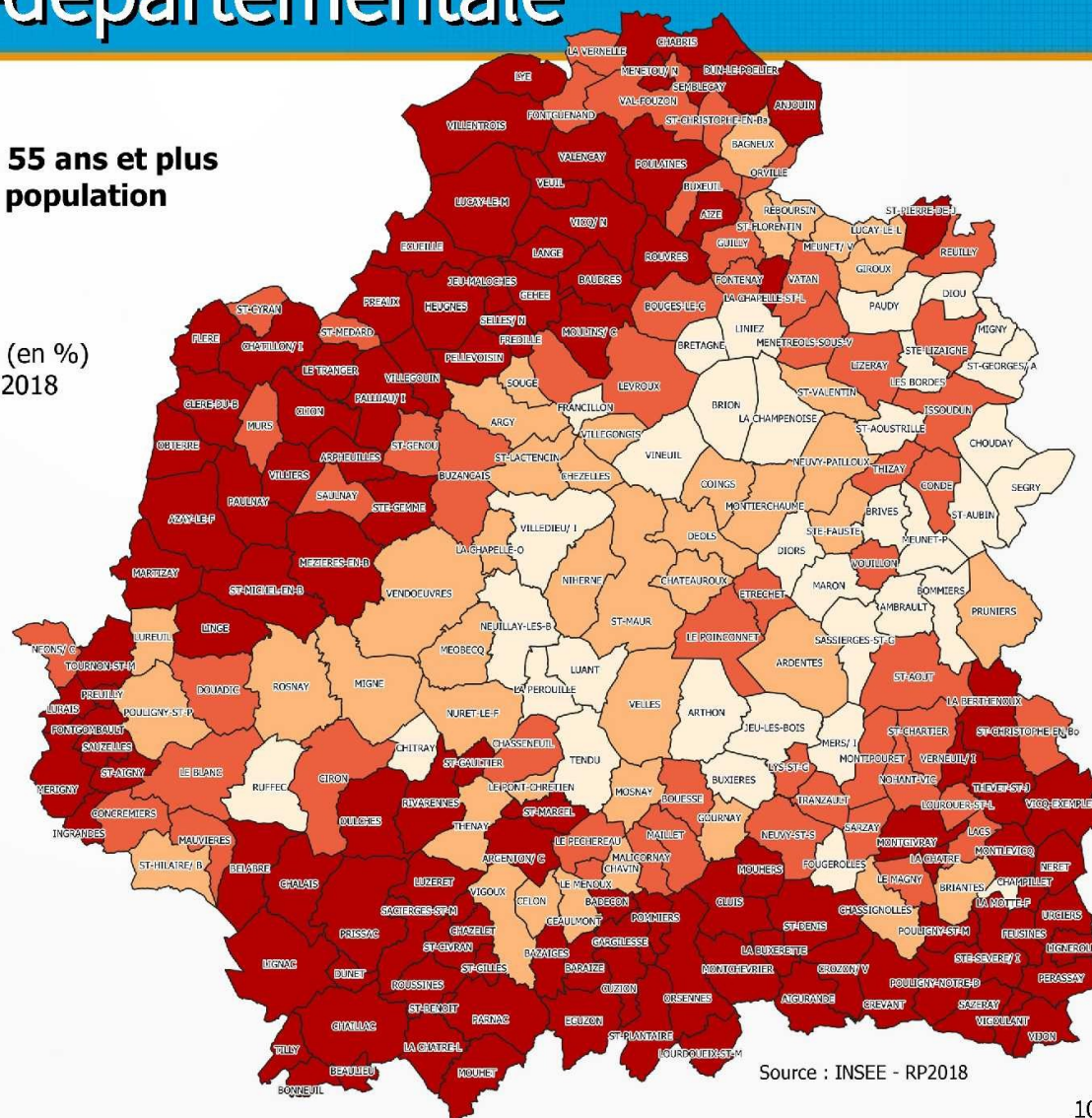
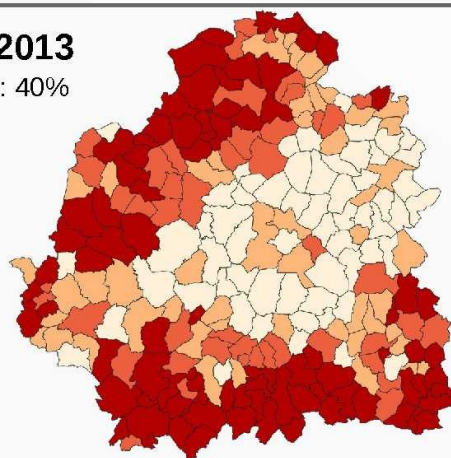
## Répartition infra-départementale

**Part de la population des 55 ans et plus  
dans l'ensemble de la population  
RP 2018**

Part de la population des 55 ans et plus (en %)  
dans l'ensemble de la population au RP 2018



**RP 2013**  
Dép. : 40%



Source : INSEE - RP2018



# I- Environnement démographique

## Répartition infra-départementale

**Part de la population des 65 ans et plus  
dans l'ensemble de la population  
RP 2018**

Part de la population des 65 ans et plus (en %)  
dans l'ensemble de la population au RP 2018

[ 8,6 ; 15 ]

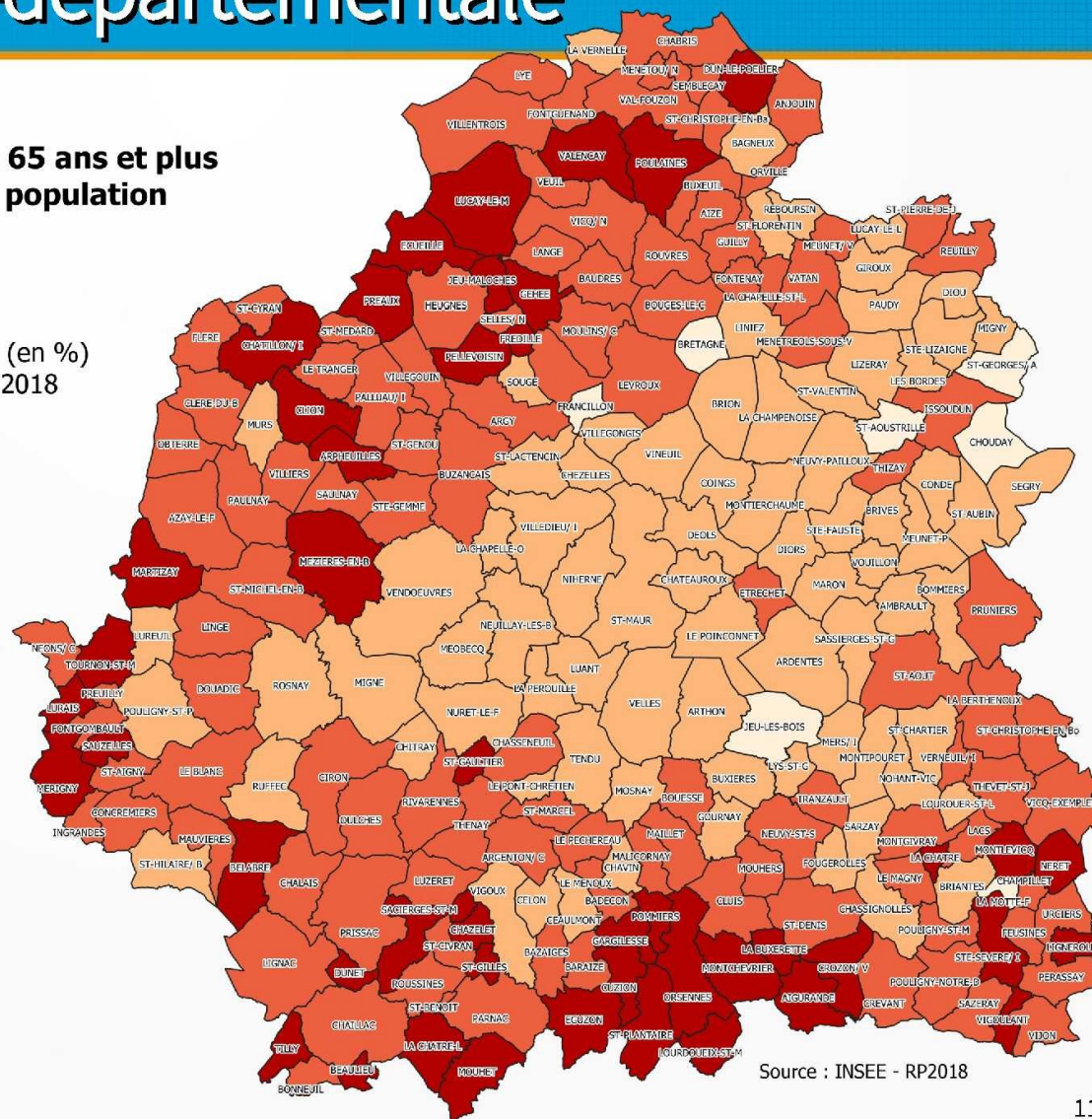
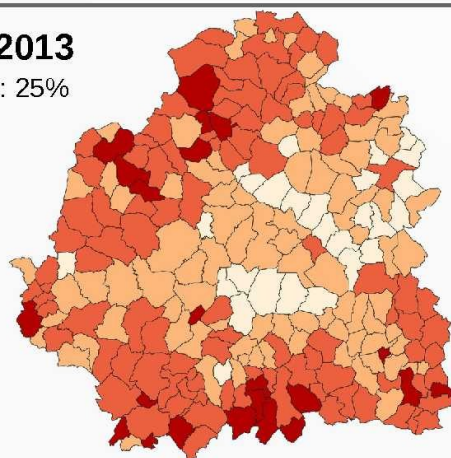
] 15 ; 25 ]

] 25 ; 35 ] Département : 28%

] 35 ; 45,6 ]

**RP 2013**

Dép. : 25%



Source : INSEE - RP2018

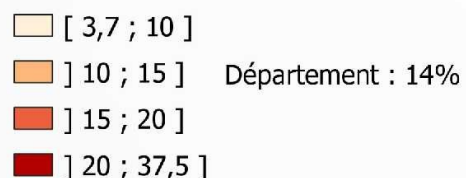


# I- Environnement démographique

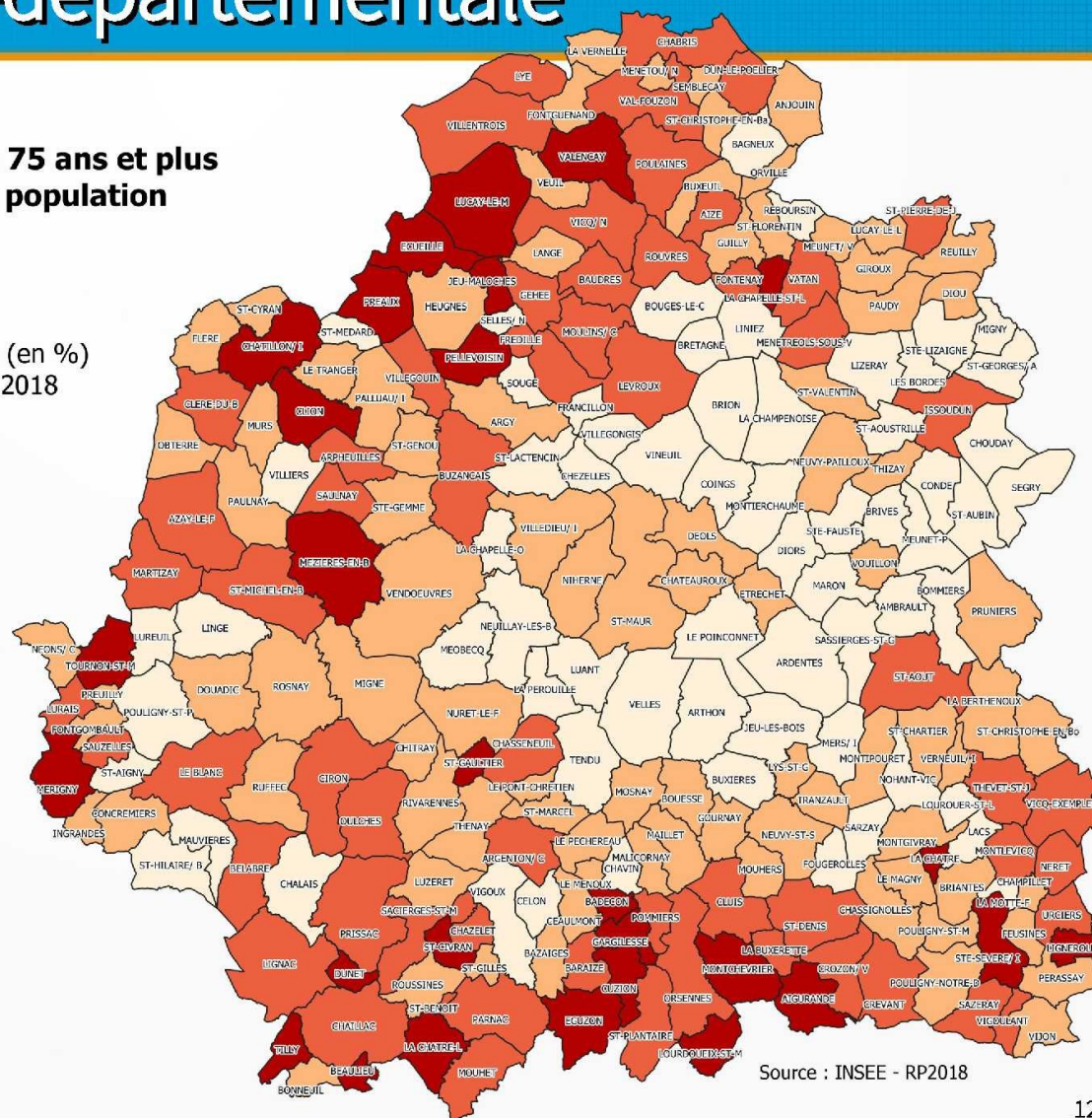
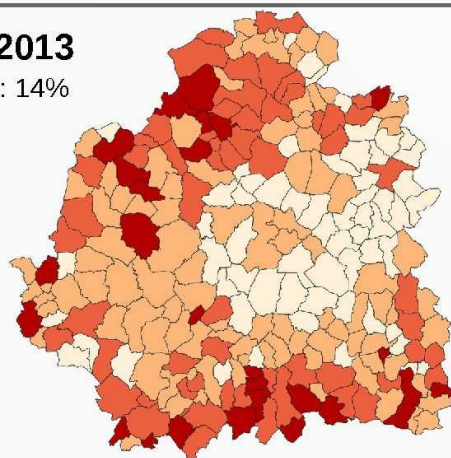
## Répartition infra-départementale

**Part de la population des 75 ans et plus  
dans l'ensemble de la population  
RP 2018**

Part de la population des 75 ans et plus (en %)  
dans l'ensemble de la population au RP 2018



**RP 2013**  
Dép. : 14%



Source : INSEE - RP2018



# I- Environnement démographique

## Répartition infra-départementale

**Part de la population des 85 ans et plus  
dans l'ensemble de la population  
RP 2018**

Part de la population des 85 ans et plus (en %)  
dans l'ensemble de la population au RP 2018

[ 0 ; 2 ]

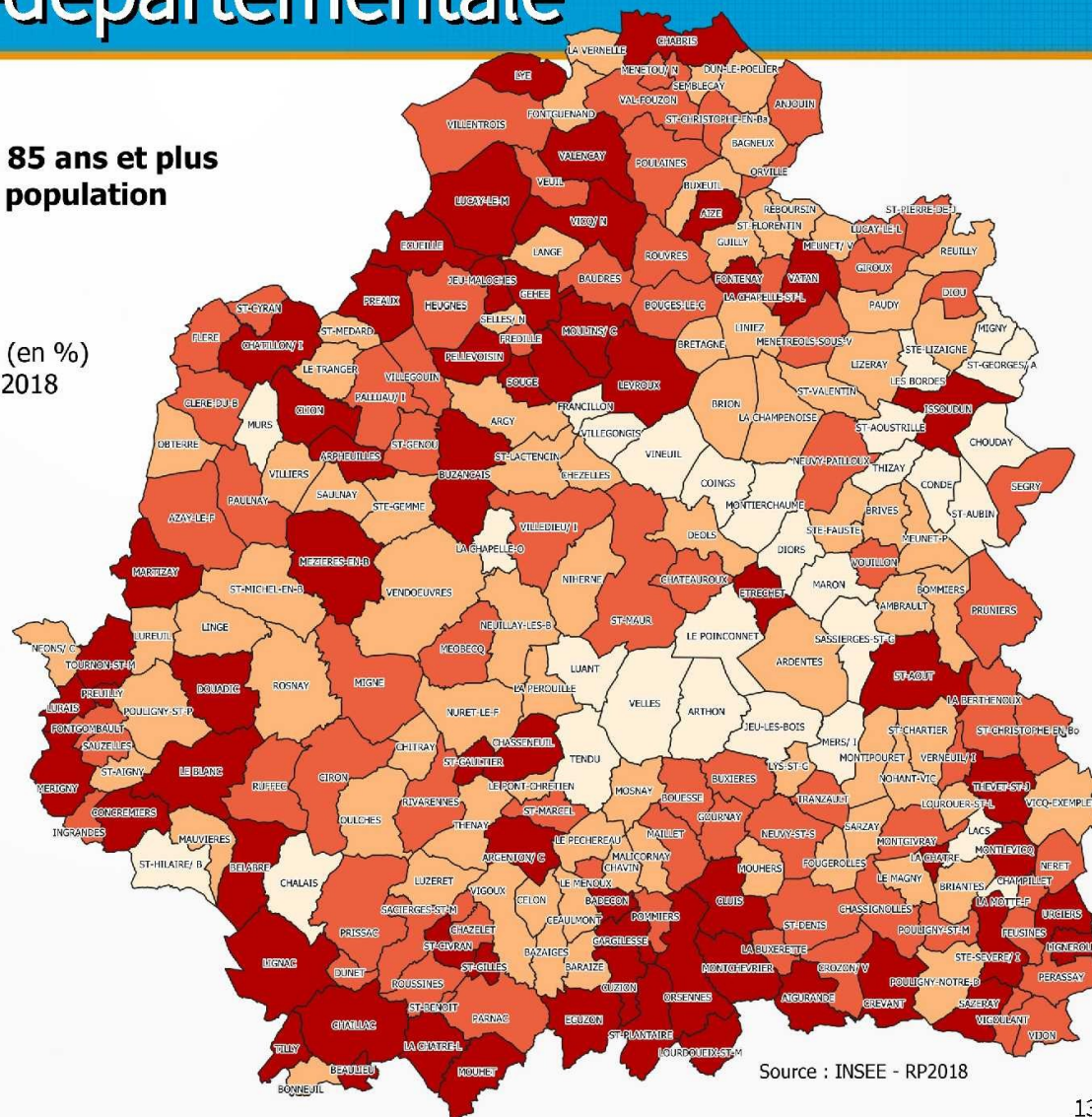
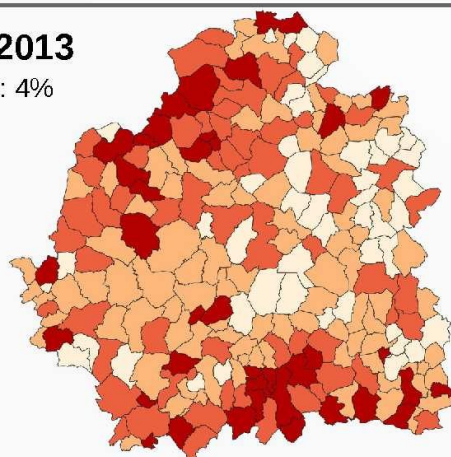
[ 2 ; 4 ]

[ 4 ; 6 ] Département : 5%

[ 6 ; 17,9 ]

**RP 2013**

Dép. : 4%



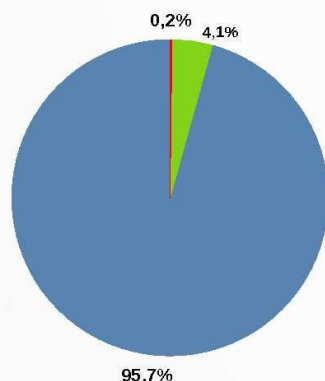
Source : INSEE - RP2018

# I- Environnement démographique

## Lieux de vie

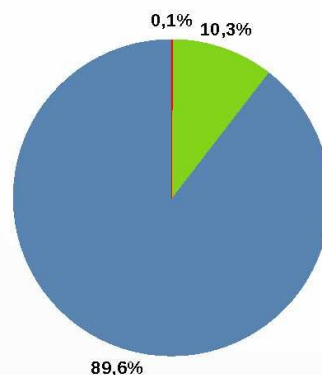
Répartition de la population des 55 ans et plus selon le lieu de vie au RP 2018

Source : INSEE-RP 2018



Répartition de la population des 75 ans et plus selon le lieu de vie au RP 2018

Source : INSEE-RP 2018

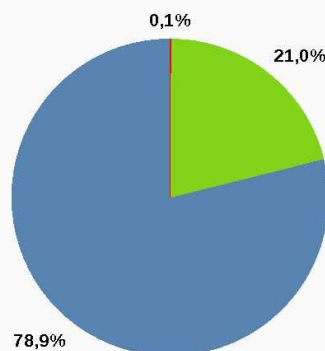


Part de la pop. vivant en logement ordinaire

- Région Centre-Val de Loire :
  - ↳ 96,1 % des 55 ans et plus
  - ↳ 89,7 % des 75 ans et plus
  - ↳ 79,0 % des 85 ans et plus
  - ↳ 53,5 % des 100 ans et plus
- France métropolitaine :
  - ↳ 96,3 % des 55 ans et plus
  - ↳ 90,3 % des 75 ans et plus
  - ↳ 80,0 % des 85 ans et plus
  - ↳ 49,8 % des 100 ans et plus

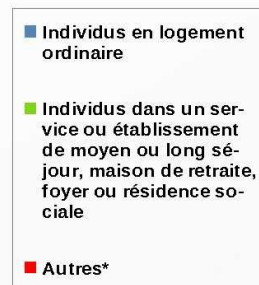
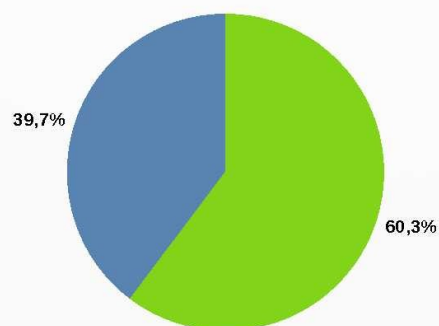
Répartition de la population des 85 ans et plus selon le lieu de vie au RP 2018

Source : INSEE-RP 2018



Répartition de la population des 100 ans et plus selon le lieu de vie au RP 2018

Source : INSEE-RP 2018

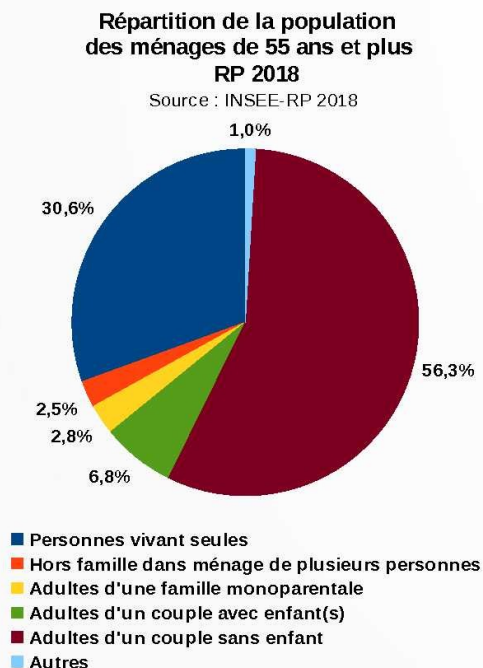


\* : Membres d'une communauté religieuse ; individus en caserne, quartier, base ou camp militaire ; individus résidant dans un établissement hébergeant des élèves ou des étudiants ; individus en établissement social de court séjour ; individus en habitation mobile, marins, sans-abri ; individus résidant dans une autre catégorie de communauté

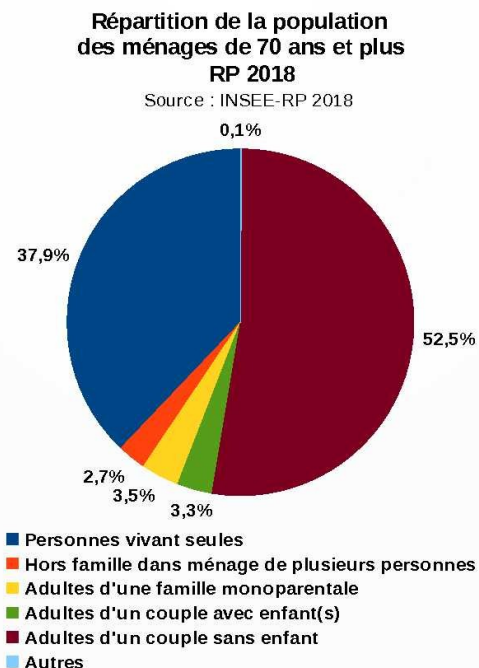


# I- Environnement démographique

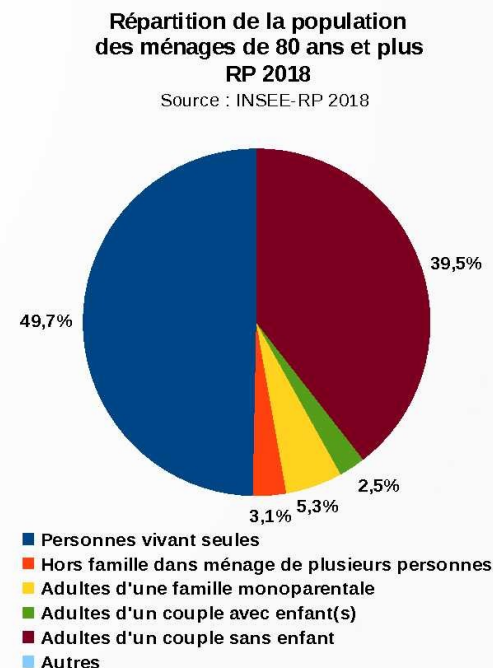
## Population des ménages selon la composition des ménages



Part des personnes vivants seules :  
- Région Centre-Val de Loire : 28,6 %  
- France métropolitaine : 29,1 %



Part des personnes vivants seules :  
- Région Centre-Val de Loire : 36,6 %  
- France métropolitaine : 37,4 %

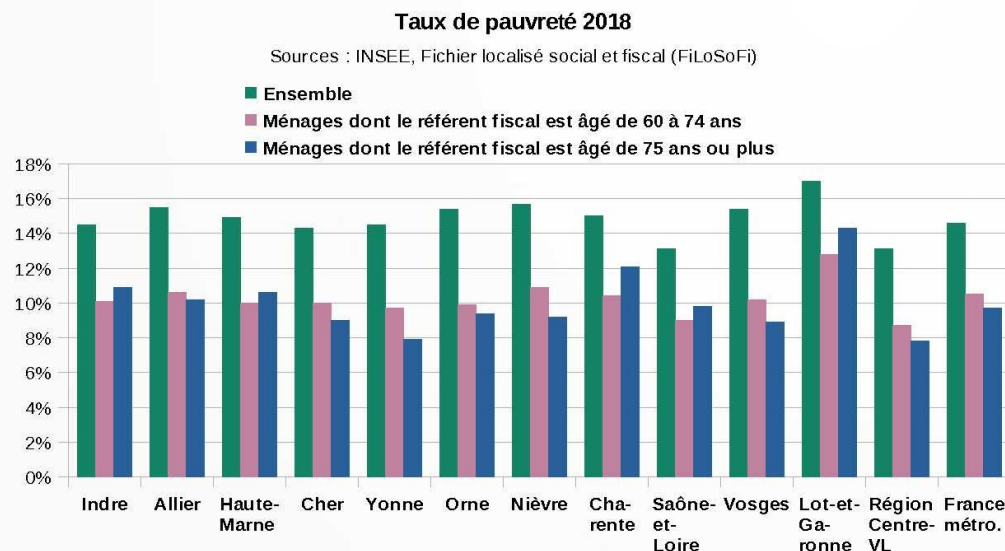


Part des personnes vivants seules :  
- Région Centre-Val de Loire : 48,4 %  
- France métropolitaine : 48,7 %

Plus la population vieillie, plus la part des personnes vivant seules augmente.  
La part des personnes vivant seules est supérieure à celle de la région Centre-Val de Loire et de la France métropolitaine et ceci quelle que soit la tranche d'âge considérée.

# I- Environnement démographique

## Taux de pauvreté



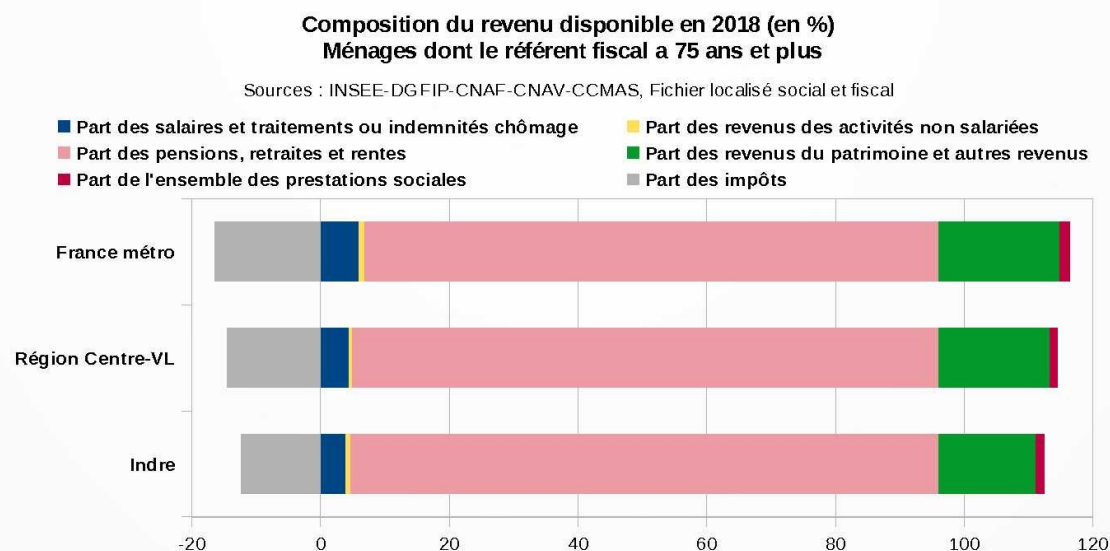
### Définition INSEE :

Taux de pauvreté : il correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté - seuil retenu ici à 60 % de la médiane des niveaux de vie de l'ensemble de la population.

Pris dans l'ensemble, le taux de pauvreté est plutôt moindre que celui des départements comparables et supérieur à celui de la région. En revanche, sur les seules personnes âgées, et notamment les plus âgées, les taux de l'Indre sont supérieurs aux départements comparables et supérieurs à la région et à la France métropolitaine pour les ménages dont le référent fiscal est âgé de 75 ans et plus.

# I- Environnement démographique

## Revenu disponible



Dans l'Indre, la part des revenus du patrimoine, la part des impôts ainsi que la part des salaires et traitements sont moins importantes que celles de la région et de la France métropolitaine.



# II- Une offre de services diversifiée

- Hébergement

- ↳ L'offre départementale : type, répartition, restructuration
- ↳ Analyse du fonctionnement des EHPAD : activité, tarifs et coûts de la place
- ↳ Analyse de la population accueillie en EHPAD : base ANAP
- ↳ Analyse des prestations départementales : APA en établissement, aide sociale
- ↳ L'offre en accueil familial

- Domicile

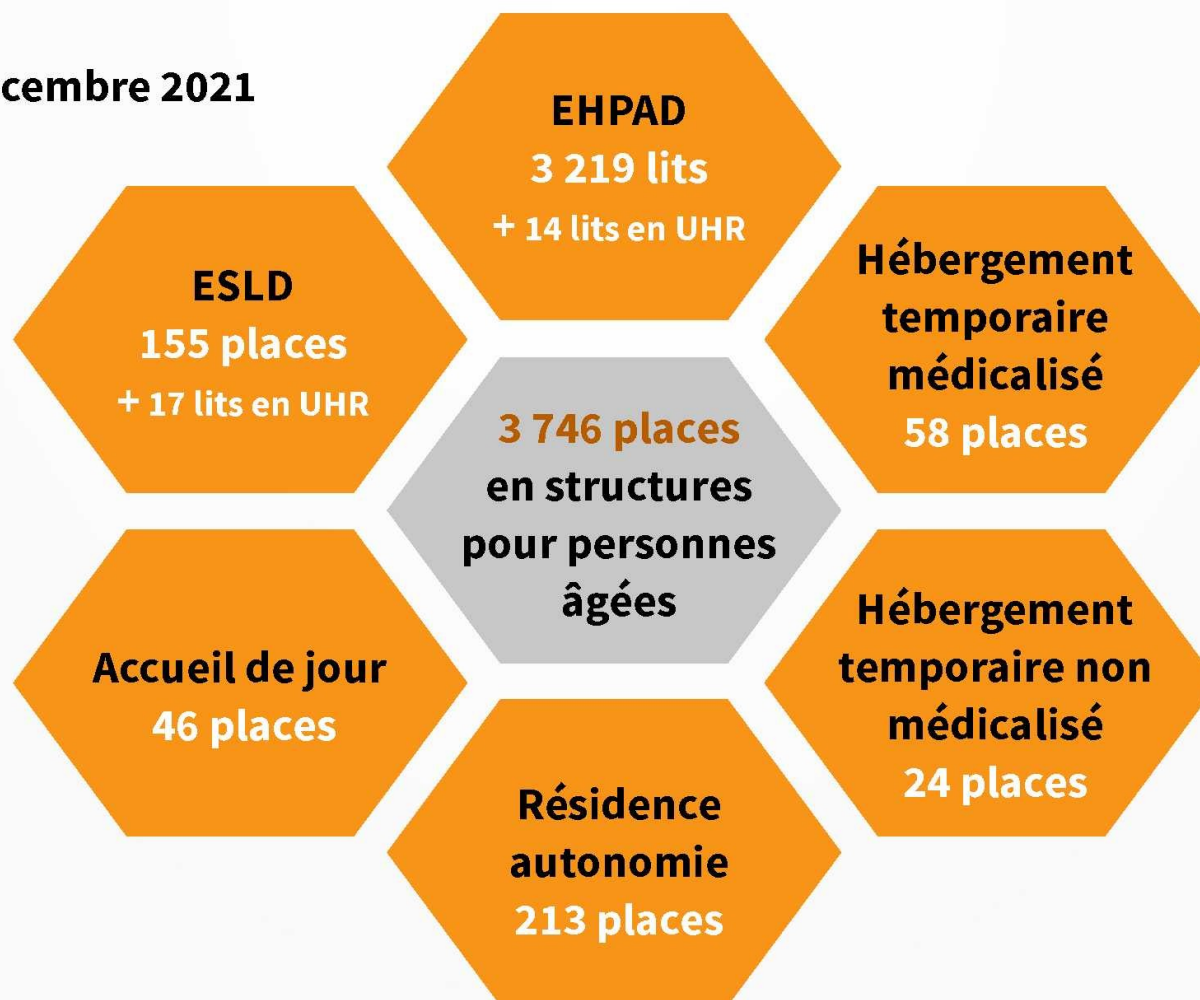
- ↳ L'offre départementale en habitat adapté
- ↳ L'offre départementale en services d'accompagnement
- ↳ L'offre départementale en dispositifs d'accompagnement
- ↳ Analyse des prestations départementales : APA à domicile, aide ménagère, ACTP et PCH

- Accès aux soins

## II- Une offre de services diversifiée

# Hébergement

**Au 31 décembre 2021**





# II- Une offre de services diversifiée

## Hébergement

### Type de structures et capacité au 31-12-2021

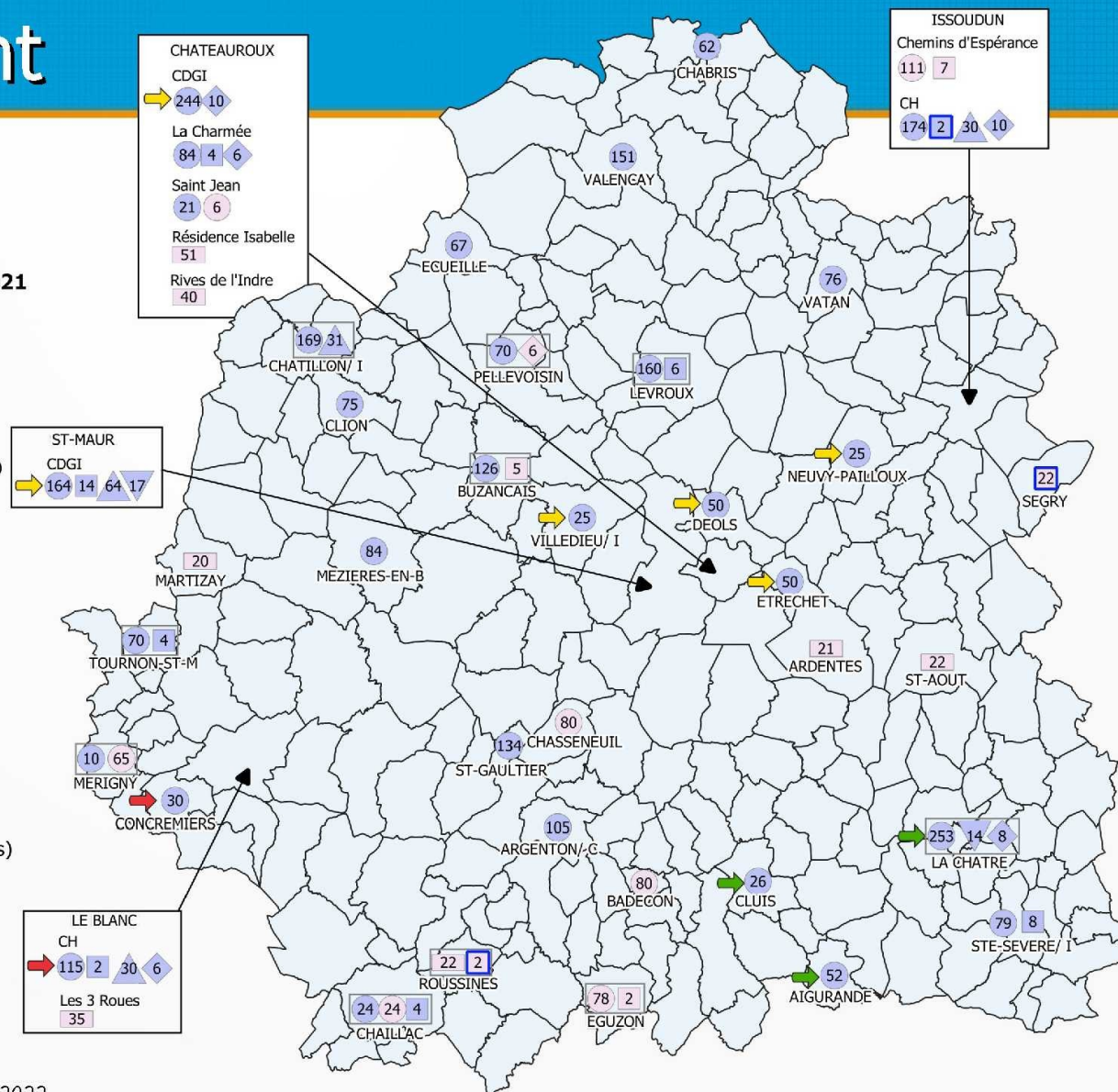
Habilitation aide sociale (3 049 places)

- EHPAD (2 775 places)
- Hébergement temporaire médicalisé (44 places)
- Hébergement temporaire non médicalisé (2 places)
- ▲ ESLD (155 places)
- ◆ Accueil de jour (40 places)
- ▼ UHR (31 places)
- Résidence autonomie (2 places)

Non habilitation aide sociale (697 places)

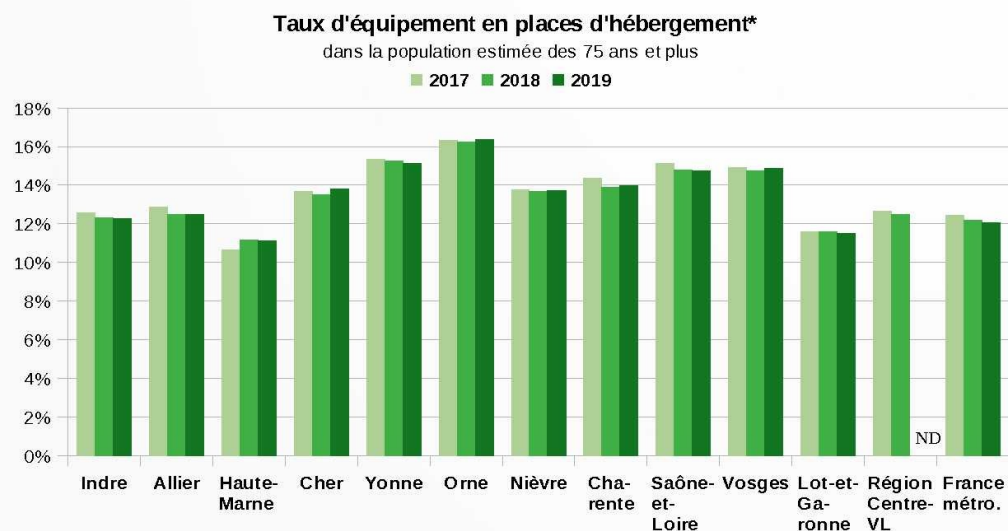
- EHPAD (444 places)
- Hébergement temporaire médicalisé (14 places)
- Hébergement temporaire non médicalisé (22 places)
- ◆ Accueil de jour (6 places)
- Résidence autonomie (211 places)

→ CDGI    → CH Le Blanc    → CH La Châtre



## II- Une offre de services diversifiée

### Hébergement des personnes âgées - Comparatif interdépartemental



\* : places de maison de retraite, logements de résidence autonomie, places d'hébergement temporaire, et lits de soins longue durée

Sources : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et INSEE estimations

La situation du département de l'Indre est conforme à la situation régionale et nationale mais avec des valeurs moindres que celles des départements comparables.

Cette situation est à mettre en lien avec le déploiement de solutions alternatives favorisant le maintien à domicile.



## II- Une offre de services : *hébergement*

### Evolution de l'offre en EHPAD

#### Opérations de restructuration des EHPAD, CPER et conventions Région-Département depuis 2000

Capacité restructurée :

- 2000-2006 : 1 064 lits
- 2007-2013 : 466 lits
- 2015-2021 : 383 lits
- Total : 1 913 lits

Subvention départementale (Dép) :

- 2000-2006 : 6 892 326,82 €
- 2007-2013 : 6 990 000 €
- 2015-2021 : 2 773 257,64 €
- Total : 16 655 584,46 €

Coût de l'opération (Coût) :

- 2000-2006 : 98 484 041,61 €
- 2007-2013 : 54 923 898,33 €
- 2015-2021\* : 26 984 607,83 €
- Total\* : 180 392 547,32 €

\* coût prévisionnel

Opération CPER  
et convention Région Département

2000-2006

2007-2013

2015-2021

#### CHATEAUROUX

CDGI - "Balsan"  
Nb de lits : 61  
Dép : 502 164,20  
Coût : 5 767 687,29  
CGDI - "Taillebourg"  
Nb de lits : 32  
Dép : 263 430,4  
Coût : 3 321 300,04

EHPAD Saint Jean  
Nb de lits : 27  
Dép : 121 115  
Coût\* : 1 044 965

CDGI - "La Pleiade"  
Nb de lits : 60  
Dép : 447 629,82  
Coût : 5 063 036,37  
La Charmée  
Nb de lits : 36  
Dép : 185 229  
Coût : 5 150 690,35

EHPAD "G Sand"  
Nb de lits : 81  
Dép : 318 560  
Coût\* : 2 746 208

#### CHATILLON / I

EHPAD  
Nb de lits : 88  
Dép : 765 600  
Coût\* : 7 009 075

#### CLION

EHPAD  
Nb de lits : 75  
Dép : 1 125 000  
Coût : 8 800 993,60

#### MEZIERES-EN-B

EHPAD  
Nb de lits : 73  
Dép : 458 950,90  
Coût : 7 150 454,55

#### TOURNON-ST-M

EHPAD  
Nb de lits : 30  
Dép : 154 357,5  
Coût : 8 359 800,67

#### LE BLANC

La Cubissolle  
Nb de lits : 110  
Dép : 840 718,33  
Coût : 7 984 400,45

#### MERIGNY

EHPAD  
Nb de lits : 50  
Dép : 750 000  
Coût : 5 029 666,72

EHPAD  
Nb de lits : 23  
Dép : 345 000  
Coût : 2 139 116,48

#### ST-MAUR

CDGI - Pavillon Benazet  
Nb de lits : 60  
Dép : 481 595,40  
Coût : 6 085 120,69  
CDGI - Pavillon Debré  
Nb de lits : 68  
Dép : 559 789,60  
Coût : 4 972 415,07

#### CHAILLAC

EHPAD  
Nb de lits : 52  
Dép : 780 000  
Coût : 7 485 712,89

#### ECUEILLE

EHPAD  
Nb de lits : 32  
Dép : 234 900  
Coût\* : 3 483 742

#### PELLEVOISIN

EHPAD  
Nb de lits : 68  
Dép : 349 868,5  
Coût : 2 977 840,54

#### VILLEDIEU / I

CDGI  
Nb de lits : 24  
Dép : 197 573,93  
Coût : 2 424 074,53

#### ST-GAULTIER

EHPAD  
Nb de lits : 64  
Dép : 400 295,85  
Coût : 7 558 152,64

#### ARGENTON / C

EHPAD  
Nb de lits : 105  
Dép : 657 555,35  
Coût : 10 893 618,33

#### CHABRIS

EHPAD  
Nb de lits : 62  
Dép : 390 005,35  
Coût : 3 764 085,26

#### VALENCAY

Centre hospitalier  
Nb de lits : 111  
Dép : 1 665 000  
Coût : 11 661 248,22

#### LEVROUX

Centre hospitalier  
Nb de lits : 20  
Dép : 300 000  
Coût : 3 127 204,03

Centre hospitalier  
Nb de lits : 95  
Dép : 811 082  
Coût\* : 7 352 687

#### DEOLS

CDGI  
Nb de lits : 26  
Dép : 214 038,42  
Coût : 1 970 977,26

#### ETRECHET

CDGI  
Nb de lits : 25  
Dép : 128 631,25  
Coût : 2 589 976,45

#### VATAN

EHPAD  
Nb de lits : 50  
Dép : 750 000  
Coût : 4 988 258,93

#### ISSOUDUN

Maison de Retraite Bel Air  
Nb de lits : 80  
Dép : 248 873,02  
Coût : 2 658 506,52  
Centre hospitalier  
Nb de lits : 60  
Dép : 900 000  
Coût : 8 871 413,05

#### LA CHATRE

EHPAD  
Nb de lits : 80  
Dép : 411 620  
Coût : 9 791 904,93  
Centre hospitalier  
Nb de lits : 60  
Dép : 522 000  
Coût\* : 5 347 929

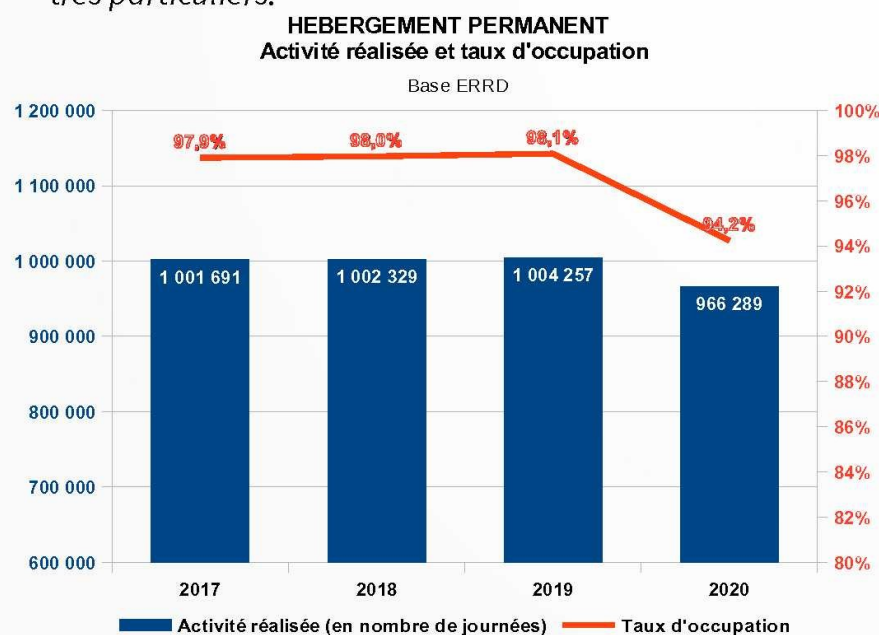
#### AIGURANDE

EHPAD  
Nb de lits : 25  
Dép : 375 000  
Coût : 2 820 284,41

## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

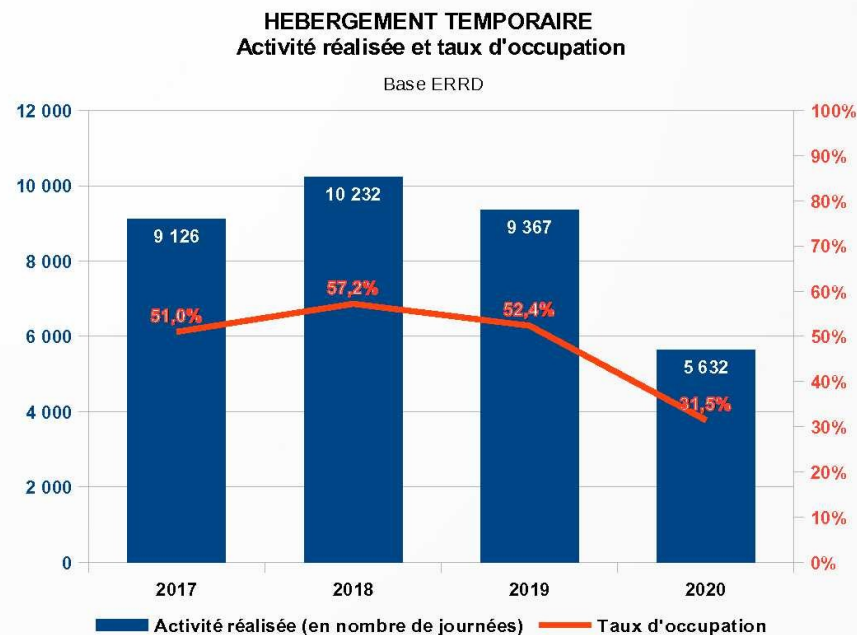
### Analyse de l'activité des EHPAD - activité réalisée et taux d'occupation

Pour mémoire, le département compte 4 ESLD pour une capacité de 172 lits (dont 17 UHR). Les données pour les ESLD ne sont pas suffisamment accessibles au département. De ce fait, ils sont exclus des analyses suivantes car leurs régimes sont très particuliers.



Capacités en hébergement permanent sur la base de :

- 2 803 lits en 2017
- 2 803 lits en 2018
- 2 805 lits en 2019
- 2 809 lis en 2020



Capacités en hébergement temporaire (inchangées en 5 ans) : 49 lits

L'activité était importante et conforme aux capacités installées mais a subi l'impact de la crise sanitaire.

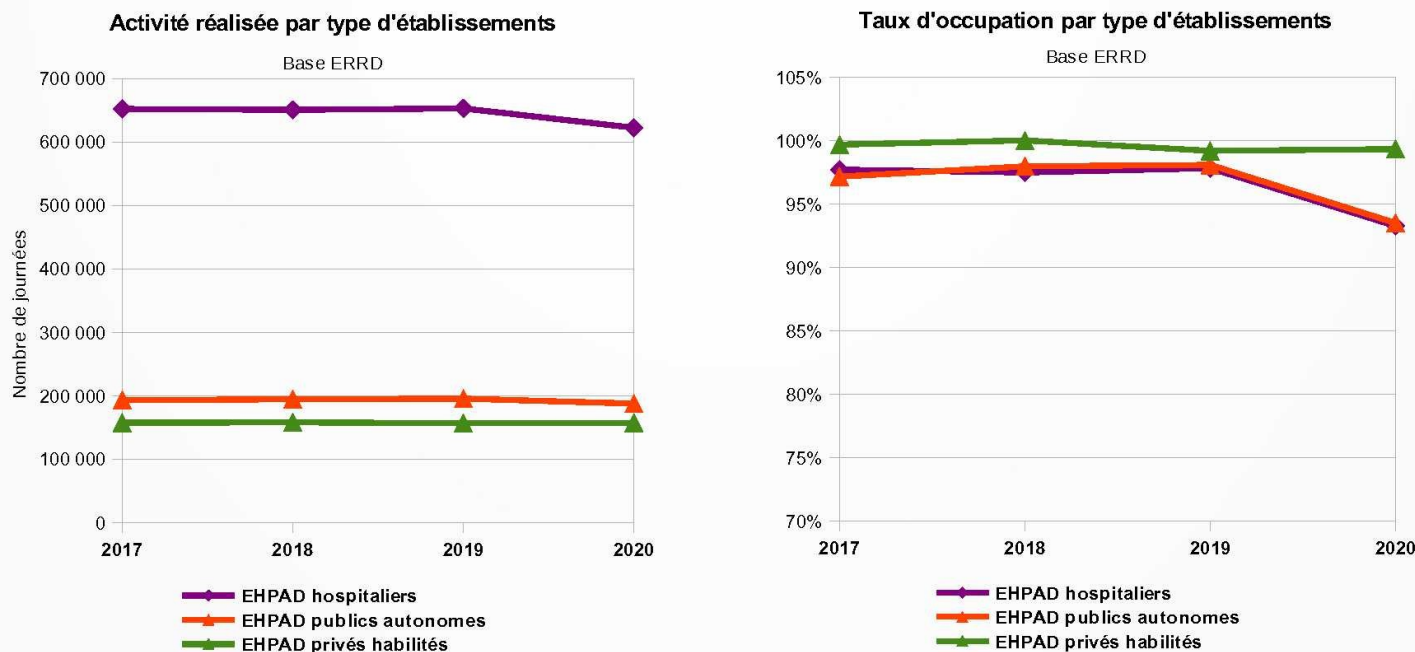
L'activité temporaire qui avant la crise sanitaire était déjà faible, s'est aggravée depuis.



## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

### Analyse de l'activité des EHPAD - activité réalisée et taux d'occupation

#### HEBERGEMENT PERMANENT



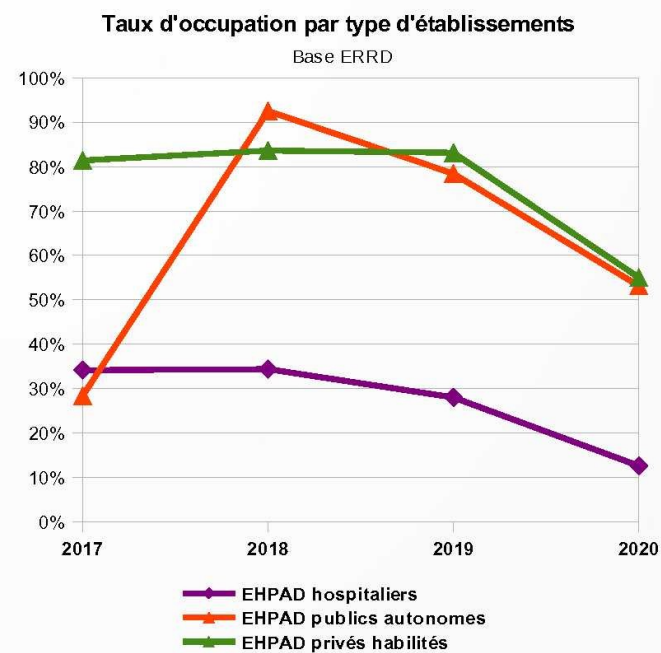
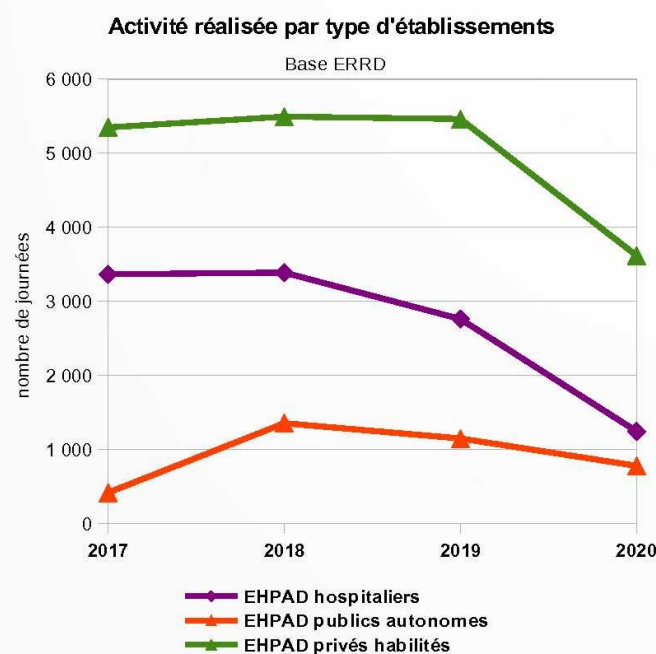
L'essentiel de l'activité est réalisée par les EHPAD hospitaliers qui comptent le plus de lits dans le département.

Le taux d'occupation des EHPAD privés est plus élevé que celui des EHPAD publics et s'est maintenu en 2020 alors que les EHPAD publics ont nettement subi l'impact de la crise sanitaire.

## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

### Analyse de l'activité des EHPAD - activité réalisée et taux d'occupation

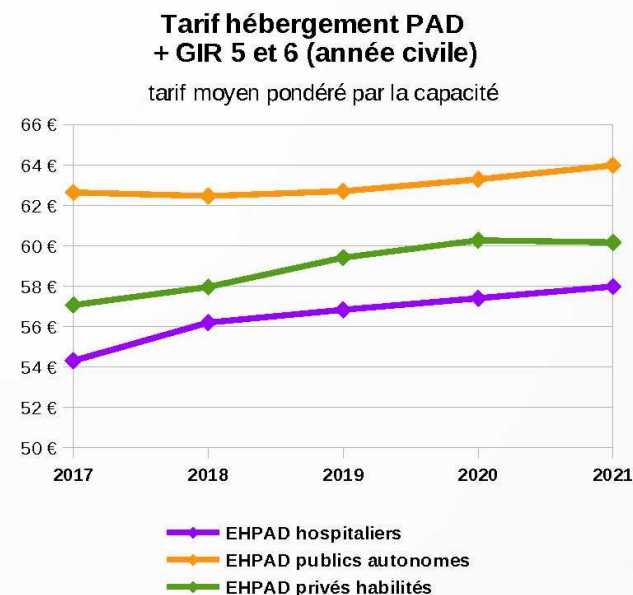
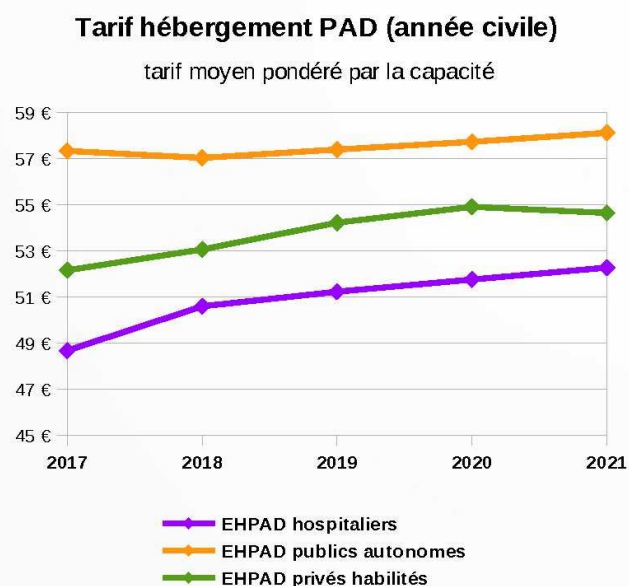
#### HEBERGEMENT TEMPORAIRE



L'essentiel de l'activité est réalisé par les EHPAD privés pour lesquels les taux d'occupation sont plus élevés surtout comparés à ceux des EHPAD hospitaliers.

## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

### Analyse de l'évolution des prix des EHPAD : tarif hébergement



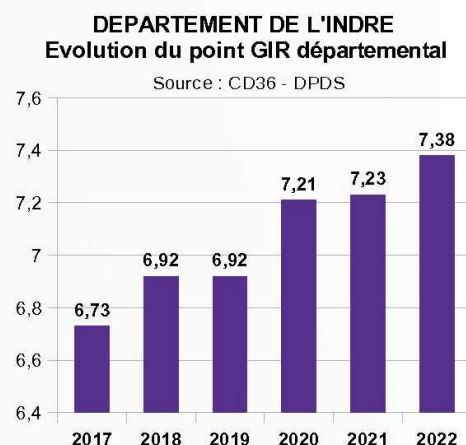
Les EHPAD publics autonomes ont les tarifs les plus élevés et les EHPAD hospitaliers les plus bas mais ils ont des évolutions identiques pour l'ensemble.



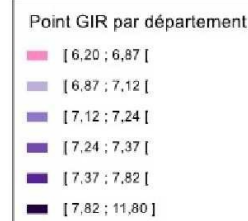
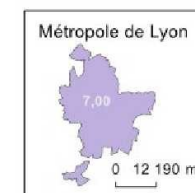
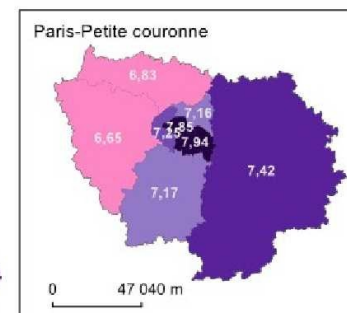
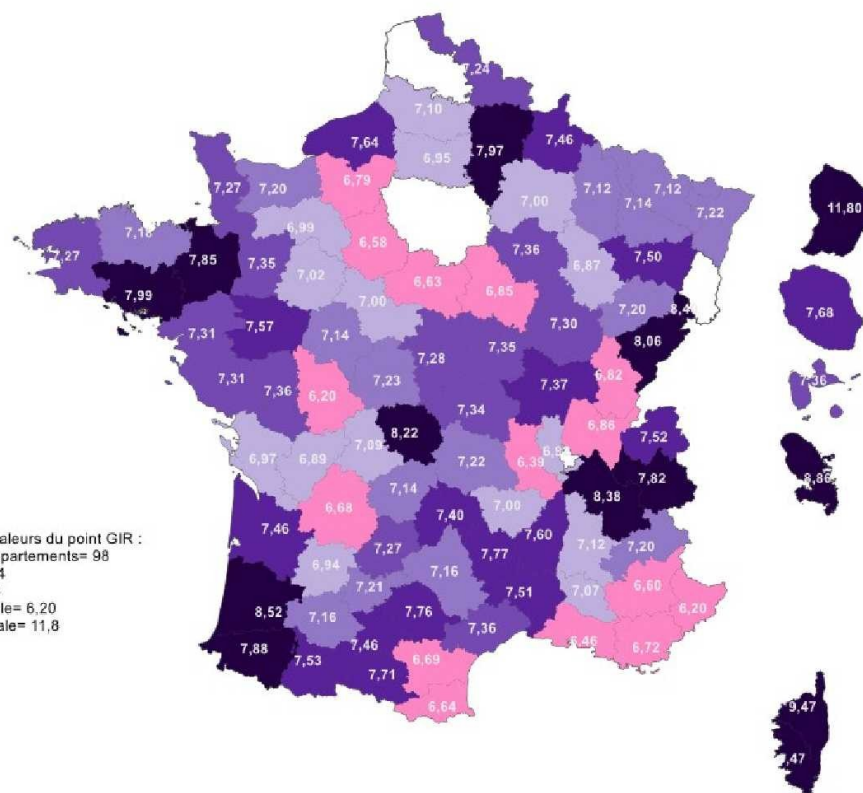
## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

### Analyse de l'évolution des points GIR des EHPAD : forfait global dépendance

Analyse départementale des valeurs des points GIR en 2021  
Source: CNSA



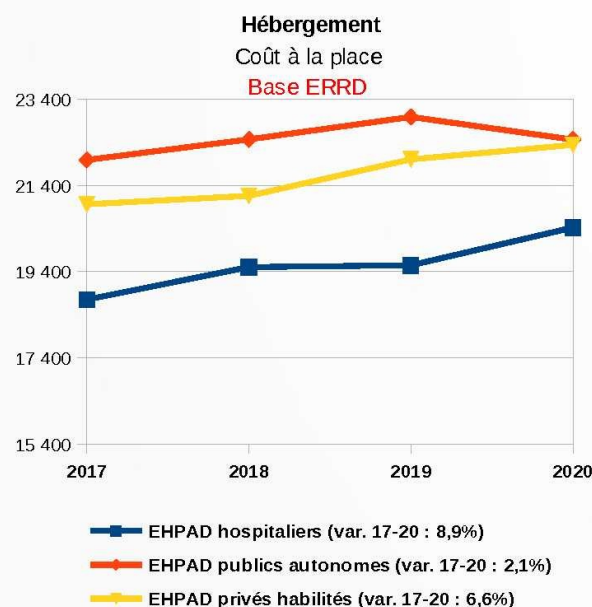
Analyse des valeurs du point GIR :  
Nombre de départements= 98  
Moyenne=7,34  
Médiane=7,23  
Valeur minimale= 6,20  
Valeur maximale= 11,8



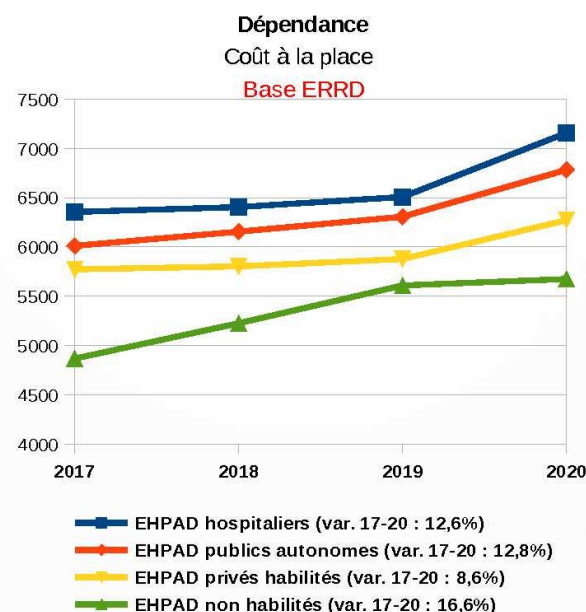


## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

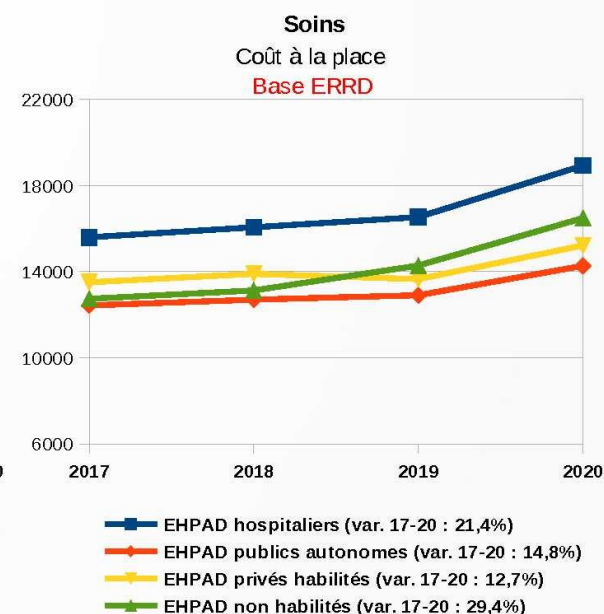
### Analyse des coûts à la place des EHPAD : hébergement



Pour l'hébergement, l'évolution est maîtrisée même si elle est plus forte pour les EHPAD hospitaliers et privés que pour les EHPAD publics autonomes.



Pour la dépendance, les évolutions sont plus importantes et notamment pour les EHPAD hospitaliers.

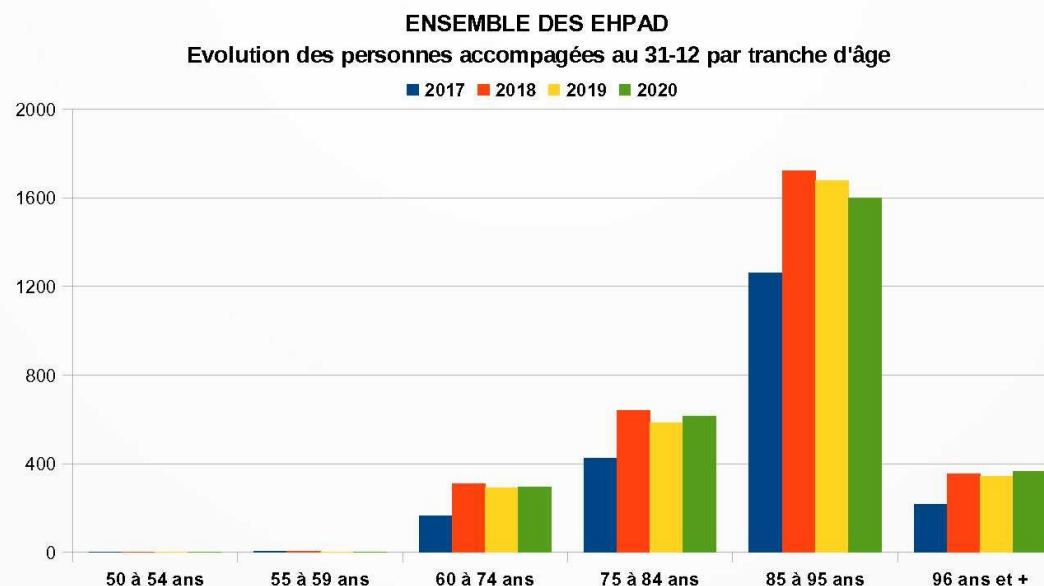


Pour le soin, les évolutions sont plus marquées et notamment pour les EHPAD hospitaliers.

## II- Une offre de services : *hébergement*

### Analyse des résidents en EHPAD : base ANAP

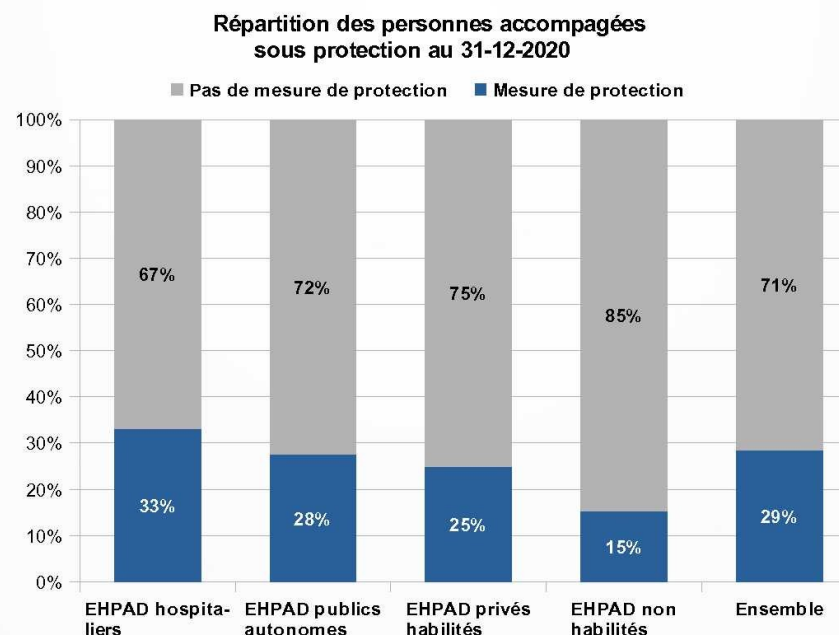
*Les données suivantes sont issues de l'analyse des tableaux de bord de la performance dans le secteur médico-social concernant les ESMS accueillant des personnes âgées dans le département de l'Indre (base ANAP). Ces données sont toutefois à analyser avec prudence sachant que, selon les années, certains EHPAD n'ont pas complété ou complété partiellement leurs tableaux de bord.*



Au 31 décembre 2020, 2872 personnes sont accompagnées en EHPAD.  
La tranche d'âge des 85 à 95 ans reste la plus représentée soit 56 % de l'effectif.

## II- Une offre de services : *hébergement*

### Analyse des résidents en EHPAD : base ANAP



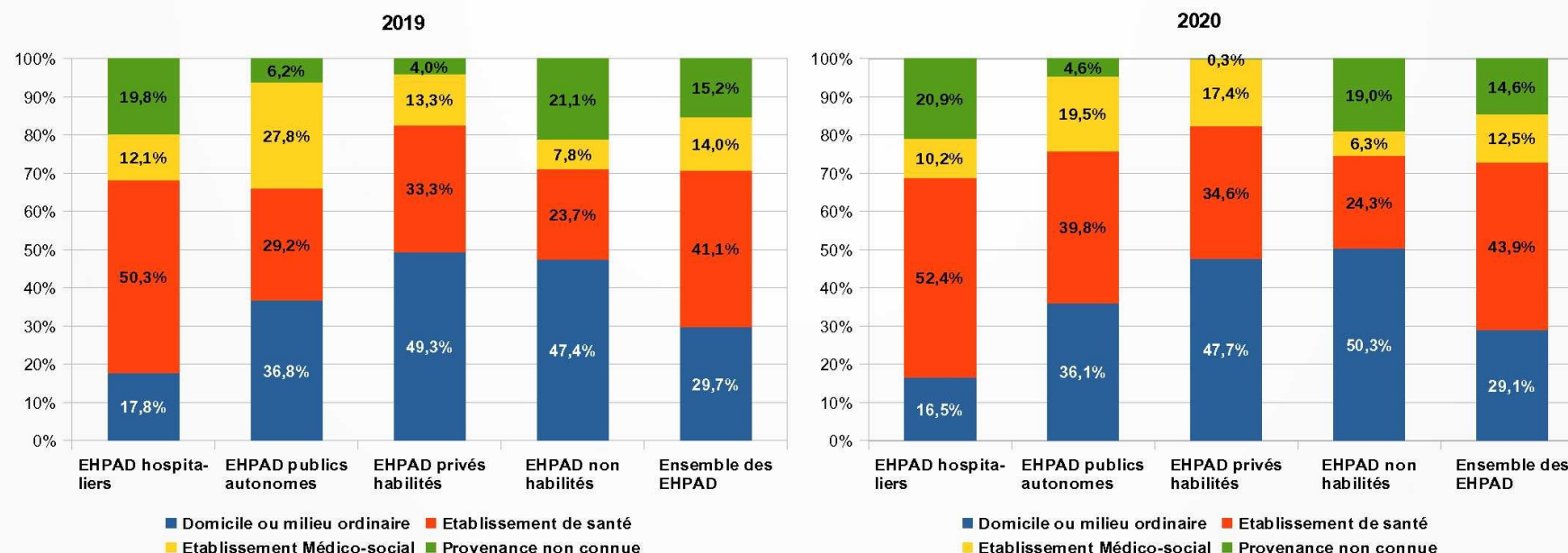
Au 31 décembre 2020, un tiers des personnes accompagnées en EHPAD hospitaliers bénéficie d'une mesure de protection. Cette part est la plus élevée par rapport aux autres types d'établissements. Les EHPAD non habilités ont quant à eux la part la plus faible avec 15 % des personnes accompagnées sous protection.



## II- Une offre de services : *hébergement*

### Analyse des résidents en EHPAD : base ANAP

Evolution des personnes accompagnées selon la situation avant l'entrée en EHPAD\*



La majorité des personnes accompagnées se trouvait en établissements de santé avant leur entrée en EHPAD hospitaliers.

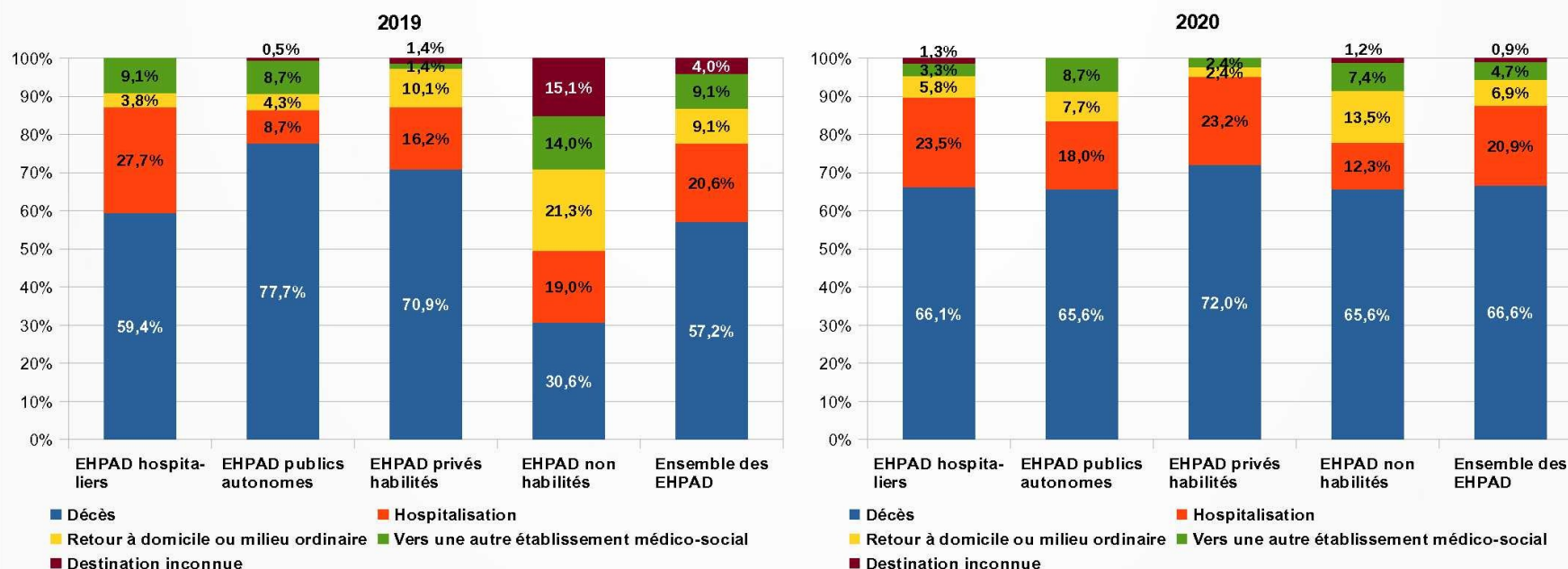
Pour les entrées dans les autres types d'EHPAD, la part des personnes venant de leur domicile ou du milieu ordinaire est la plus importante.

\* : libellé ANAP différent : « personnes accompagnées selon leur provenance »

## II- Une offre de services : *hébergement*

### Analyse des résidents en EHPAD : base ANAP

Evolution des personnes accompagnées sorties définitivement selon les motifs et destinations



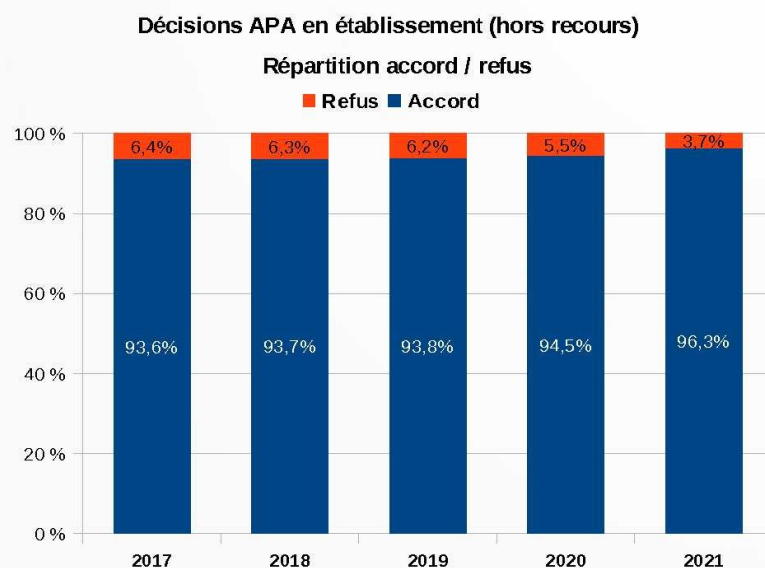
Concernant les sorties en 2020, les deux tiers surviennent suite au décès de la personne, quel que soit le type d'établissement alors qu'en 2019, la part des sorties pour « décès » était variable selon le type d'établissement.

## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

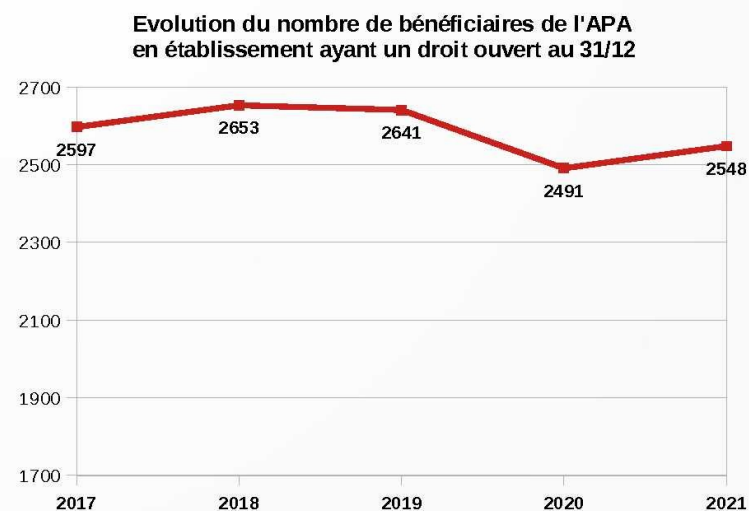
### APA en établissement : étude des décisions et des bénéficiaires

*Les données concernant l'APA en établissement concernent les bénéficiaires de l'Indre qu'ils soient hébergés ou non dans l'Indre*

Au 31 décembre 2021, le département de l'Indre compte 2 548 bénéficiaires de l'APA en établissement soit 53 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA.



Un taux d'accord en augmentation en 2021 et quasi systématique.



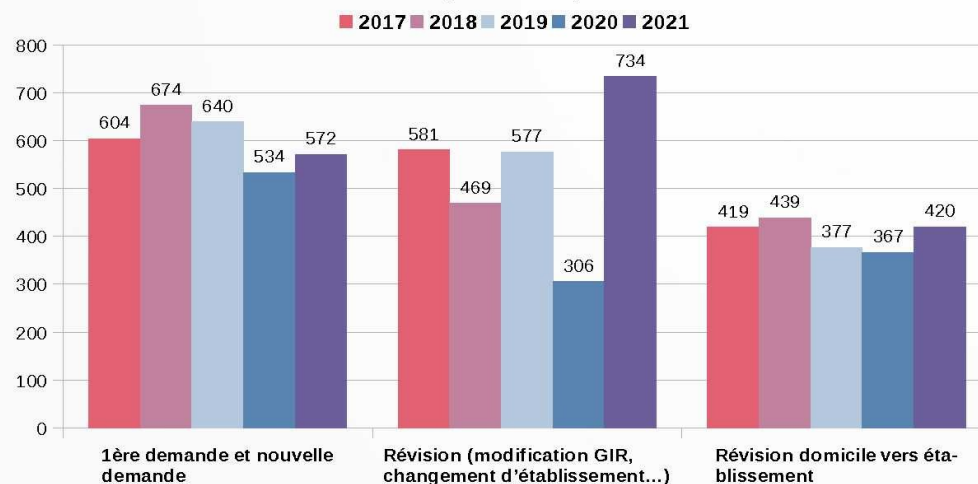
Une baisse du nombre de bénéficiaires en 2020 pas encore compensée en 2021.



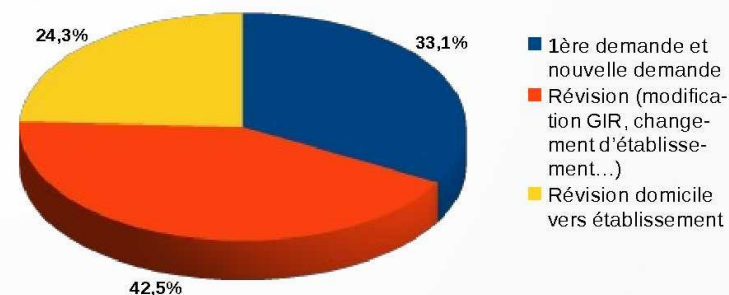
## II- Une offre de services : *hébergement*

### APA en établissement : étude des demandes

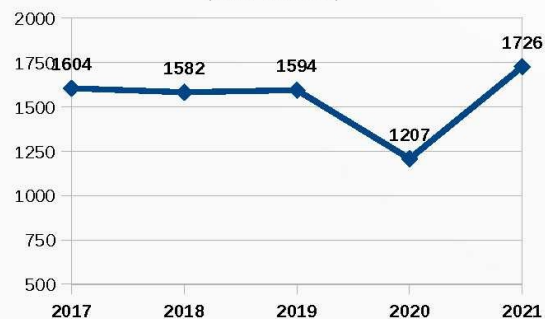
Nombre de demandes APA en établissement selon le statut de la demande  
(hors recours)



Nombre de demandes APA en établissement en 2021  
selon le statut de la demande



Nombre de demandes APA en établissement  
(hors recours)

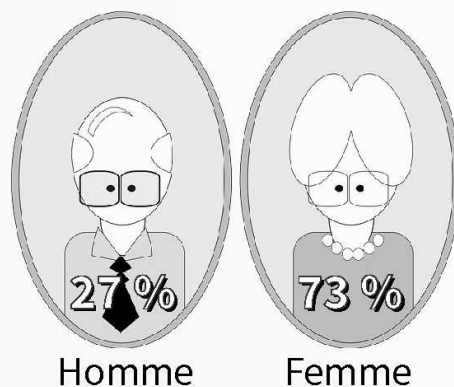


Des premières demandes en baisse sur les 2 dernières années.  
Une forte activité de révisions.  
Quasiment aucun recours en 2 ans (aucun en 2020 et 1 en 2021).



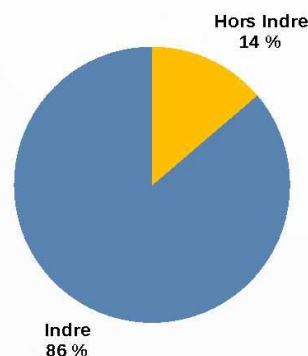
## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement* APA en établissement : profil des bénéficiaires

Au 31 décembre 2021

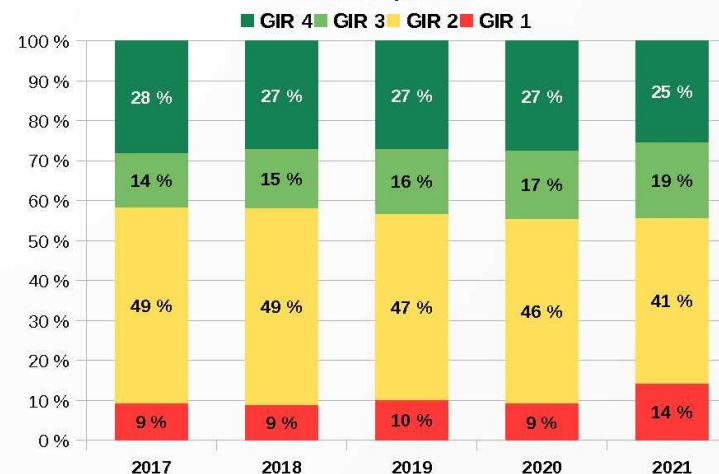


Au 31 décembre 2021, les bénéficiaires de l'APA en établissement sont principalement des femmes et sont hébergés dans l'Indre.

Bénéficiaires de l'APA en établissement  
hébergés dans le département de l'Indre  
ou non au 31-12-2021



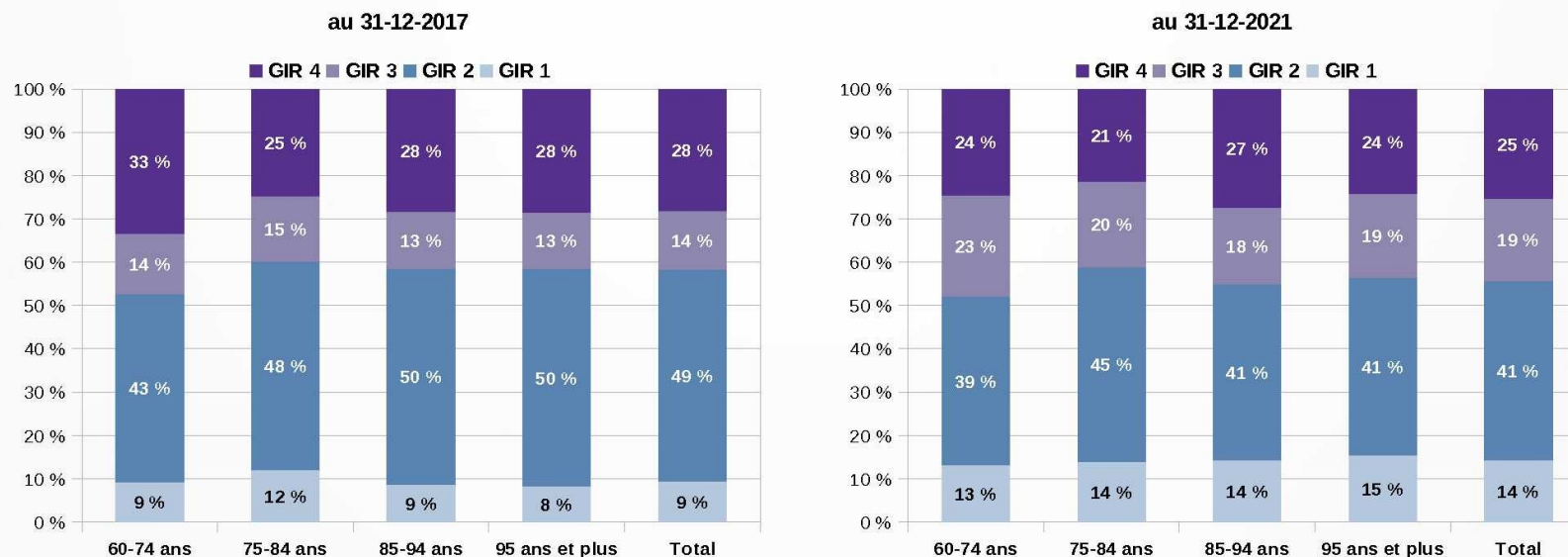
Répartition des bénéficiaires de l'APA en établissement  
au 31/12 par GIR



La majorité des bénéficiaires de l'APA établissement est en GIR 1 et 2.  
En 2021, on note une évolution des GIR 1 au dépend des GIR 2. Il y a 1/4 de GIR 4.

## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement* APA en établissement : profil des bénéficiaires

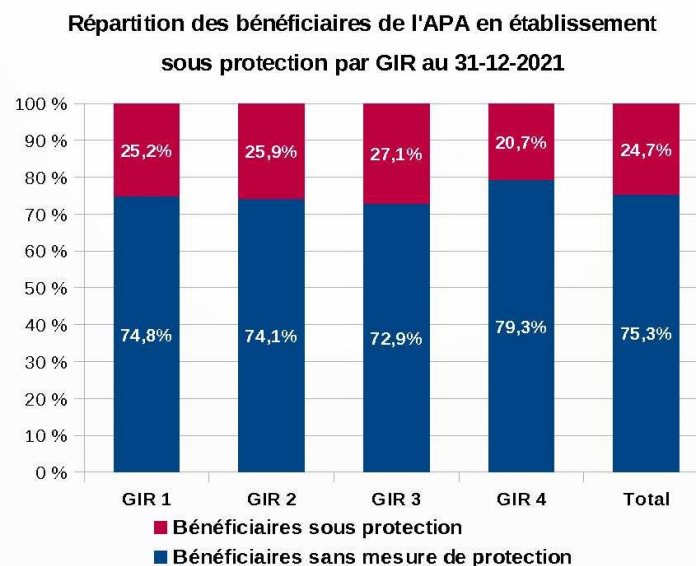
Répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de l'APA en établissement



Quelle que soit la tranche d'âge, la part des GIR 1 a augmenté en 5 ans alors que la part des GIR 2 a diminué.

Pour les 60-74 ans, la part des GIR 4 a nettement diminué en 5 ans par rapport aux autres tranches d'âge.

## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement* APA en établissement : profil des bénéficiaires sous protection



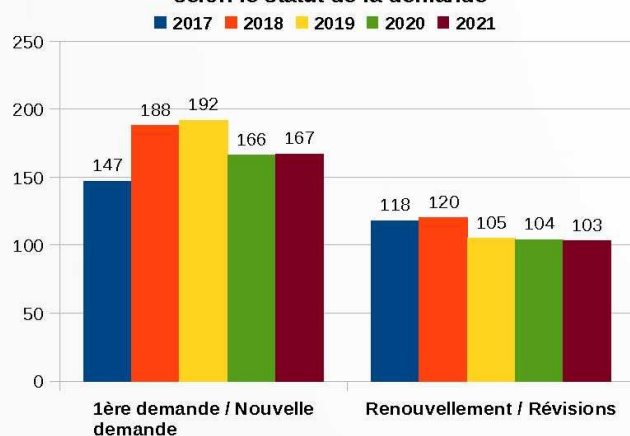
Un quart des bénéficiaires sous mesure de protection au 31 décembre 2021, une proportion qui augmente avec le niveau de dépendance.



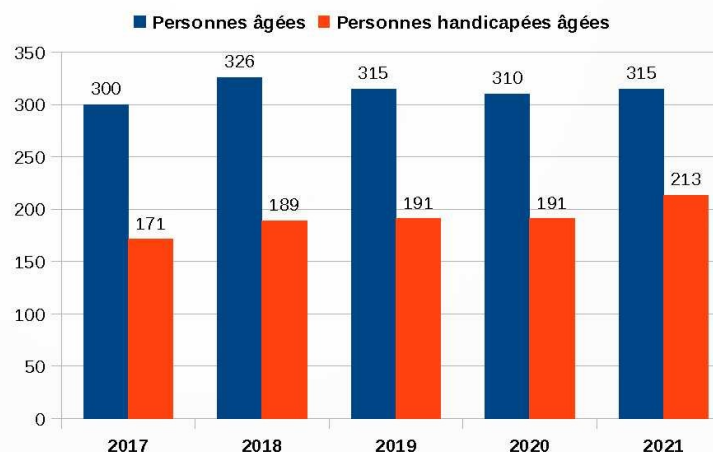
## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

### Analyse des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement

Nombre de décisions d'aide sociale selon le statut de la demande

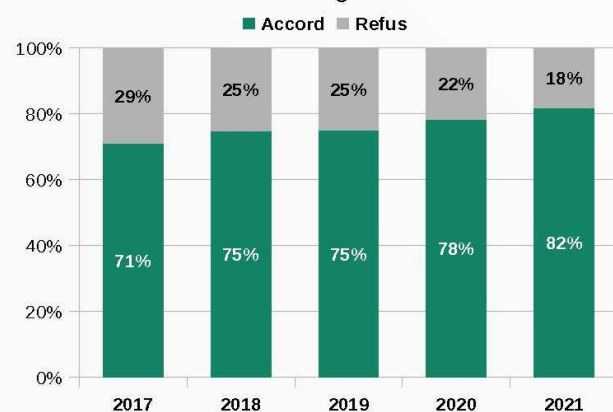


Bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au 31-12



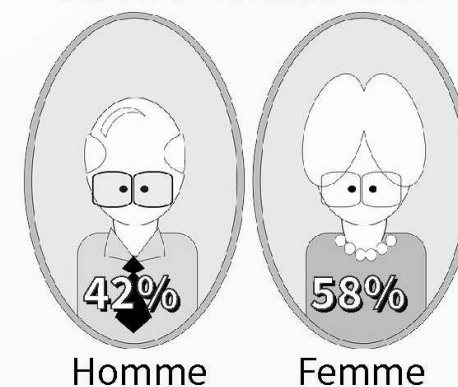
528 bénéficiaires de l'aide sociale en 2021 en progression de 12 % sur 5 ans.

Répartitions des décisions d'aide sociale à l'hébergement



Un recours à l'aide sociale qui diminue sur les dernières années.  
Un taux d'accord qui augmente et une proportion de personnes handicapées âgées en hausse.

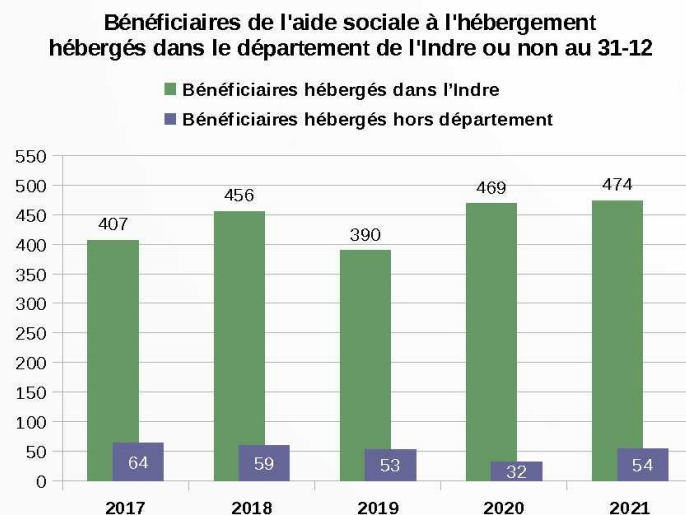
Au 31 décembre 2021



## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

### Analyse des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement

#### Répartition des bénéficiaires en droits Indre et hors Indre



Le nombre de bénéficiaires dans l'Indre a augmenté notamment en 2020 et 2021.

474 personnes âgées sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement hébergées dans l'Indre dont 469 sont accueillies en établissement pour personnes âgées et 5 en accueil familial soit un taux de 15,4 % au regard des 3 049 places habilitées en établissement.

## II- Une offre de services : *hébergement* Résidences autonomes

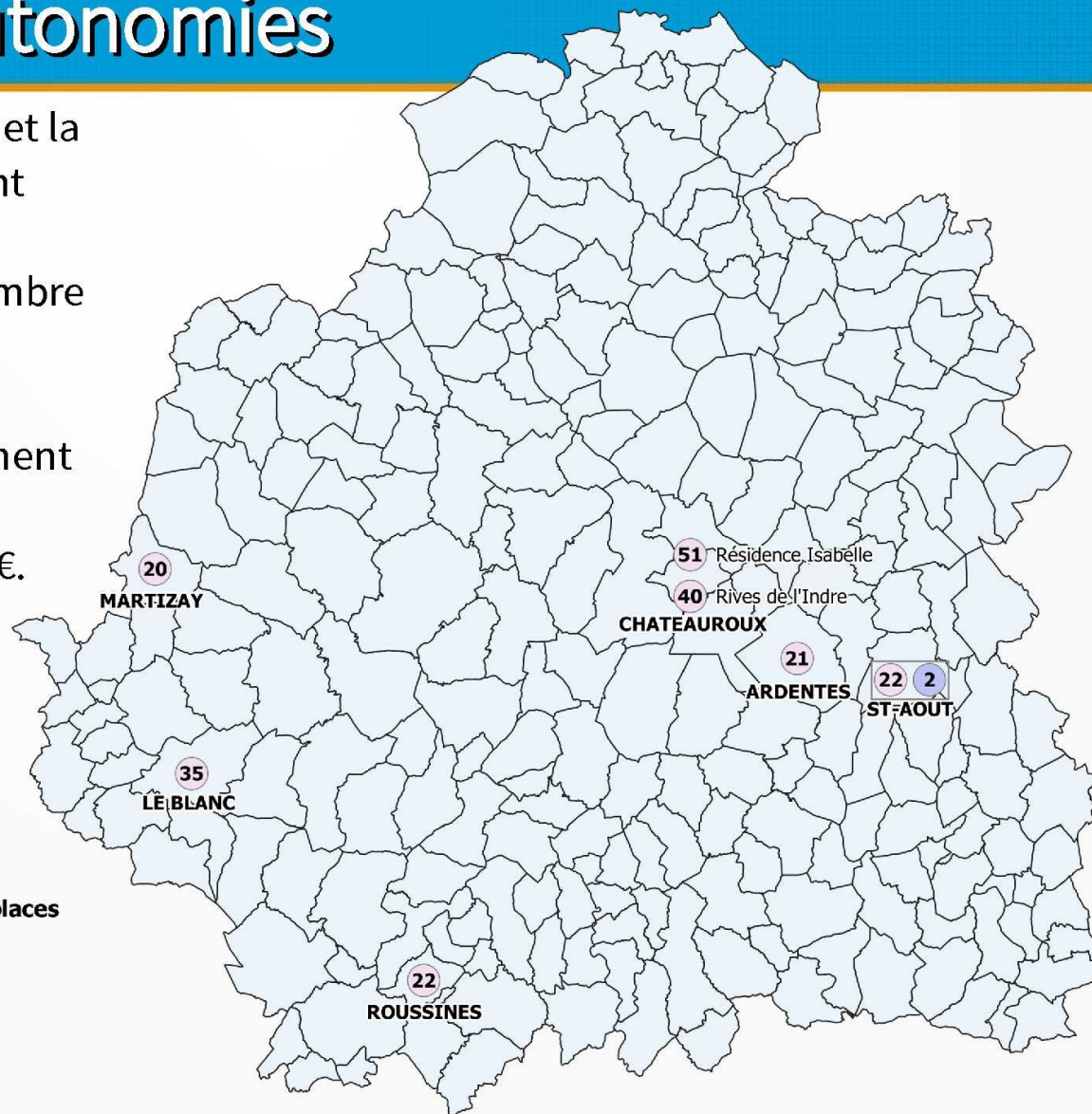
Dans l'Indre, le Département et la Conférence des financeurs ont acté de répartir le forfait autonomie sur la base du nombre de places.

En 2021, le forfait autonomie pour l'ensemble du département s'élève à 84 726,72€ soit un montant à la place de 397,78€.

Capacité au 31-12-2021 : 213 places

● Habilitation aide sociale : 2 places

○ Non habilitation aide sociale : 211 places





## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement* Accueil familial

### Accueil familial au 31-12-2021

Source : CD 36 - DPDS

Une capacité départementale importante mais une répartition déséquilibrée.

#### Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial (SAAF)

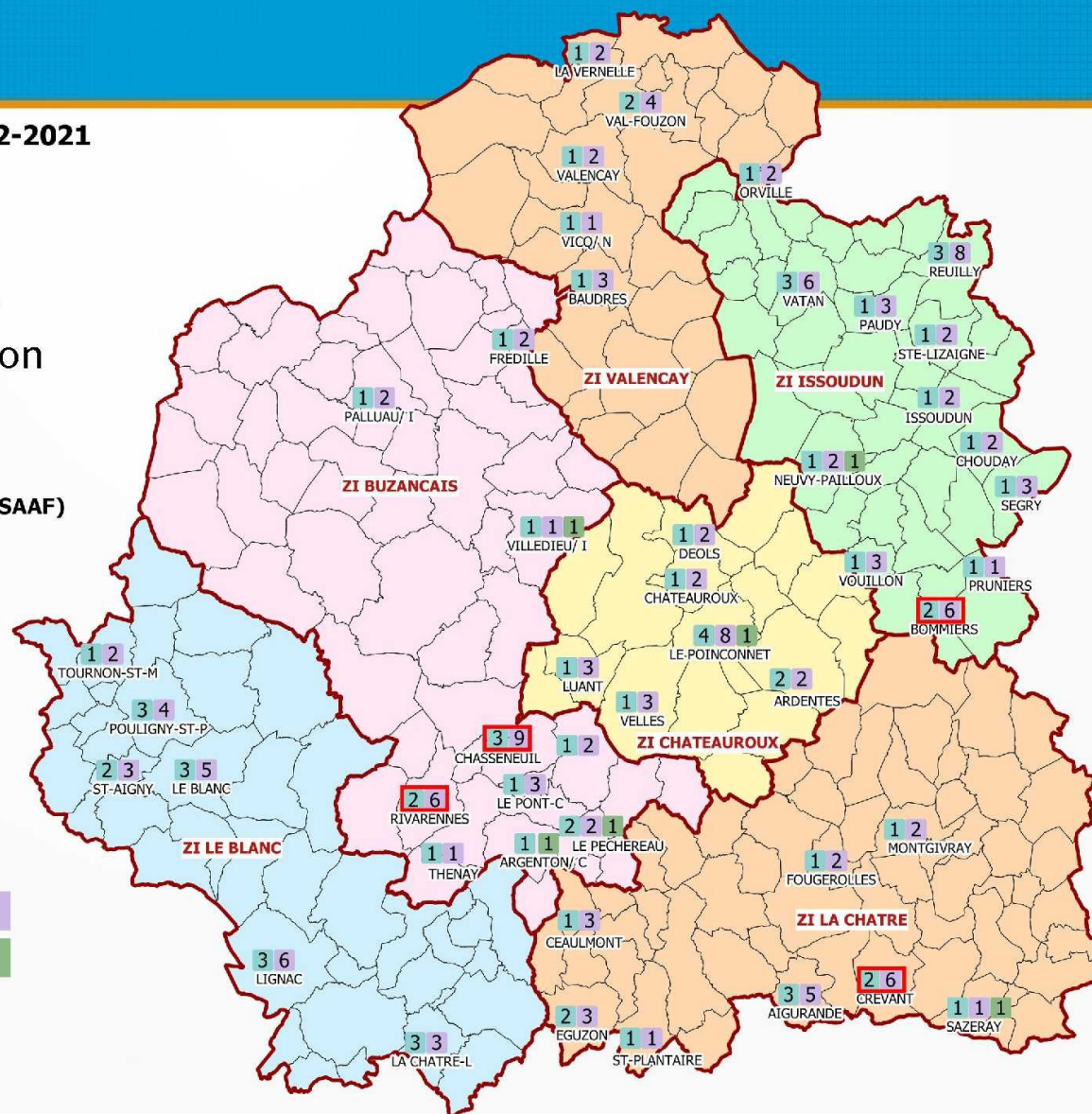
- ADPEP 36 : Valençay, La Châtre
- APAJH 36 : Buzançais
- Atout Brenne : Le Blanc
- CDGI : Châteauroux
- CSPCP : Issoudun
- Zone d'intervention des SAAF
- Accueil Familial Regroupé

**Accueillants familiaux agréés : 74**

**Capacité d'accueil : 152 places agréées  
dont :**

**Accueil permanent à temps complet : 146 places**

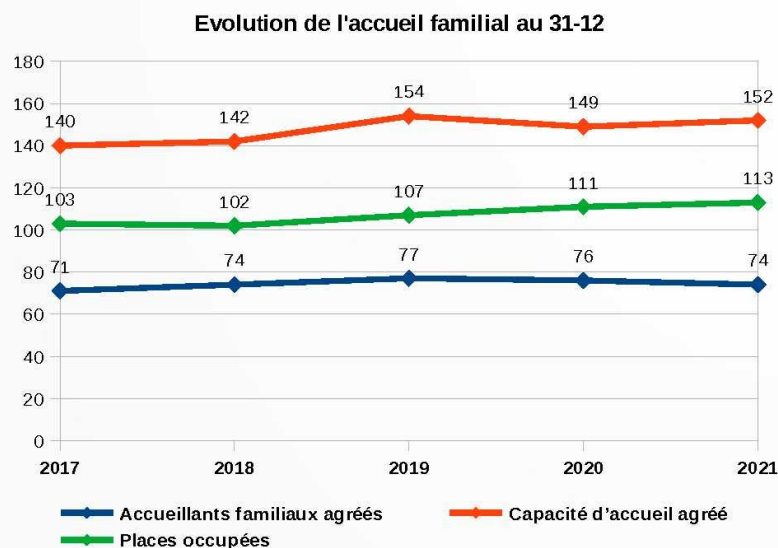
**Accueil temporaire à temps complet : 6 places**



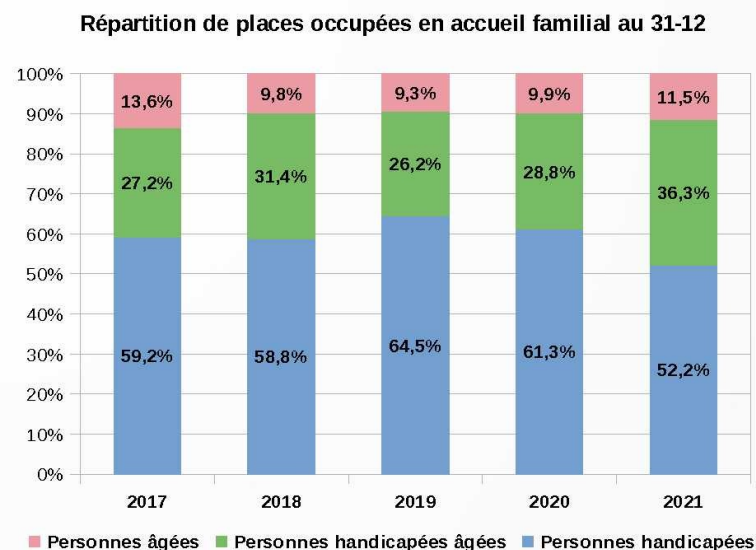


## II- Une offre de services diversifiée : *hébergement*

### Accueil familial : accueillants familiaux agréés



Légère baisse du nombre d'accueillants agréés mais le nombre de places d'accueil reste stable depuis 3 ans. Augmentation du nombre de places occupées.

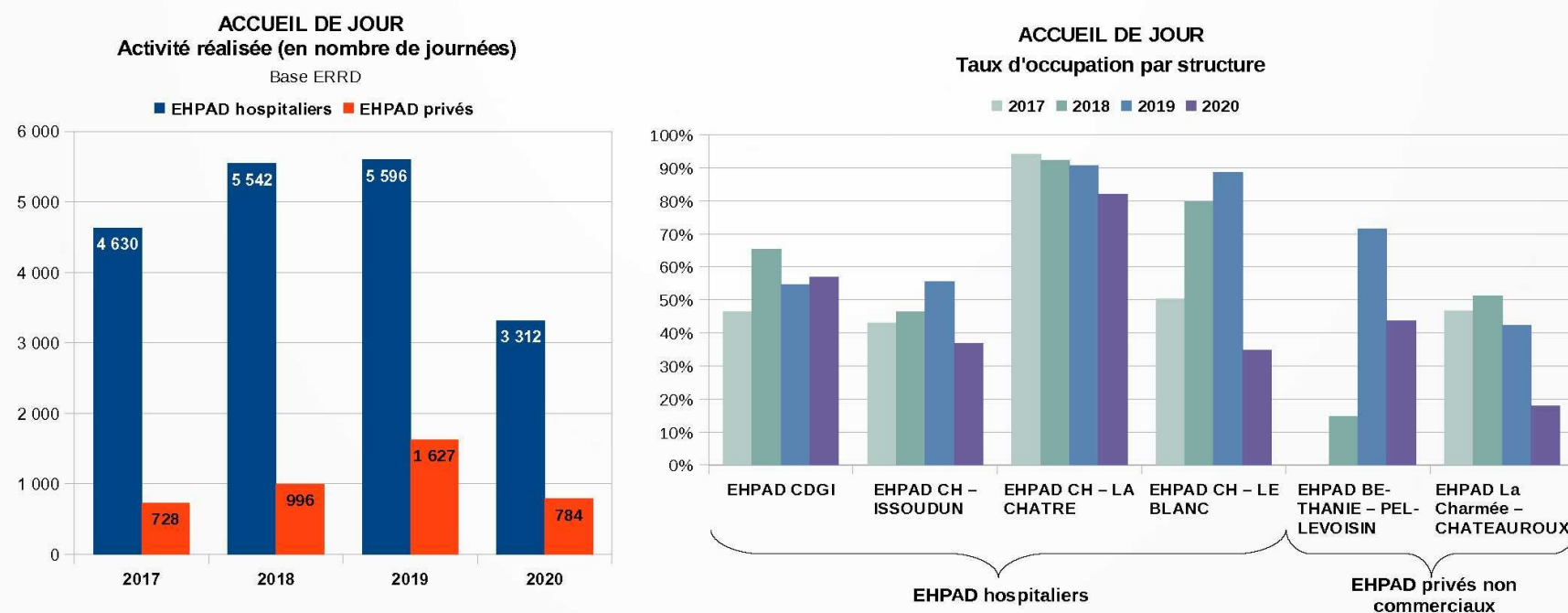


La part des personnes âgées accueillies augmente depuis 3 ans.

## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### Accueil de jour : activité réalisée et taux d'occupation

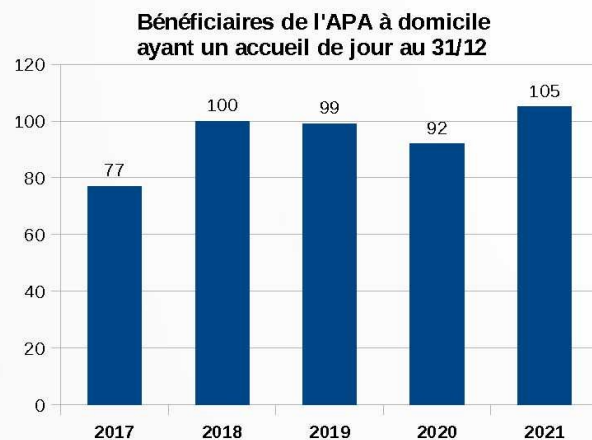
Au 31 décembre 2021, le département de l'Indre compte 46 places en accueil de jour.



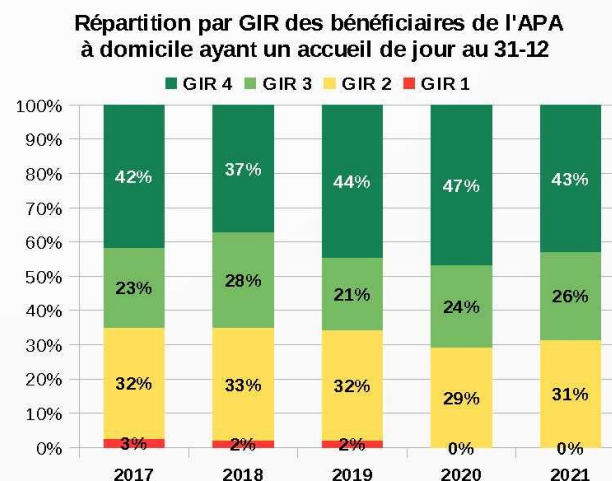
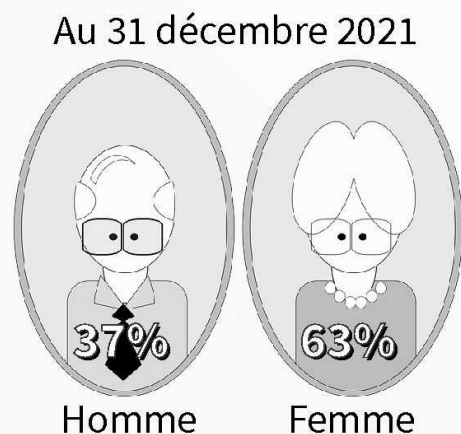
L'activité de l'accueil de jour a subi l'impact de la crise sanitaire.

## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### Accueil de jour : bénéficiaires de l'APA

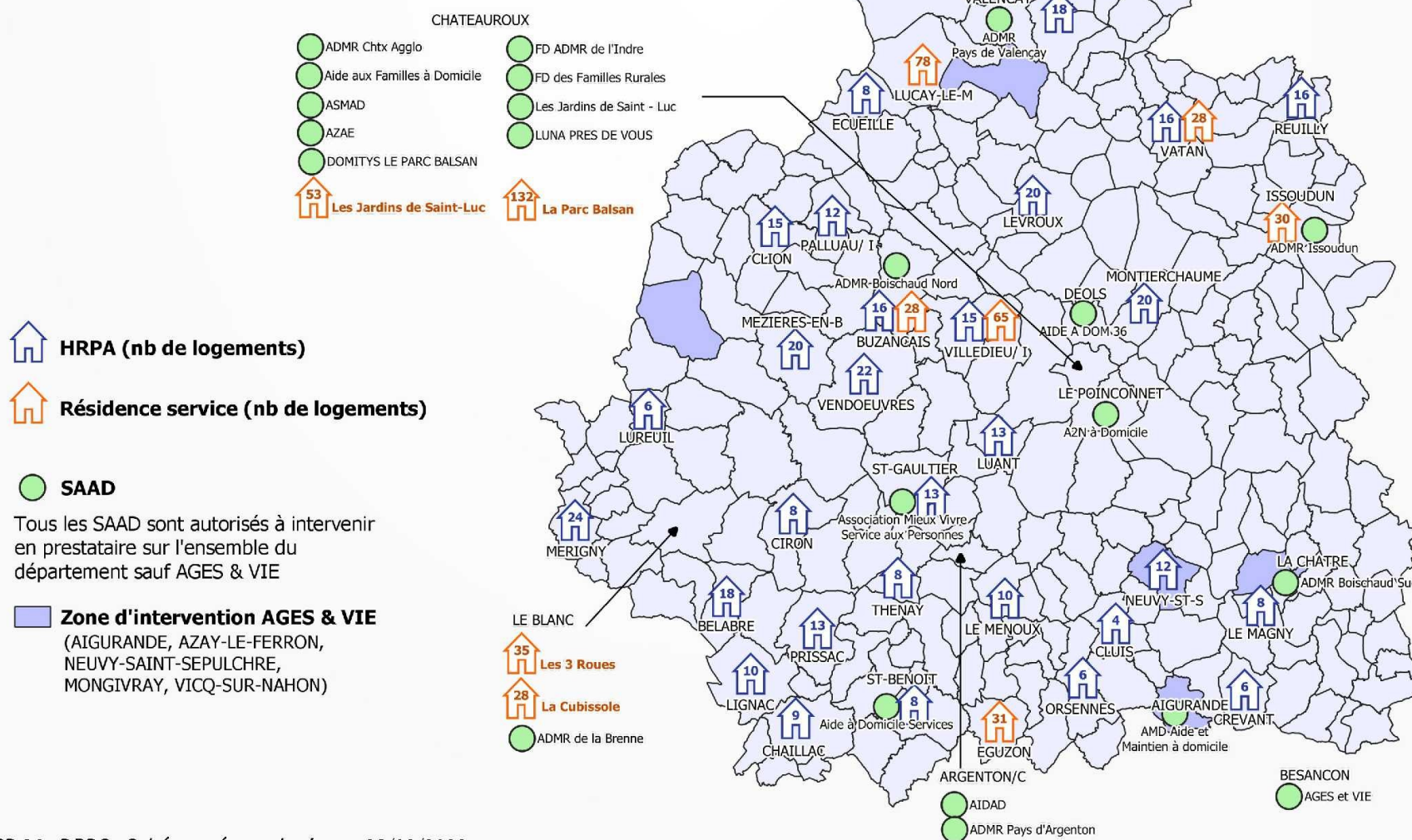


Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en accueil de jour augmente et concerne majoritairement les GIR 3 et 4.





## Services et dispositifs d'accompagnement à domicile non médicalisés



## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### De nombreuses associations et réseaux d'accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de vie et de soins

#### **Associations**

- Spondyl'asso : Association nationale centre contre la spondylarthrite
- AFD 36 : Association des diabétiques de l'Indre
- JALMALV-ALAVI 36 : Accompagner la vie dans l'Indre
- ALMA 36 : association de lutte contre la maltraitance
- APF : Association des paralysés de France
- ASSOCIATION des DONNEURS de VOIX : Bibliothèque sonore de l'Indre
- ASSOCIATION Elisabeth Kübler-Ross France : accompagnement aux personnes en deuil
- ASSOCIATION Les PETITS FRERES des PAUVRES : association de lutte contre la pauvreté
- Valentin-Haüy : association au service des aveugles et malvoyants
- BVE 36 : Bien vieillir ensemble
- CAIS : Centre d'action et d'information sur la surdité
- CENTRE ANTI-DOULEUR
- FRAPS IREPS Antenne 36 : Comité départemental d'éducation pour la santé
- CODESPA : Comité départemental de soins palliatifs de l'Indre
- DOSANSOL : Domicile sans solitude
- FRANCE ALZHEIMER Y'ACQA36
- FRANCE AVC 36 : Association d'aide aux victimes atteints d'accidents vasculaires cérébraux

- FRANCE PARKINSON : Comité de l'Indre
- LIGUE NATIONALE contre le CANCER : Comité de l'Indre
- CCAS Office des Personnes à la Retraite (OPR)
- Livresmoi (Service de livraison de documents à domicile)
- Monalisa
- SEP 36 : Association d'informations et d'échanges pour les patients atteints de Sclérose en plaque
- SOS ECOUTE Indre
- TALENTS EN PARTAGE : pratiques culturelles pour lutter contre l'isolement
- Amicale le Pont en cardiologie et opérés du cœur : Union départementale des opérés du cœur et des maladies cardiaques de l'Indre
- VMEH : Visiteurs des Malades dans les Etablissements Hospitaliers de Châteauroux

#### **Réseaux d'accompagnement et de santé**

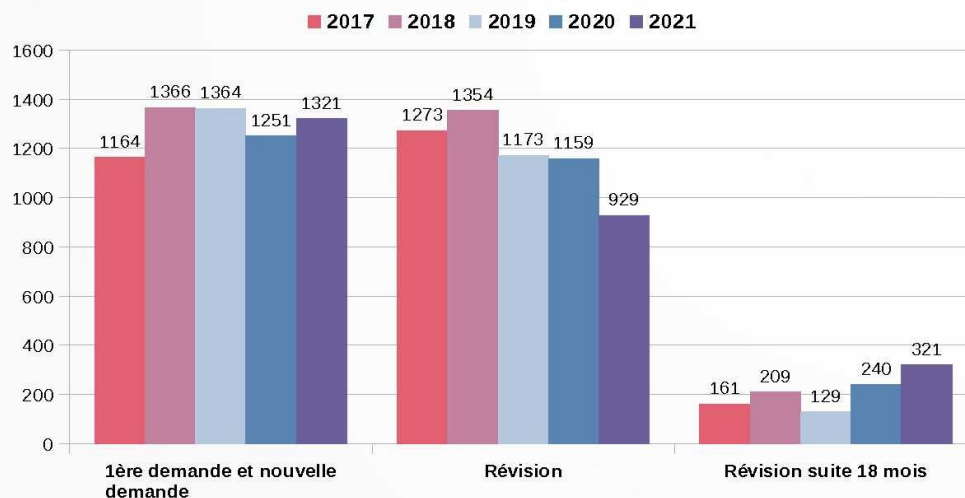
- DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)
- Diapason 36 (maladies chroniques)
- EADSP Indre (soins palliatifs)
- Réseau Neuro Centre (maladies neuro dégénératives)
- Oncoberry (cancérologie)
- Réseau Prévention Mains du Centre (chirurgie de la main)
- Respire 36 (réseau santé précarité de l'INDRE rejetant l'exclusion)



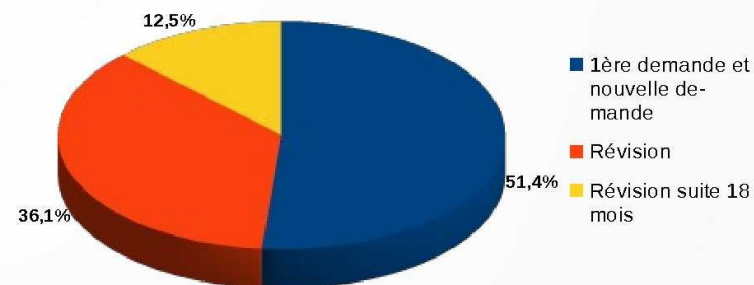
## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### APA à domicile : étude des demandes

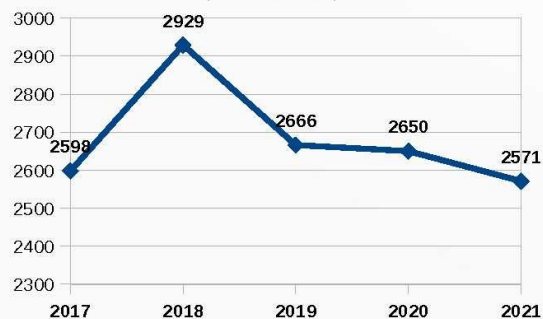
Nombre de demandes APA à domicile selon le statut de la demande  
(hors recours)



Nombre de demandes APA à domicile en 2021  
selon le statut de la demande (hors recours)



Nombre de demandes APA à domicile  
(hors recours)



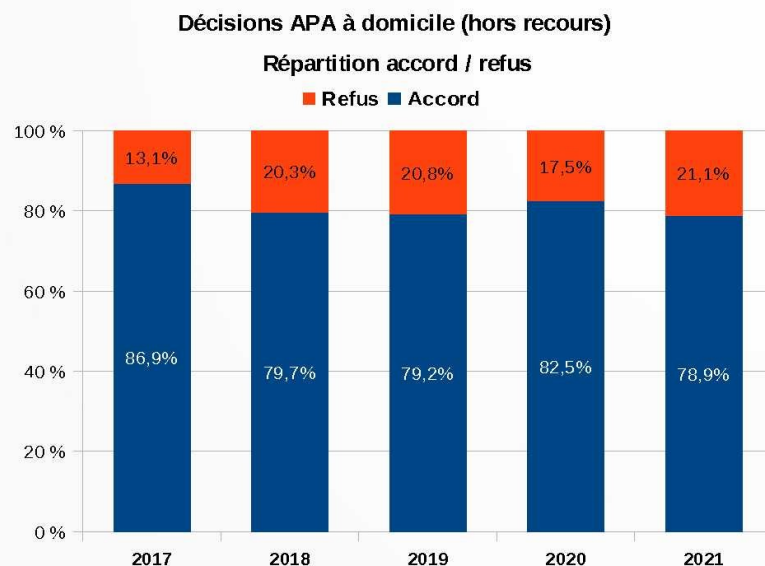
Des demandes en baisse depuis 2018.

Autant de premières demandes que de révisions.



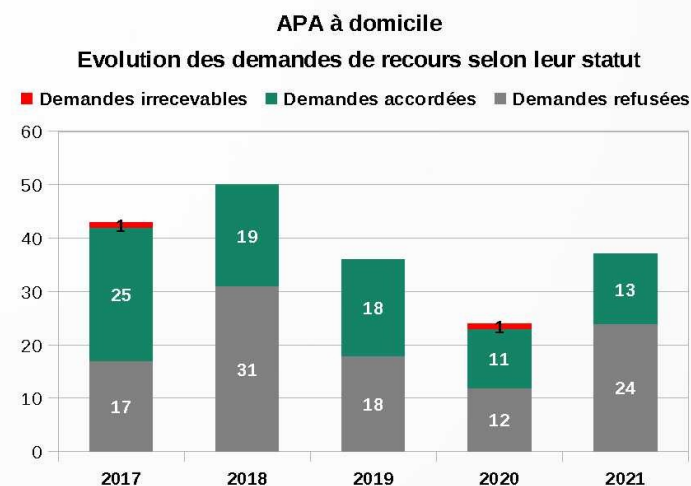
## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### APA à domicile : étude des décisions



Des taux d'accord qui restent très élevés, proche de 80%.

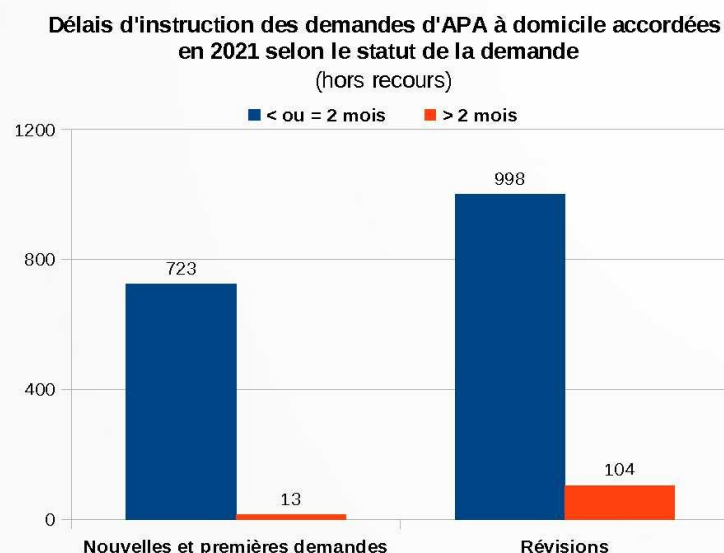
Des refus qui ont augmenté depuis 2018.



Un nombre de recours qui reste faible sur le volume de décisions.

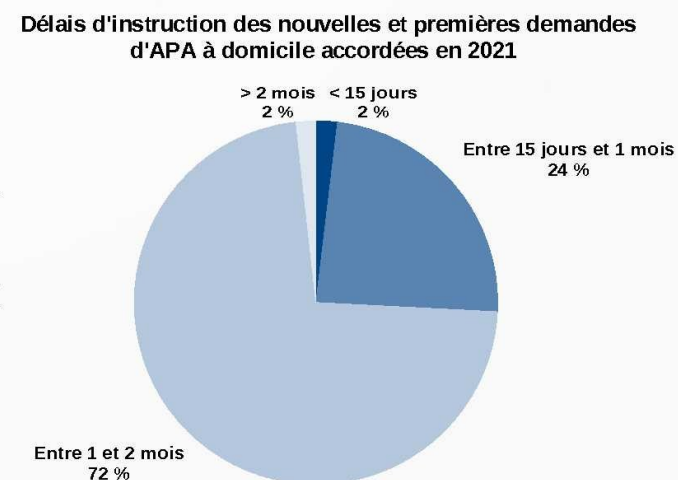
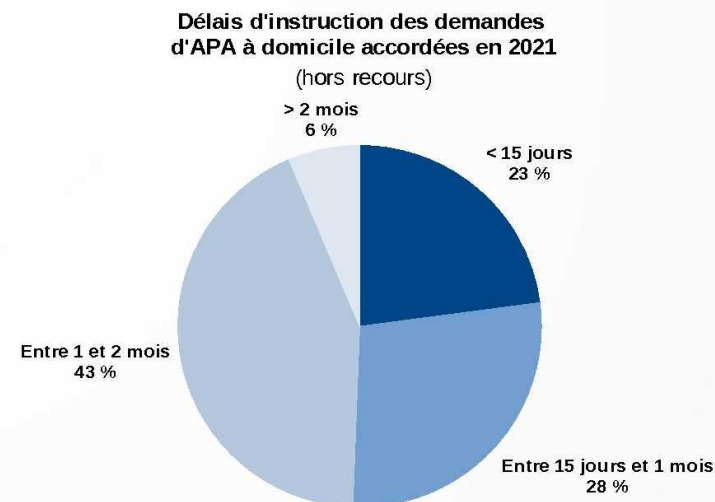
## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### APA à domicile : délais moyen des décisions en mois



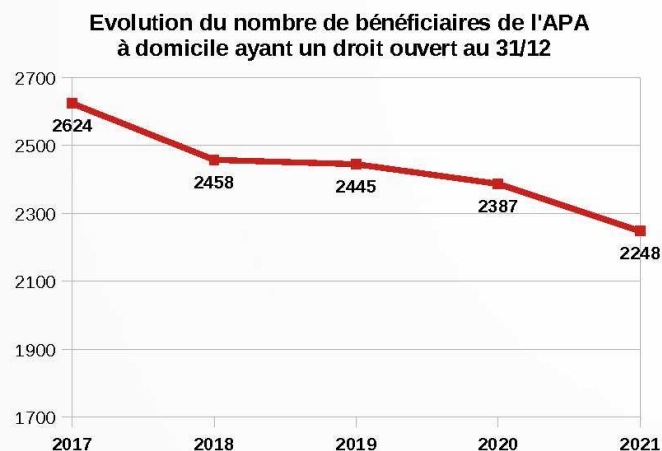
94 % des décisions sont prises avec un délai de moins de 2 mois entre la date de dossier complet et la date d'effet du droit.

51 % des décisions sont prises avec une date d'effet dans le mois dont 26 % pour les premières et nouvelles demandes permettant de prendre en compte les situations d'urgence.

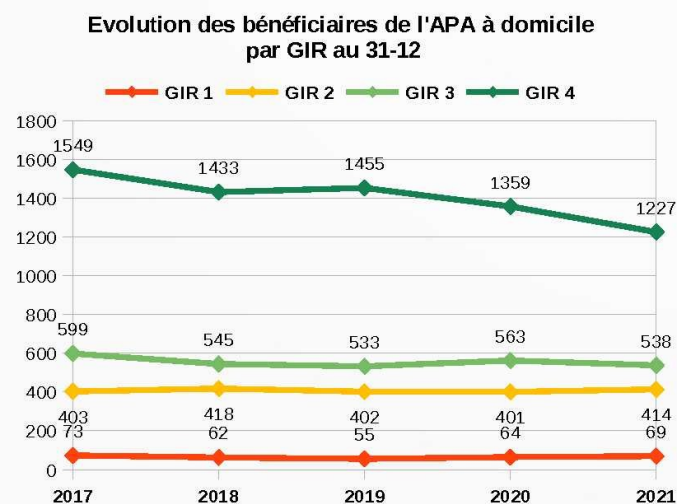


## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

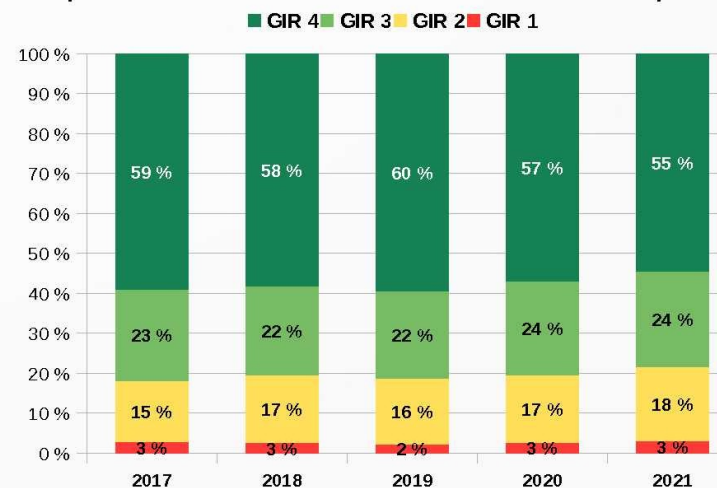
### APA à domicile : bénéficiaires



Diminution du nombre de bénéficiaires liée à la baisse des demandes.  
Cette diminution concerne essentiellement les bénéficiaires de GIR 4 bien que cette catégorie reste largement la plus représentée.



Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31/12 par GIR

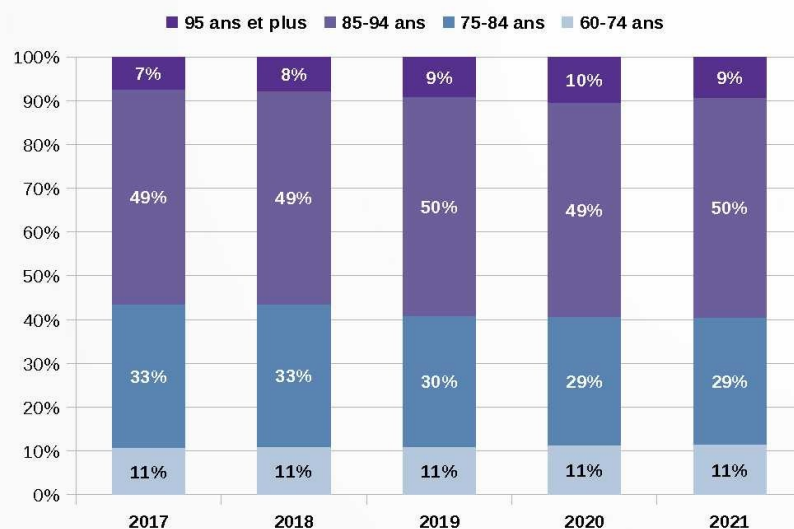




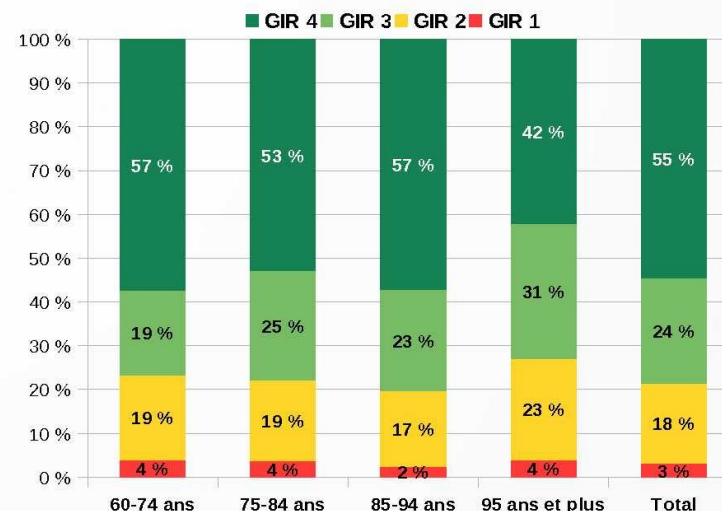
## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### APA à domicile : profil des bénéficiaires

Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31/12 par tranche d'âge



Répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31-12-2021

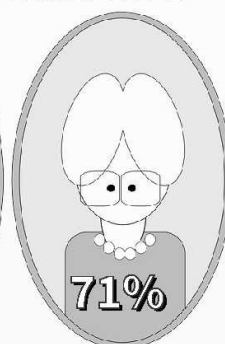


La tranche d'âge la plus représentée est celle des 85 à 94 ans. A partir de 95 ans, les bénéficiaires sont peu nombreux. La part des 75-84 ans semble la plus touchée par la baisse des effectifs des bénéficiaires.

Au 31 décembre 2021



Homme



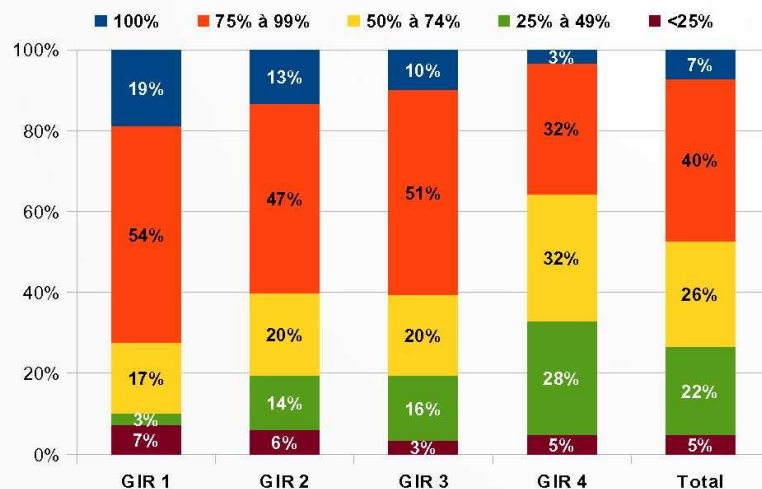
Femme

Jusqu'à 95 ans, la répartition des GIR reste relativement stable avec plus de la moitié des bénéficiaires en GIR 4. C'est à partir de 95 ans que la part des bénéficiaires des GIR 1, 2 et 3 avoisine les 60%.

## II- Une offre de services diversifiée : *domicile* APA à domicile

Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31-12-2021 par GIR et par tranche de plan d'aide par rapport au plafond du GIR de 2021

Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31-12-2021  
par GIR et tranche de plan d'aide par rapport au plafond du GIR



Plus la dépendance est élevée, plus le plan d'aide est fortement utilisé :  
70 % des GIR 1 sont à plus de 75 % du montant plafond du GIR alors que, pour les GIR 4, 73 % sont à plus de 50 % du montant plafond.

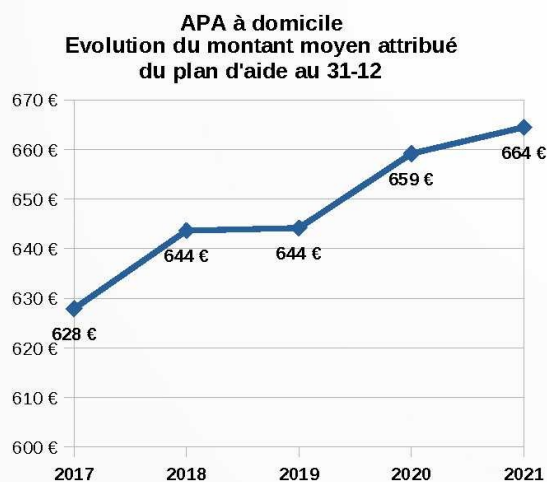
| Plafond du GIR |            |            |          |
|----------------|------------|------------|----------|
| GIR 1          | GIR 2      | GIR 3      | GIR 4    |
| 1 747,58 €     | 1 403,24 € | 1 013,89 € | 676,30 € |

### Explications

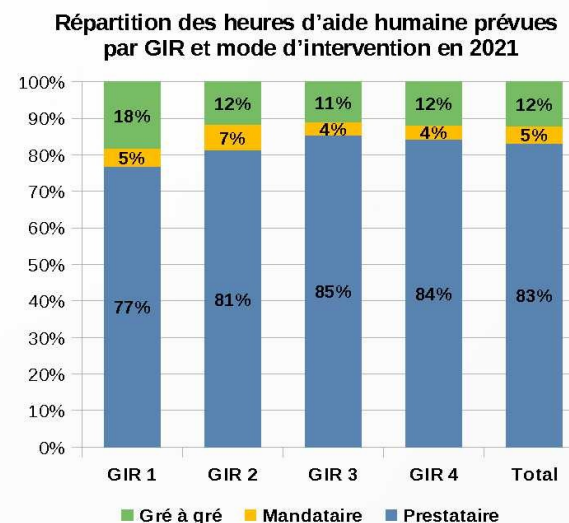
|           |                                                                            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|
| 100%      | Le montant du plan d'aide est égal à 100% du plafond du GIR                |
| 75% à 99% | Le montant du plan d'aide est compris entre 75 % et 99 % du plafond du GIR |
| 50% à 74% | Le montant du plan d'aide est compris entre 50% et 74% du plafond du GIR   |
| 25% à 49% | Le montant du plan d'aide est compris entre 25% et 49% du plafond du GIR   |
| <25%      | Le montant du plan d'aide est < 25% du plafond du GIR                      |

## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### APA à domicile - Montant moyen du plan d'aide attribué et heures aide humaine prévues



Le montant moyen attribué augmente avec une variation sur 5 ans de +5,8 %.

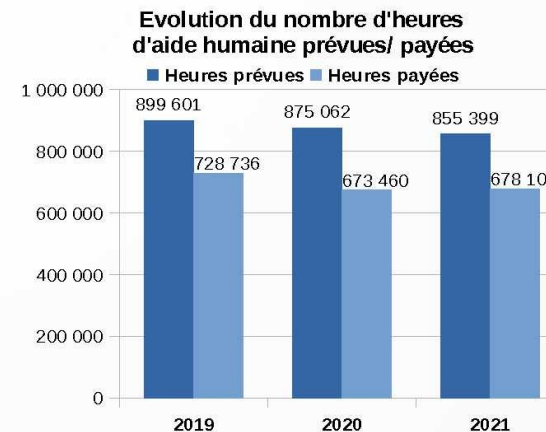
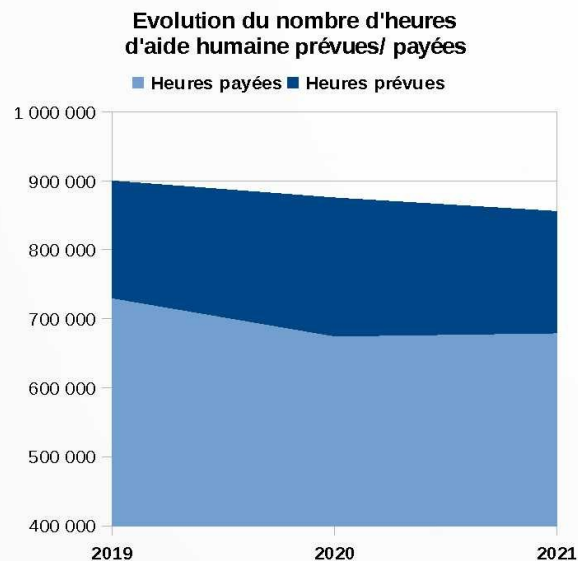


La part du prestataire est très largement majoritaire (plus de 80%). Cependant elle diminue quand la dépendance augmente au profit du gré à gré, en lien avec la différence de coût.



## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### APA à domicile - Heures aide humaine prévues et payées

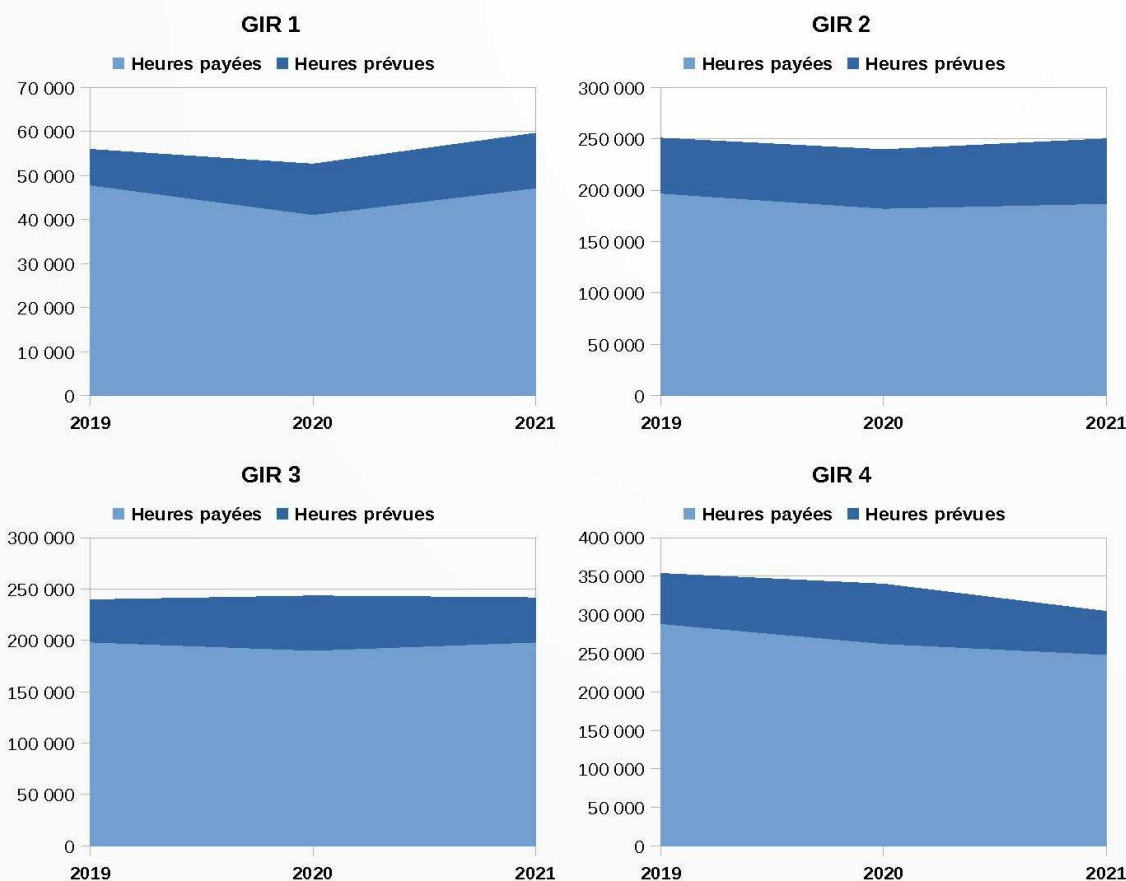


Le nombre d'heures attribuées diminue en lien avec la baisse des bénéficiaires. Le nombre d'heures réalisées a fortement diminué entre 2019 et 2020 et se maintient en 2021. Il ne correspond qu'à 79 % des heures attribuées en 2021.

## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### APA à domicile - Heures aide humaine prévues et payées

Evolution des heures d'aide humaine prévues / payées (effectuées) par GIR

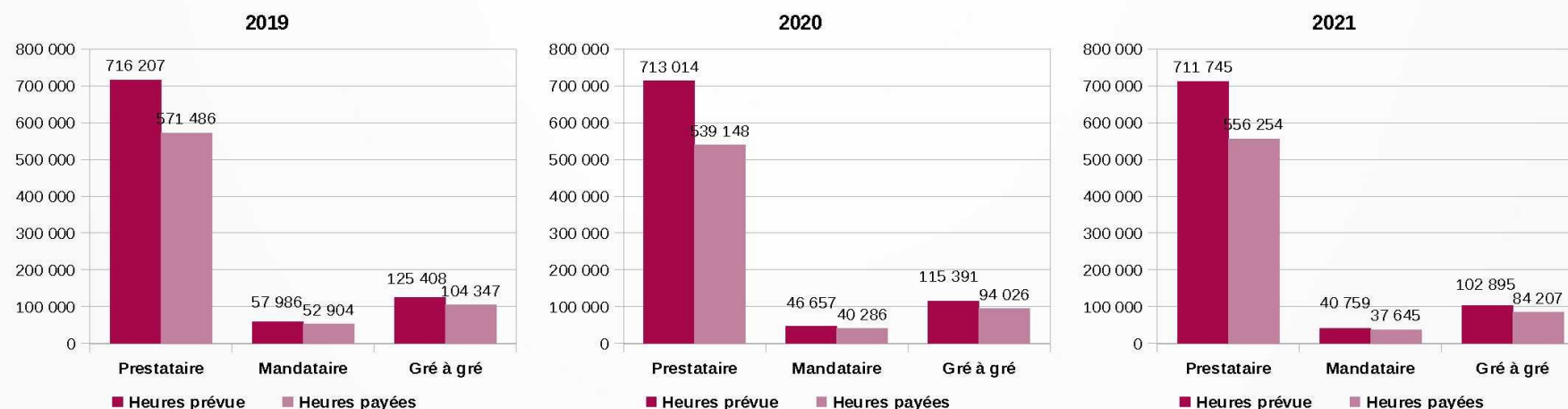


En GIR 1 et 2, l'écart entre nombre d'heures prévues et nombre d'heures payées a tendance à augmenter alors qu'en GIR 4, la baisse du nombre d'heures prévues permet à l'écart de se réduire. Il semblerait que le facteur principal soit la capacité de réponse à la demande. La baisse des heures prévues en GIR 4 paraît liée à la baisse du nombre de bénéficiaires.

## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### APA à domicile - Heures aide humaine prévues et payées

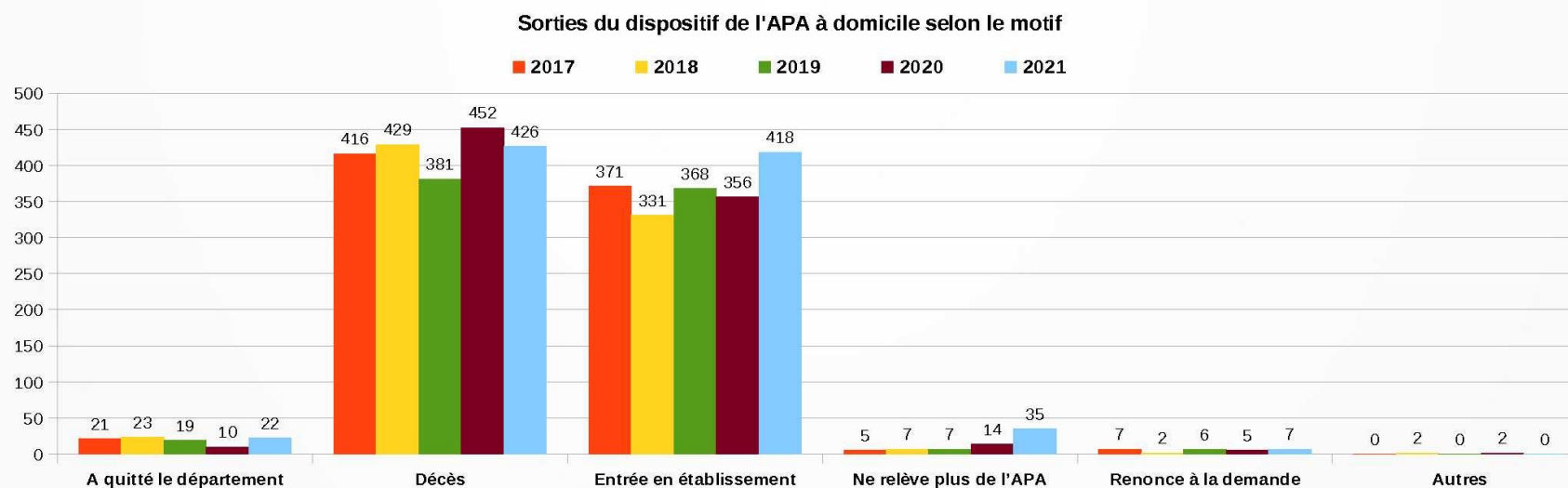
Evolution des heures d'aide humaine prévues / payées (effectuées) par mode d'intervention



L'essentiel des heures non réalisées concerne le prestataire, puisque ce mode d'intervention est très majoritaire, à hauteur stable de 20 %. Ce taux est assez similaire pour le gré à gré (18%).

## II- Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

### APA à domicile : profil des bénéficiaires sortis du dispositif

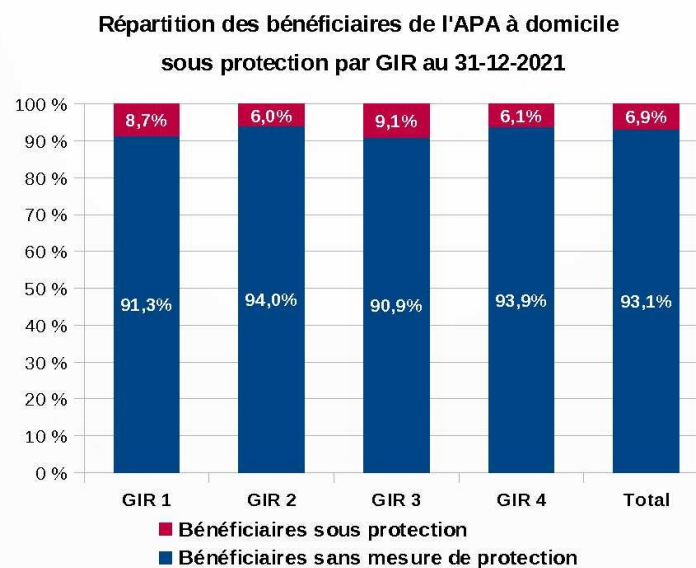


Le motif principal de sortie est le décès. Cependant le motif « entrée en établissement », second motif, en forte progression en 2021, arrive quasiment au même niveau.



## II- Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

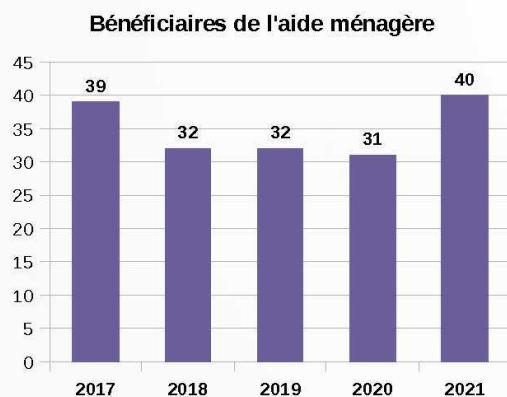
### APA à domicile : profil des bénéficiaires sous protection



Au 31 décembre 2021, un nombre très faible de bénéficiaires de l'APA à domicile sous protection quel que soit le GIR.

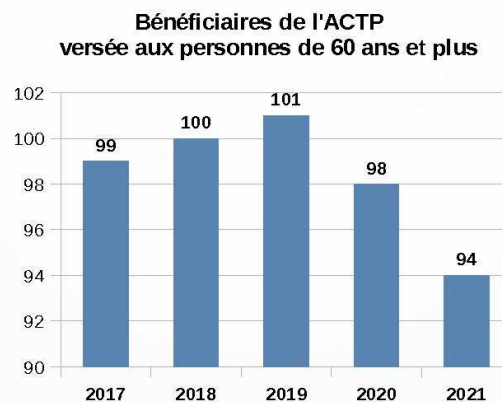
## II- Une offre de services diversifiée : *domicile*

### Aide ménagère, ACTP et PCH

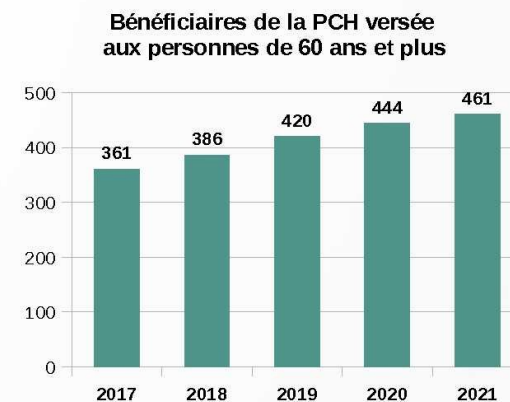


La prestation d'aide ménagère est assurée par 2 services habilités.

Augmentation du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère en 2021.



Diminution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP versée aux personnes de 60 ans et plus depuis les 2 dernières années.



Augmentation constante du nombre de bénéficiaires de la PCH versée aux personnes de 60 ans et plus.



# II- Une offre de services diversifiée

## Accès aux soins

**Hôpital, clinique, Soin de Suite et de Réadaptation (SSR), Equipe mobile de Gériatrie (EMG), Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), Hospitalisation à domicile (HAD), Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)**  
au 31-12-2021

○ Hospitalisation : 710 lits

○ Psychiatrie : 295 lits

□ SSR : 504 lits

◆ SSIAD : 681 places

◇ ESA : 30 places

△ HAD : 35 places

⬡ EMG extra-hospitalière

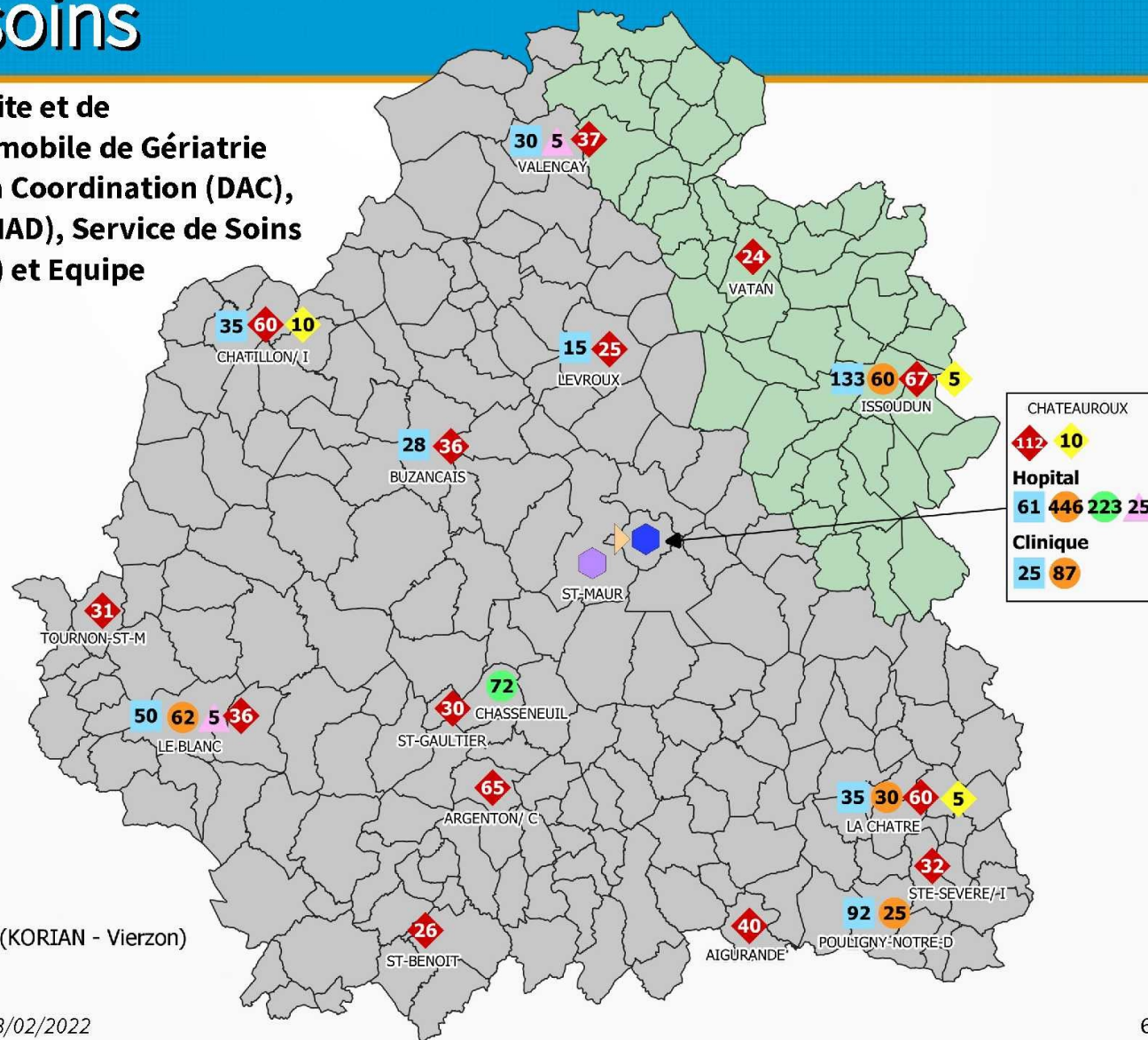
⬡ EMG intra-hospitalière

◇ DAC

HAD

■ HAD CH Châteauroux

■ HAD Pays des Trois Provinces (KORIAN - Vierzon)



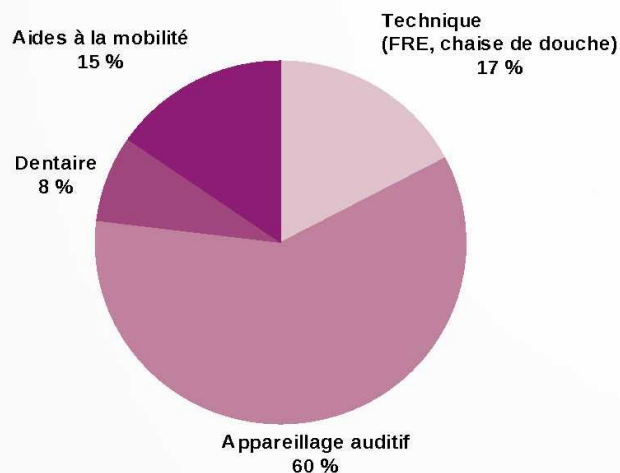
## III- Actions de prévention et de coordination

- Les dispositifs d'aide financière : la Conférence des financeurs et le fonds d'aide
- L'instance de proximité de repérage et de coordination : les Coordinations gérontologiques départementales
- L'outil départemental d'informations et de ressources : le CLIC
- Le dispositif départemental d'adaptation des logements à la perte d'autonomie : le PIG

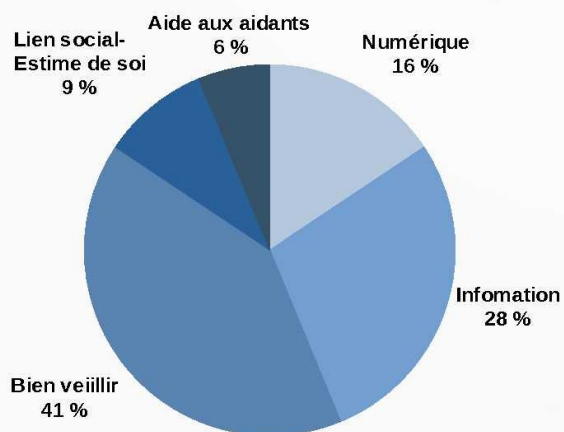
# III- Actions de prévention et de coordination

## Conférence des financeurs et Fonds d'aide départemental

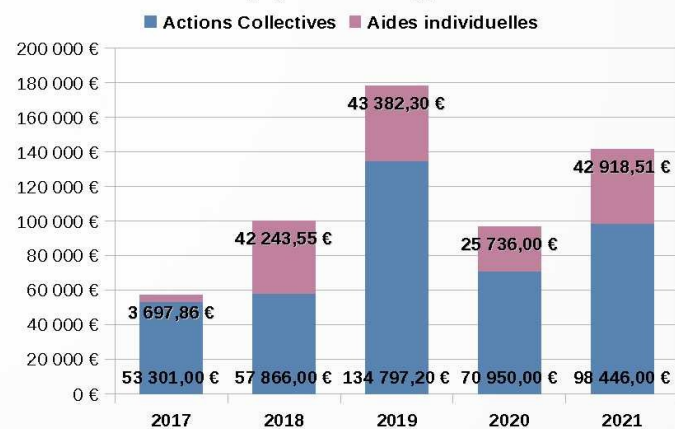
Répartition des 52 dossiers d'aides individuelles en 2021



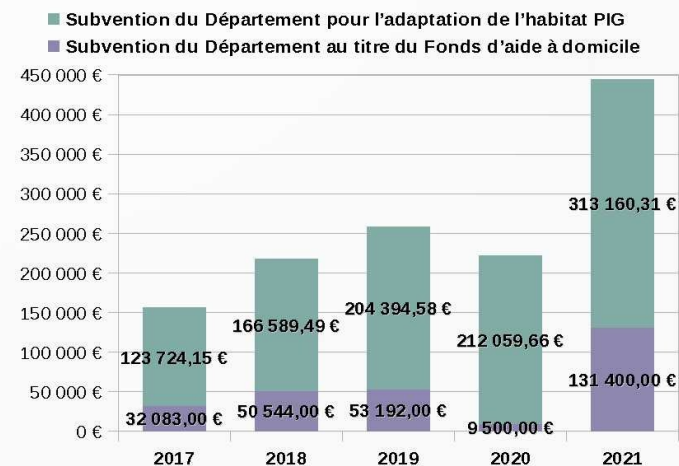
Répartition des 32 dossiers d'actions collectives en 2021



Conférence des financeurs  
Montants engagés selon le type d'actions



Fonds d'aide départemental





# III- Actions de prévention et de coordination

## Coordination gériatologique départementale

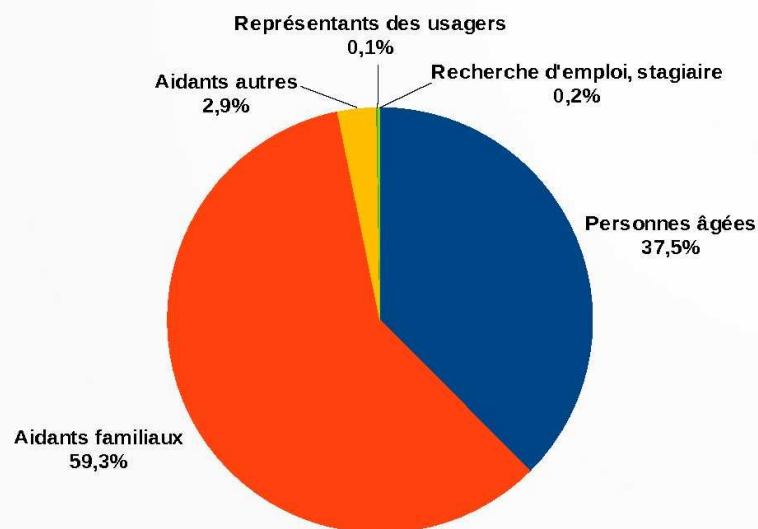
Les coordinations gériatologiques restent l'outil premier pour permettre en proximité de repérer les personnes à fragilité et leurs besoins afin de leur proposer des accompagnements adaptés. Elles réunissent à l'échelon local l'ensemble des acteurs pour développer des projets de prévention ou échanger autour de situations préoccupantes nécessitant un accompagnement coordonné.

 Association des coordinations pour les actions collectives

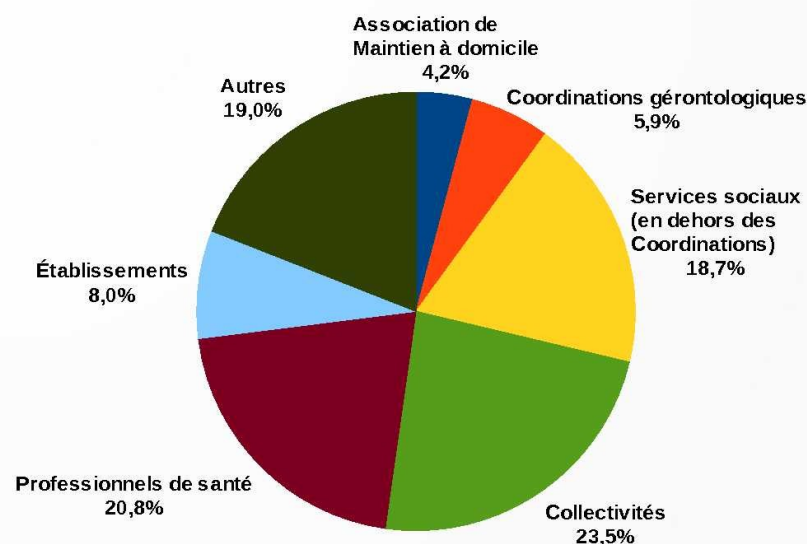


# III- Actions de prévention et de coordination CLIC

Répartition des 1 156 contacts Grand Public 2021



Répartition des 289 contacts de professionnels 2021



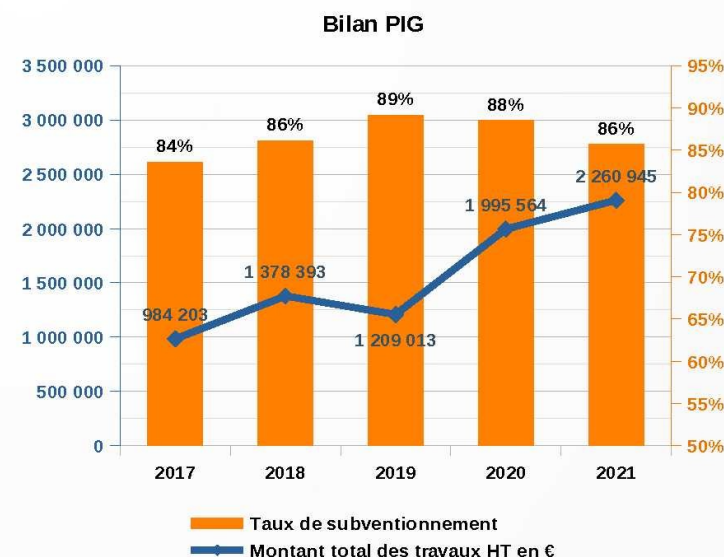
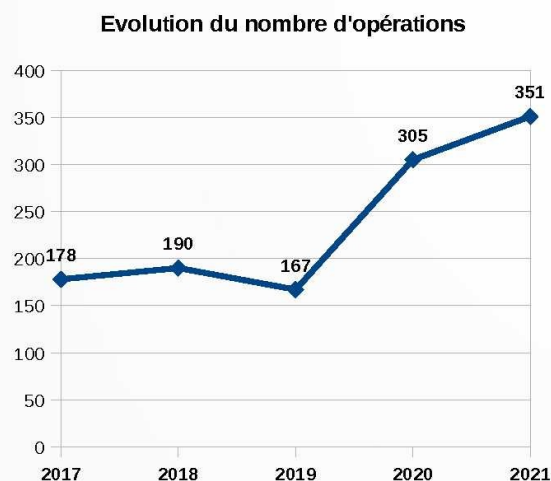
Le CLIC est à disposition du grand public comme des professionnels pour diffuser toutes les informations relatives à la politique gériatrique. Il assure l'actualisation du site SENIOR 36.

Il accompagne les coordinations gériatriques locales et l'ensemble des acteurs pour le développement d'actions d'information et de prévention.



# III- Actions de prévention et de coordination

## Bilan PIG 2017 - 2020

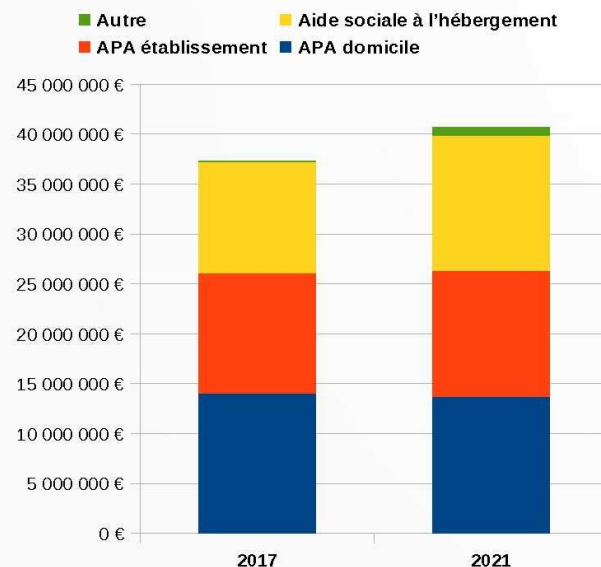


Le PIG, depuis 2005, est un outil majeur de prévention et de soutien de la vie à domicile en permettant l'adaptation des logements. Forte augmentation du nombre d'opérations en 2 ans (+110 %) pour atteindre 351 en 2021. De fait, le montant des travaux augmente également de façon importante, 2,26 M€ en 2021, avec un taux de subventionnement très important de plus de 85 %.

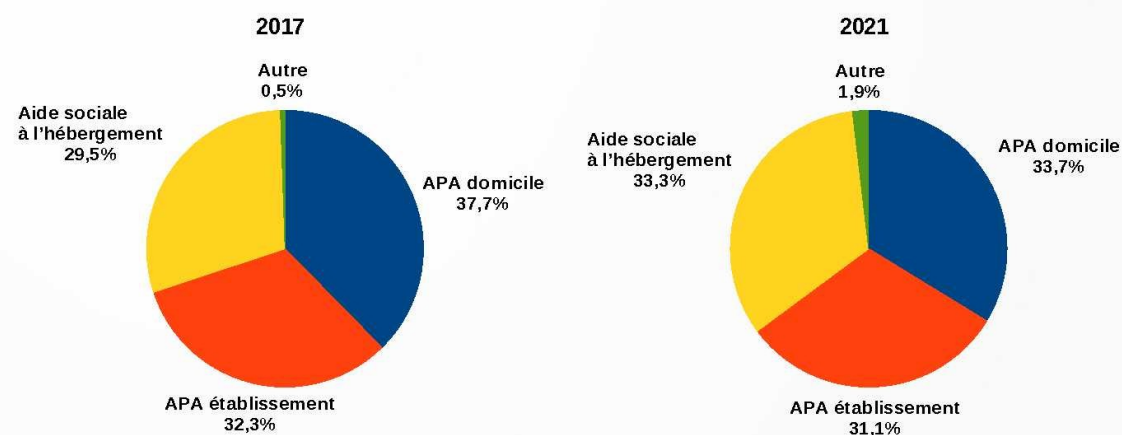


# IV- Budget

Evolution des dépenses de fonctionnement du Département au titre du département



Dépenses de fonctionnement du Département au titre des personnes âgées



Au global, l'ensemble des dépenses a augmenté de 8,9 % avec une croissance de l'aide sociale à l'hébergement qui augmente sa part de 30 % à 33 % de la dépense.

En 2021, l'ensemble des 3 principaux postes s'équilibre entre 31 % et 34 %.

De ce fait, la part de prise en charge en établissement représente les deux tiers de la dépense départementale.

# V- Groupes de travail



Des groupes de travail vous sont proposés afin de mettre en place les actions à venir dans le cadre de la réalisation du nouveau schéma gériatrique départemental.

Les thématiques et calendriers proposés :

## ↳ **Groupe 1 : prévention de la perte d'autonomie**

- le mercredi 30 mars à 9h15 (salle 17 – DPDS)
- le mercredi 27 avril à 14h (salle 17 – DPDS)
- le mercredi 11 mai à 14h (salle 17 – DPDS)

Vous pouvez vous inscrire aux différents groupes de travail :

- à l'issue de cette réunion
- à l'adresse mail : [dpds-direction@indre.fr](mailto:dpds-direction@indre.fr)

## ↳ **Groupe 2 : accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit le lieu de vie**

(une première réunion permettra de recenser les thèmes à aborder pour organiser les travaux en sous-groupes)

- le mercredi 23 mars 2022 à 14h (salle des délibérations – CD36)
- le jeudi 7 avril 2022 à 14h (salle 17 – DPDS)
- le mercredi 18 mai 2022 à 14h (salle 17 – DPDS)
- le mercredi 8 juin à 14h (salle 17 – DPDS)
- le mercredi 29 juin à 9h15 (salle 17 – DPDS)