

Fascicule séparé

ANNEXE au rapport n° CD / 35
du 16 janvier 2017

Schéma gérontologique départemental 2017-2022

SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE
DÉPARTEMENTAL
2017-2022

PREAMBULE

Fort de la dynamique créée par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le Département a relancé la réflexion locale et engagé les travaux d'élaboration du schéma gérontologique départemental dès février 2016.

Les axes de cette réflexion se sont articulés autour des thèmes qui avaient également structuré la discussion lors du précédent schéma gérontologique départemental pour la période 2008-2013.

Ainsi, trois groupes de travail rassemblant, sur la base du volontariat, tous les acteurs du secteur ont pu, pendant le premier semestre 2016, permettre le débat autour de la structuration et l'adaptation de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées à domicile ou accueillies et des facteurs favorisant un environnement adapté au bien vieillir.

Sur la base du diagnostic présenté le 28 septembre 2016, le présent schéma met l'accent à la fois :

- sur la nécessité de favoriser le « bien vieillir » en bonne santé et d'agir sur les facteurs de risque,
- sur l'importance de mieux accompagner la perte d'autonomie.

Ces deux volets rappellent à la fois les grands principes du « Bien vieillir » et les nécessaires adaptations des politiques publiques pour « Mieux vieillir ».

Pour ce faire, le présent schéma offre une feuille de route programmatique de l'action publique et privée constituée de 36 fiches actions.

Serge DESCOUT

Président du Conseil Départemental

SOMMAIRE

Partie I Etat des Lieux

I	Environnement géographique	Page 9
II	Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande	Page 28
III	Les actions de prévention et de coordination	Page 90

Partie II Les axes du schéma

		Page 98
1	Favoriser le « Bien Vieillir » en bonne santé / Agir sur les facteurs de risques	Page 99
1-1	Lutter contre l'isolement	Page 100
1-1-1	Maintenir le lien social	Page 100
1-1-2	Développer l'Information	Page 101
1-1-3	Favoriser les modes d'habitat et les solutions de mobilité qui offrent des alternatives à un habitat diffus et isolé	Page 101
1-2	Adapter l'environnement pour prévenir le risque de ruptures néfastes	Page 103
1-2-1	Adapter le logement en anticipation de la perte d'autonomie : perte de mobilité, désorientation, déficits sensoriels	Page 103
1-2-2	Simplifier le quotidien par des aides techniques et de la domotique permettant de prévenir la perte d'autonomie	Page 104
1-3	Maintenir un bon état de santé général	Page 105
1-3-1	Poursuivre et développer les actions de prévention par rapport à l'hygiène de vie	Page 105
1-3-2	Développer des activités favorisant le maintien en bonne santé (nutrition, activités cognitives, activités physiques ...)	Page 106
1-3-3	Veiller à l'accès aux soins, favoriser les dépistages, bilans de santé et promouvoir les dispositifs de lutte contre la désertification médicale	Page 106
2	Mieux accompagner la perte d'autonomie	Page 108
2-1	Anticiper davantage pour préserver le choix de vie de la personne	Page 108
2-1-1	Veiller encore et toujours à mettre à disposition des personnes l'information nécessaire pour leur permettre de prendre des décisions en toute connaissance de cause (coût, reste à charge, nature des prestations, localisation,...)	Page 108
2-1-2	Favoriser le plus précocement possible la mobilisation de dispositifs de repérage de la perte d'autonomie afin d'adapter les réponses au plus près des besoins (renforcer le rôle des coordinations locales	Page 109
2-1-3	Privilégier, lors des évaluations de professionnels, une vision à moyen et long terme au lieu de rester sur une approche limitée au contexte présent	Page 110

2-1-4	Promouvoir et préserver le droit au choix de vie pour permettre à la personne âgée de rester l'acteur de sa vie y compris lorsqu'elle touche à sa fin	Page 110
2-2	Adapter encore l'offre pour toujours améliorer l'accompagnement	Page 111
2-2-1	Veiller à la qualité des prestations offertes : accompagner la mise en conformité des ESMS aux cahiers des charges publiés depuis décembre 2015	Page 111
2-2-2	Mieux prendre en compte les aidants : reconnaître leur rôle et répondre à leur besoin	Page 118
2-2-3	Accompagner les ESMS dans la mise en œuvre des formations des professionnels nécessaires à une offre de qualité	Page 119
2-2-4	Veiller à ce que les bâtiments répondent aux besoins et aux normes techniques	Page 120
2-2-5	Permettre une mobilisation optimale sur le territoire de la diversité des offres (habitat, établissements médico-sociaux, services à domicile, services de soins, structures sanitaires, ...)	Page 121
2-3	Coordonner encore et toujours	Page 122
2-3-1	Mieux identifier les dispositifs de coordination et clarifier leur rôle : qui et quoi coordonne quoi et qui ?	Page 122
2-3-2	Éviter la politique du mille-feuilles pour davantage d'efficacité : organiser la coordination des interventions « au pied du lit » de la personne	Page 124
2-3-3	Mettre en place les instances de la loi ASV (conférence des financeurs, CDCA)	Page 125

Partie III Les Fiches Actions

1	Développer les actions de proximité permettant de préserver le lien social des personnes âgées	Page 130
2	Renforcer la communication autour du CLIC	Page 131
3	Mieux faire connaître aux personnes âgées les modes d'habitat qui leur sont destinés	Page 132
4	Poursuivre le développement de l'habitat regroupé pour personnes âgées (HRPA)	Page 133
5	Poursuivre le développement d'accueillants familiaux pour personnes âgées	Page 134
6	Mieux faire connaître les dispositifs favorisant la mobilité	Page 135

7	Favoriser l'adaptation du logement	Page 136
8	Soutenir et développer la domotique et l'accès aux aides techniques	Page 137
9	Promouvoir et développer les actions de prévention favorisant le bien vieillir	Page 138
10	Favoriser l'accès et développer les activités permettant le maintien en bonne santé	Page 139
11	Promouvoir la lutte contre la désertification médicale	Page 140
12	Organiser des bilans de santé et dépistages systématiques pour les seniors	Page 141
13	Améliorer l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées	Page 142
14	Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ESMS) dans l'Indre	Page 143
15	Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile (en facilitant les interventions des bénévoles en leur sein)	Page 144
16	Former les professionnels sociaux ou médico-sociaux au repérage précoce des risques de perte d'autonomie	Page 145
17	Favoriser la prise en compte par les coordinations des situations à risque le plus précocement possible	Page 146
18	Veiller à intégrer dans l'évaluation et l'élaboration des plans d'aide une vision à moyen et long terme de l'évolution de la personne et de ses choix	Page 147
19	Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	Page 148
20	Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	Page 149
21	Accompagner, en tant que de besoin, les établissements et services dans la mise en œuvre des évolutions législatives et réglementaires	Page 150
22	Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire	Page 151
23	Développer des actions de formation et d'information à destination des aidants	Page 152
24	Permettre aux aidants d'accéder à un bilan de santé du fait de leur statut	Page 153
25	Intégrer les aidants aux coordinations gérontologiques	Page 154
26	Expliciter la présence et le rôle des aidants dans les plans d'aide pour les personnes âgées	Page 155
27	Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	Page 156

28	Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	Page 157
29	Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants	Page 158
30	Consolider la couverture départementale en accueil de jour	Page 159
31	Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisations inter établissements et/ou services	Page 160
32	Établir une cartographie et une typologie des différents dispositifs de coordination avec l'ensemble des acteurs	Page 161
33	Réaffirmer la place et le rôle des coordinations gérontologiques sur le territoire allant jusqu'à l'accompagnement dans la mise en œuvre de la réponse	Page 162
34	Faire évoluer et Promouvoir l'utilisation des outils de liaison existants entre le domicile et les services hospitaliers	Page 163
35	Mettre en place le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie	Page 164
36	Mettre en place et faire fonctionner la Conférence des Financeurs	Page 165
	Comptes rendus des groupes de travail	Page 166
Groupe 1	Structurer et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées à domicile	Page 167
Groupe 2	Structurer et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées en hébergement »	Page 186
Groupe 3	Favoriser un environnement adapté au Bien Vieillir	Page 207
	Annexes	Page 225
	Grille AGGIR	
	Qui paie quoi en EHPAD	
	Glossaire	



PARTIE I - ETAT DES LIEUX (DIAGNOSTIC)

- 
- I. Environnement démographique
 - II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande
 - III. Des actions de prévention et de coordination nombreuses et variées

I. Environnement démographique



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

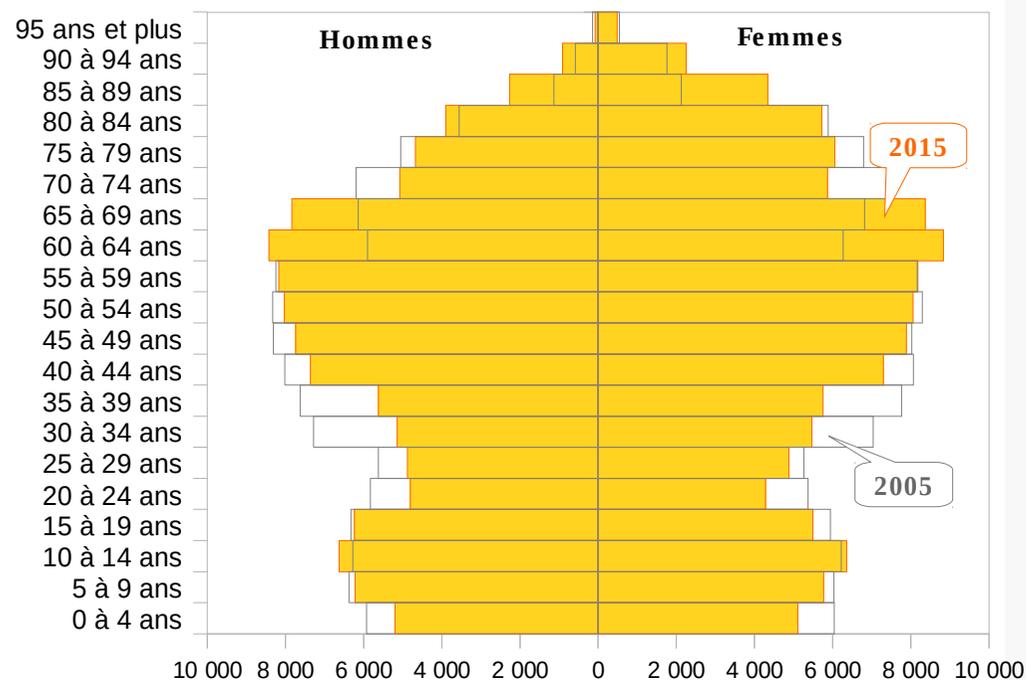
I. Environnement démographique

Données générales

Département de l'Indre

Pyramide des âges au 1er janvier 2005 et 2015

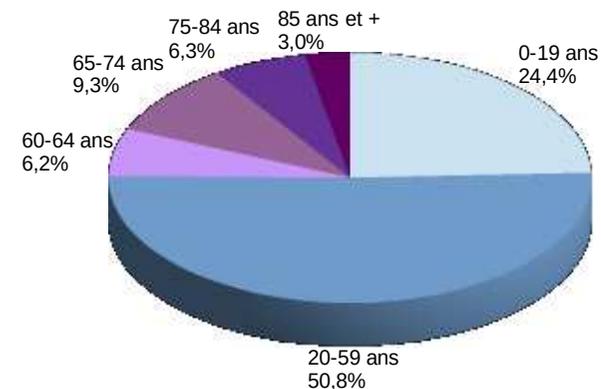
source : INSEE - Estimations de population
(données 2015 provisoires - actualisées en janvier 2016)



France métropolitaine

Répartition par grandes classes d'âge estimations au 1er janvier 2015

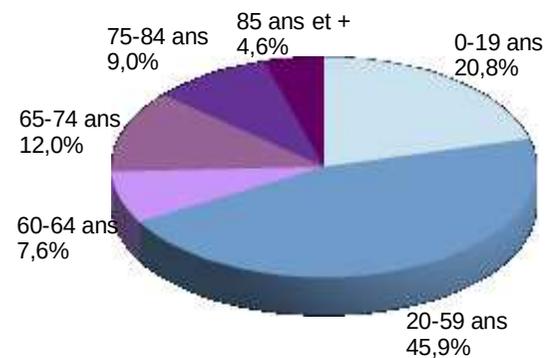
source : INSEE - Estimations de population
(données 2015 provisoires - actualisées en janvier 2016)



Département de l'Indre

Répartition par grandes classes d'âge estimations au 1er janvier 2015

source : INSEE - Estimations de population
(données 2015 provisoires - actualisées en janvier 2016)



I. Environnement démographique

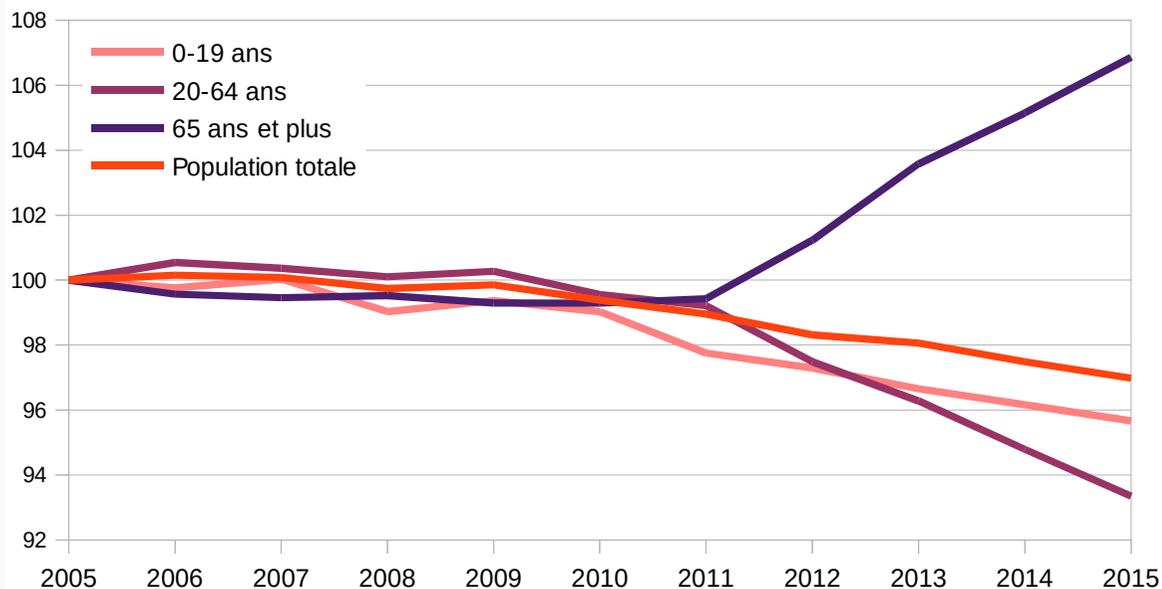
Données générales

Département de l'Indre

Evolution de la population estimée par tranche d'âge 1er janvier 2005-2015

Source : INSEE - Estimations de population (données 2014 et 2015 provisoires)

(base 100 en 2005)



Département de l'Indre			
Estimations de la population au 1er janvier 2015			
source : INSEE - Estimations de population (actualisées en janv. 2016)			
Données provisoires	Femmes	Hommes	Total
0 à 19 ans	22 723	24 273	46 996
20 à 64 ans	60 621	60 145	120 766
65 à 84 ans	26 009	21 482	47 491
85 à 94 ans	6 592	3 179	9 771
95 ans et plus	490	76	566
Total	116 435	109 155	225 590

I. Environnement démographique

Indicateurs démographiques

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

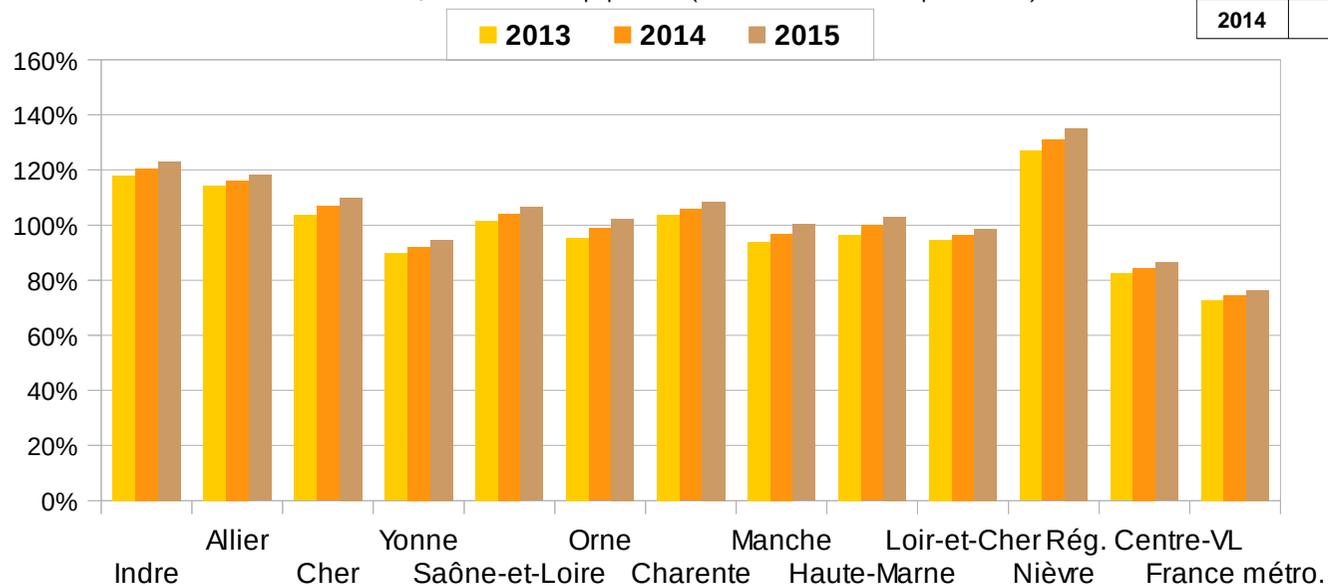
Une situation démographique de vieillissement confirmée même au regard de la situation des départements comparables.

Département de l'Indre Solde naturel 2004-2014 sources : INSEE, état civil			
	Naissances domiciliées	Décès domiciliés	Solde naturel
2004	2314	2821	-507
2005	2394	2925	-531
2006	2283	2867	-584
2007	2341	2916	-575
2008	2371	2965	-594
2009	2178	2984	-806
2010	2221	3052	-831
2011	2137	2777	-640
2012	2136	2924	-788
2013	2006	3051	-1045
2014	2030	2936	-906

Indice de vieillissement

(population des 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)

source : INSEE, estimations de population (données 2014 et 2015 provisoires)

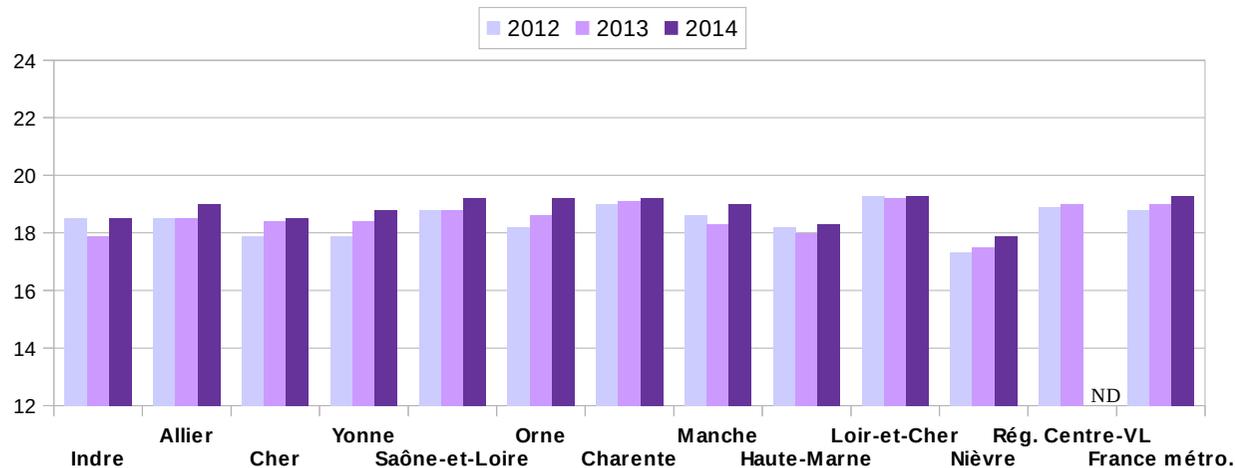


I. Environnement démographique

Indicateurs démographiques

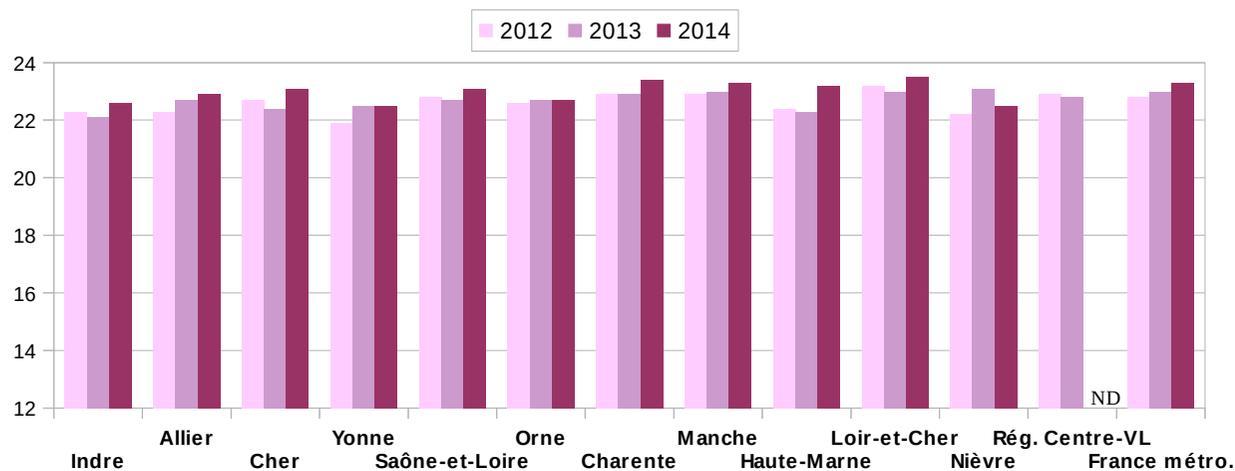
Espérance de vie des hommes à 65 ans

sources : INSEE, état civil, estimations de population



Espérance de vie des femmes à 65 ans

sources : INSEE, état civil, estimations de population



Une espérance de vie qui reste toujours supérieure pour les femmes et qui continue d'augmenter.

Une situation de l'Indre similaire aux départements comparables.

Des différences plus marquées pour les hommes que pour les femmes.

Un impact apparent de la surmortalité du dernier trimestre 2013

I. Environnement démographique

Population âgée (estimations de population)

Estimations de la population par tranche d'âge source : INSEE - Estimations de population																		
au 1er janvier	Département de l'Indre						Région Centre-Val de Loire						France métropolitaine					
	2005		2008		2015*		2005		2008		2015*		2005		2008		2015*	
	nb	%**	nb	%**	nb	%**	nb	%**	nb	%**	nb	%**	nb	%**	nb	%**	nb	%**
55 ans et plus	82 689	35,5%	85 830	37,0%	91 424	40,5%	742 280	29,6%	786 731	31,1%	879 474	34,1%	16 670 799	27,3%	17 798 058	28,6%	20 044 585	31,2%
dont 65 ans et plus	54 117	23,3%	53 857	23,2%	57 828	25,6%	461 693	18,4%	466 363	18,4%	535 062	20,7%	10 067 000	16,5%	10 300 917	16,6%	11 966 252	18,6%
dont 75 ans et plus	27 560	11,8%	29 354	12,7%	30 695	13,6%	231 732	9,2%	248 383	9,8%	272 519	10,6%	4 922 677	8,1%	5 361 480	8,6%	5 958 333	9,3%
dont 85 ans et plus	6 281	2,7%	7 976	3,4%	10 337	4,6%	53 594	2,1%	67 769	2,7%	90 284	3,5%	1 075 118	1,8%	1 398 942	2,3%	1 927 950	3,0%
Population totale	232 612	100%	232 004	100%	225 590	100%	2 507 246	100%	2 531 588	100%	2 582 374	100%	60 963 264	100%	62 134 866	100%	64 277 242	100%

* : les estimations de population pour les années 2014 et 2015 sont provisoires. Elles seront révisées début 2017 lorsque seront disponibles les résultats définitifs du nouveau recensement datés au 1er janvier 2016.

** : poids de population estimée de la classe d'âge considérée dans la population estimée totale

Variation annuelle moyenne de la population estimée source : INSEE - Estimations de population						
au 1er janvier	variation annuelle moyenne 2005-2015			variation annuelle moyenne 2008-2015		
	Département de l'Indre	Région Centre-VL	France métropolitaine	Département de l'Indre	Région Centre-VL	France métropolitaine
55 ans et plus	1,01%	1,71%	1,86%	0,91%	1,60%	1,71%
dont 65 ans et plus	0,67%	1,49%	1,74%	1,02%	1,98%	2,16%
dont 75 ans et plus	1,08%	1,63%	1,93%	0,64%	1,33%	1,52%
dont 85 ans et plus	5,11%	5,35%	6,01%	3,77%	4,18%	4,69%
Population totale	-0,31%	0,30%	0,53%	-0,40%	0,28%	0,49%

* : les estimations de population pour les années 2014 et 2015 sont provisoires. Elles seront révisées début 2017 lorsque seront disponibles les résultats définitifs du nouveau recensement datés au 1er janvier 2016.

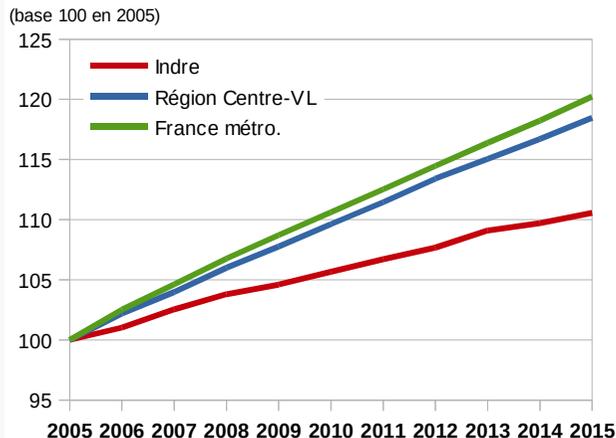
Un poids des séniors plus important dans le département de l'Indre et qui continue d'augmenter, mais qui augmente moins vite que la situation régionale et nationale.

I. Environnement démographique

Population âgée (estimations de population)

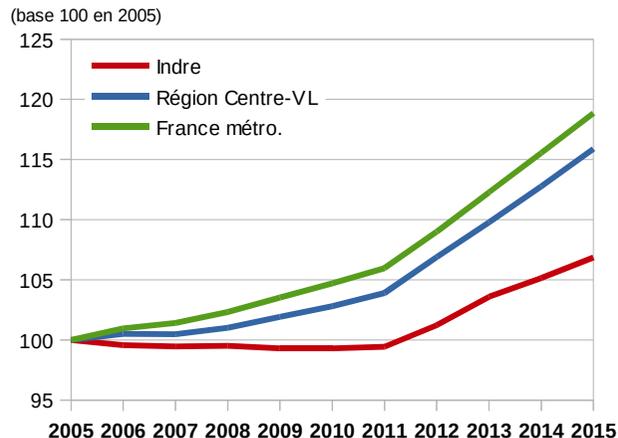
**Evolution de la population des 55 ans et plus
1er janvier 2005 - 2015**

source : INSEE - estimations de population
(données 2014 et 2015 provisoires)



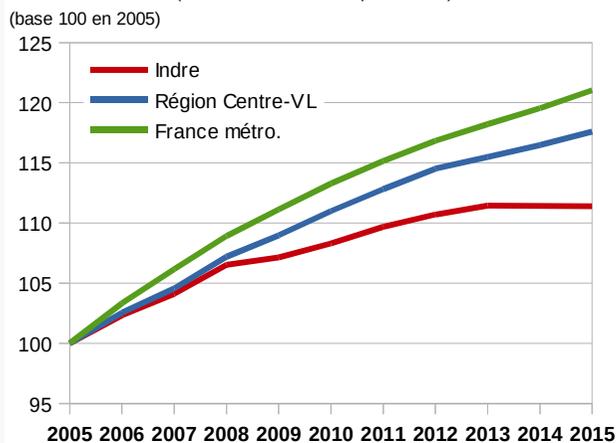
**Evolution de la population des 65 ans et plus
1er janvier 2005 - 2015**

source : INSEE - estimations de population
(données 2014 et 2015 provisoires)



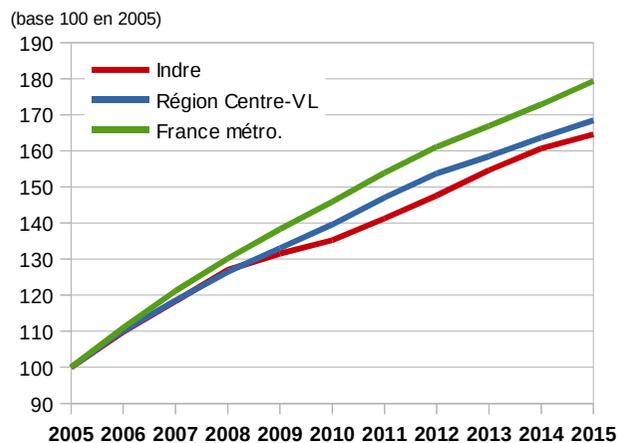
**Evolution de la population des 75 ans et plus
1er janvier 2005 - 2015**

source : INSEE - estimations de population
(données 2014 et 2015 provisoires)



**Evolution de la population des 85 ans et plus
1er janvier 2005 - 2015**

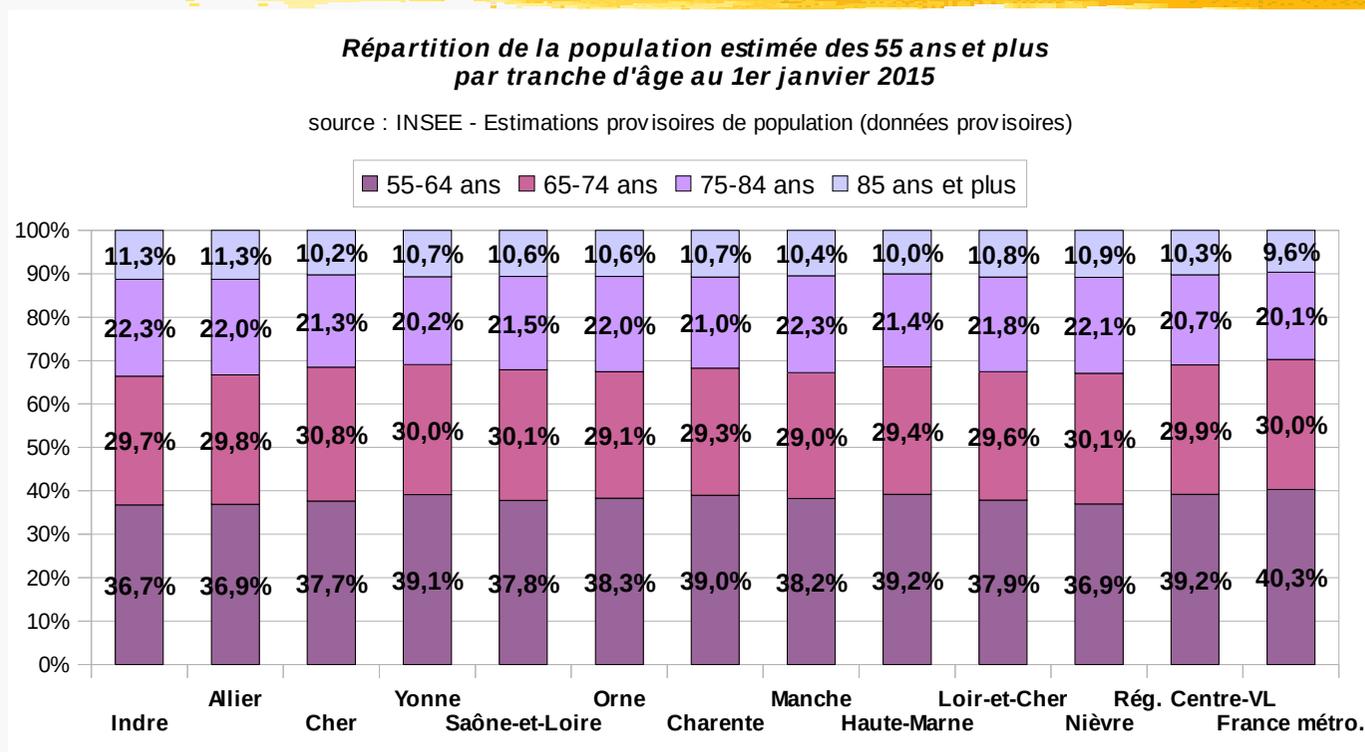
source : INSEE - estimations de population
(données 2014 et 2015 provisoires)



Depuis 2005, l'évolution des classes d'âge de la population âgée est moins importante dans l'Indre.

I. Environnement démographique

Population âgée (estimations de population)



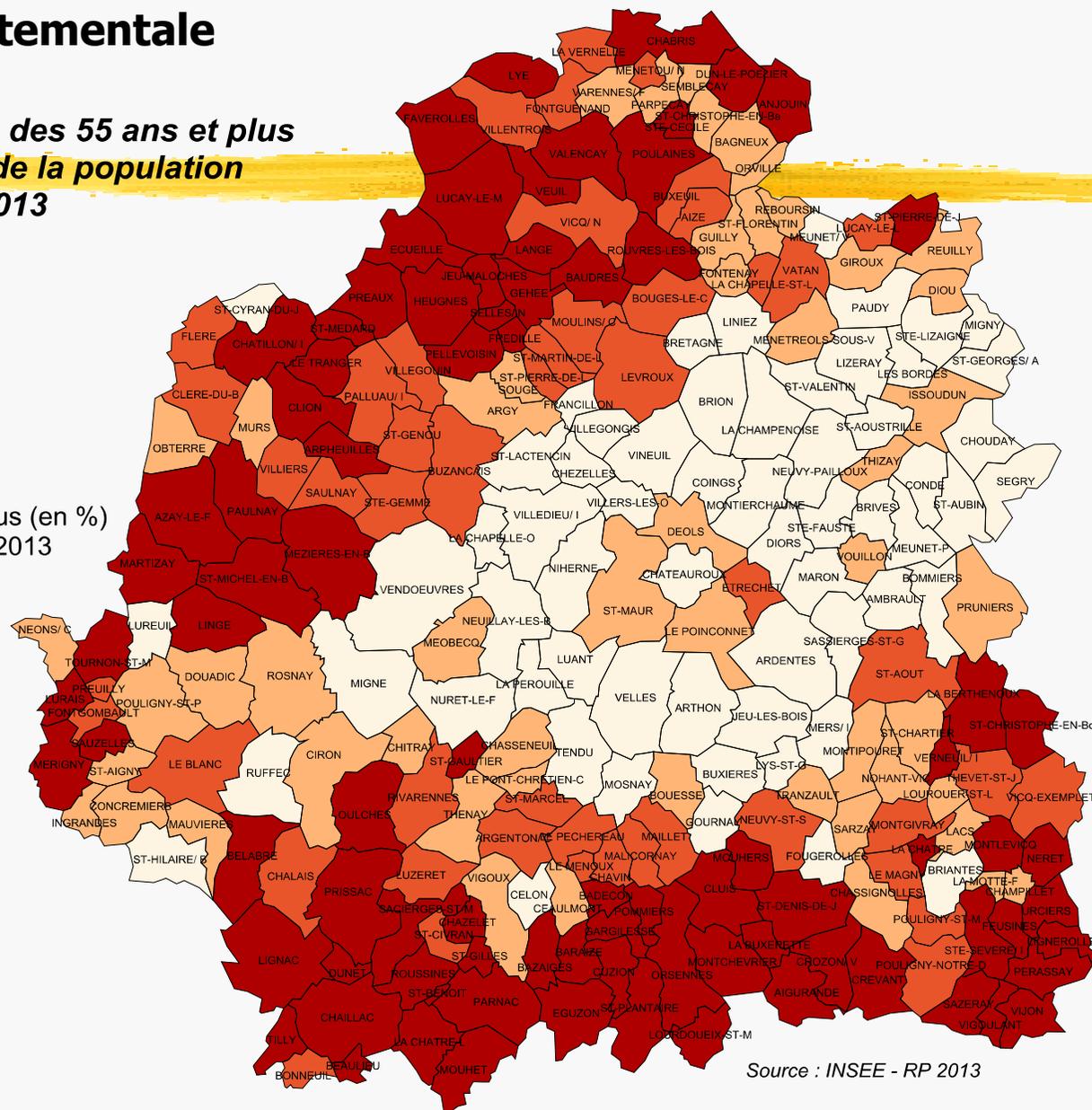
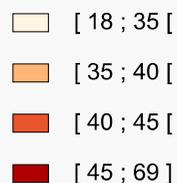
La situation est très similaire aux départements comparables, même si l'Indre fait partie des départements ayant le plus de 75 ans et plus.

I. Environnement démographique

Répartition infra départementale

*Part de la population des 55 ans et plus
dans l'ensemble de la population
RP 2013*

Part de la population des 55 ans et plus (en %)
dans l'ensemble de la population RP 2013



**Une population âgée sur les
frontières sud et ouest/nord-
ouest.**

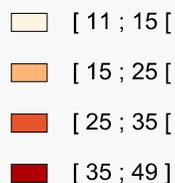
Source : INSEE - RP 2013

I. Environnement démographique

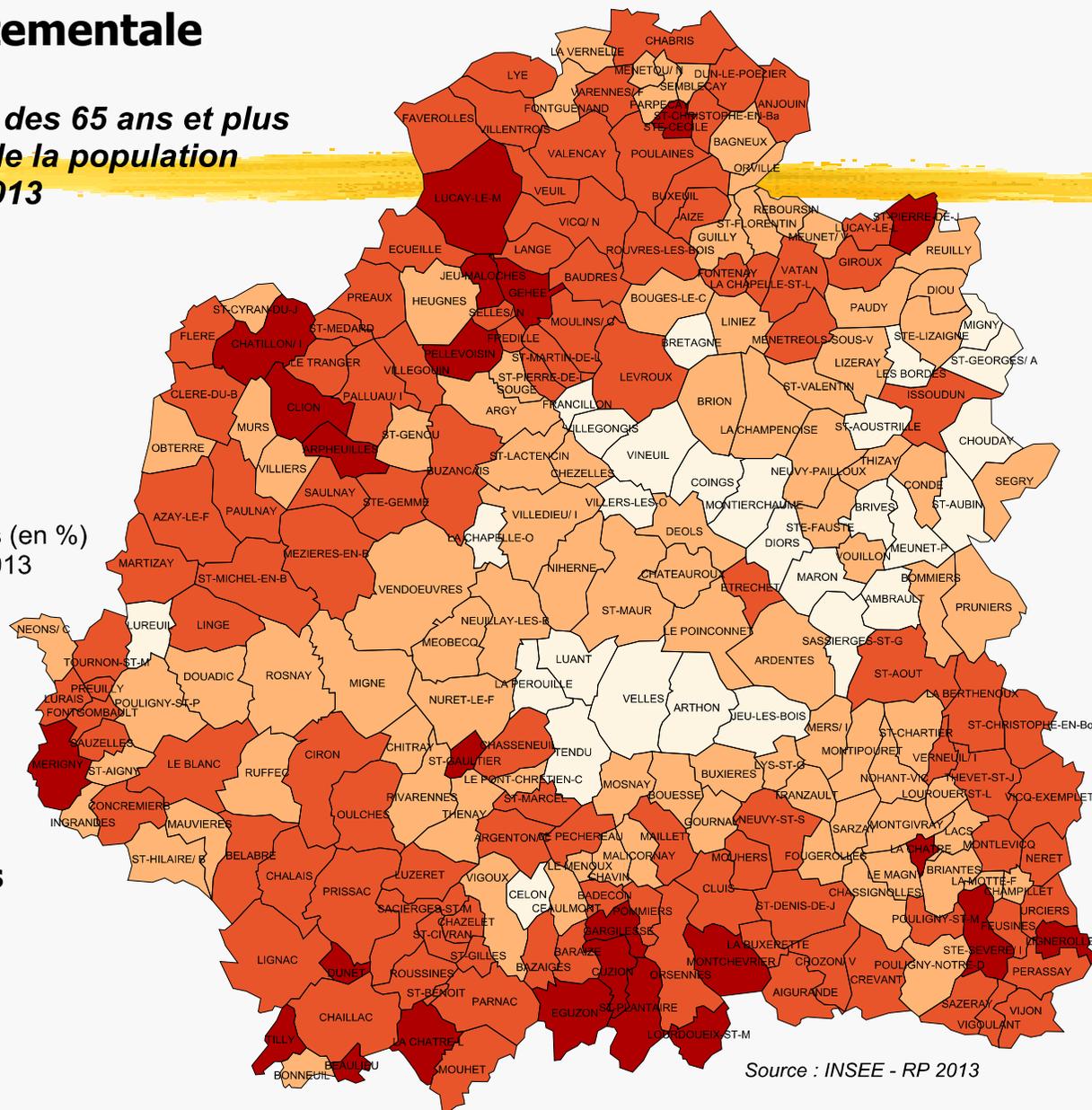
Répartition infra départementale

*Part de la population des 65 ans et plus
dans l'ensemble de la population
RP 2013*

Part de la population des 65 ans et plus (en %)
dans l'ensemble de la population RP 2013



**Une répartition généralisée des
plus de 65 ans.**



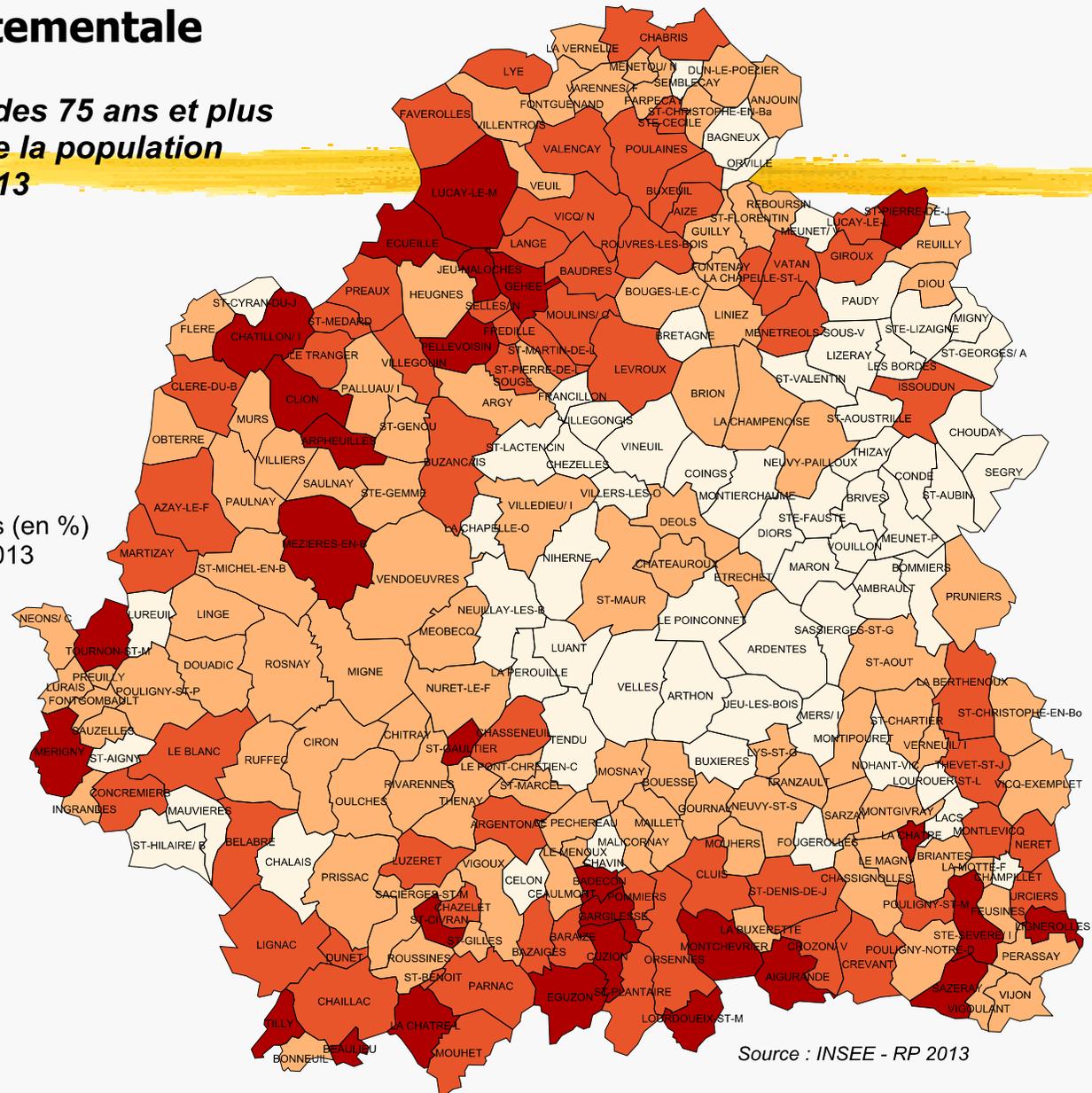
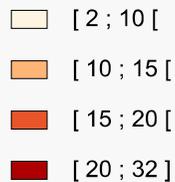
Source : INSEE - RP 2013

I. Environnement démographique

Répartition infra départementale

*Part de la population des 75 ans et plus
dans l'ensemble de la population
RP 2013*

Part de la population des 75 ans et plus (en %)
dans l'ensemble de la population RP 2013



**Une répartition centre/
périphérique qui se confirme.**

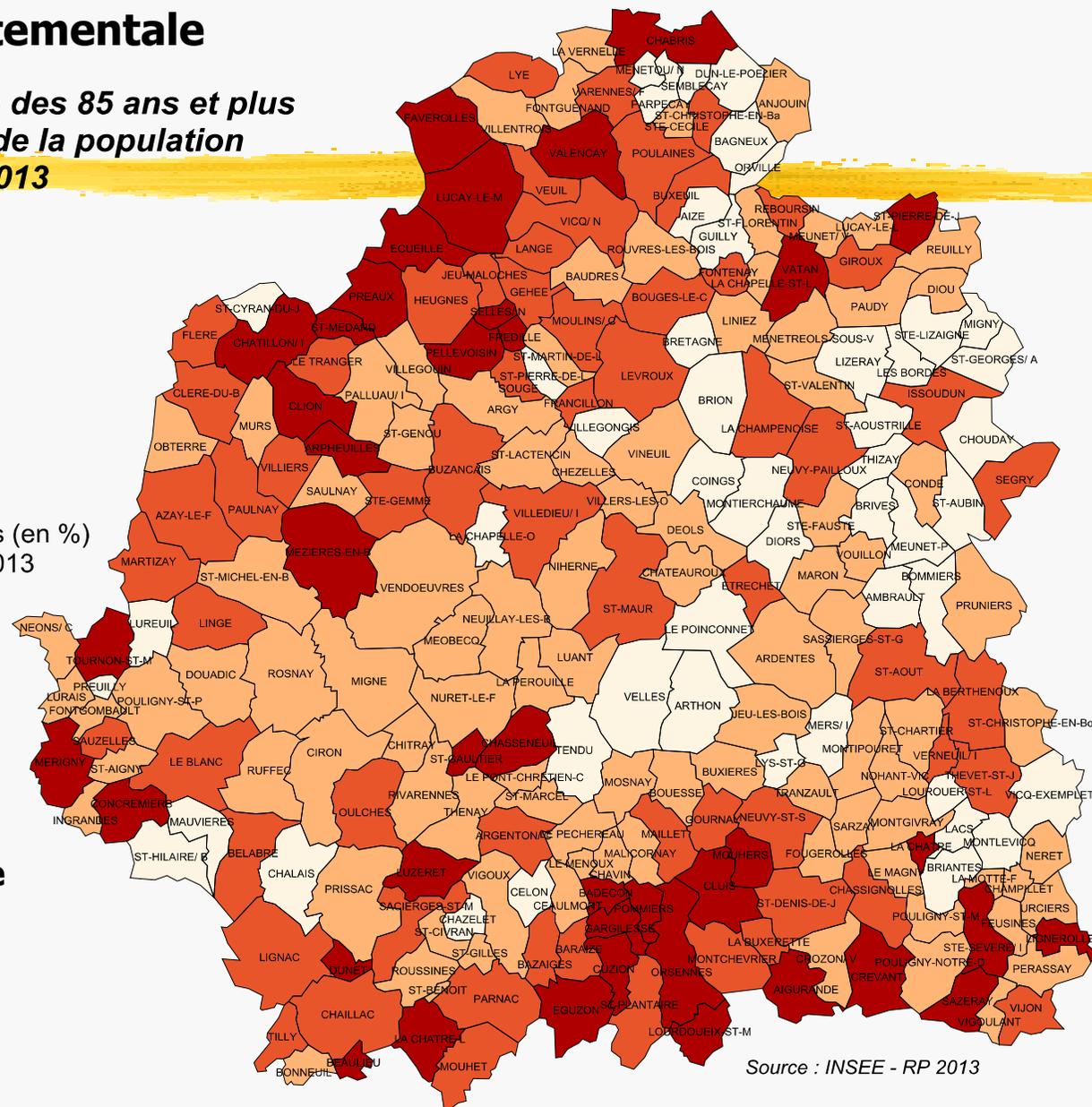
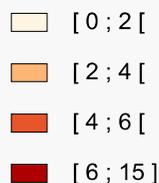
Source : INSEE - RP 2013

I. Environnement démographique

Répartition infra départementale

*Part de la population des 85 ans et plus
dans l'ensemble de la population
RP 2013*

Part de la population des 85 ans et plus (en %)
dans l'ensemble de la population RP 2013

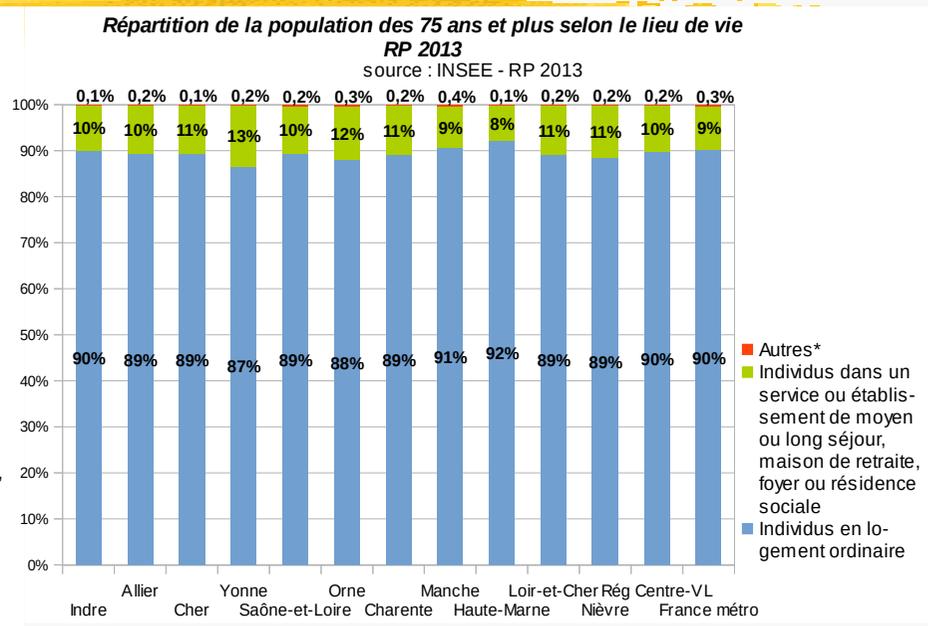
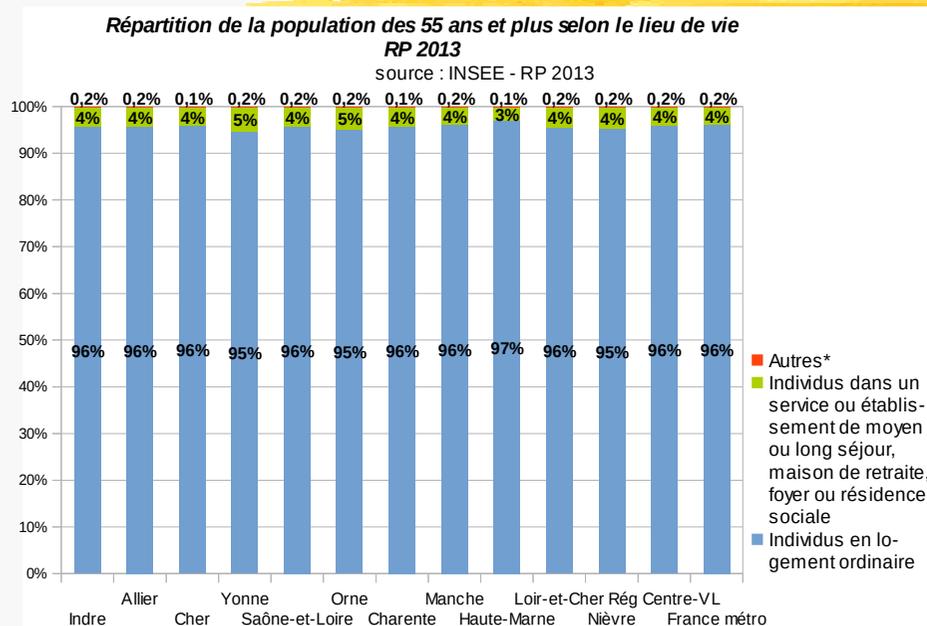


Le déséquilibre périphérique se confirme avec malgré tout des situations communales parfois spécifiques.

Source : INSEE - RP 2013

I. Environnement démographique

Lieu de vie



* : 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, mariners, sans-abri ; individus résidant dans une autre catégorie de communauté

Dans la population des plus de 55 ans, dans l'Indre comme en France métropolitaine, les personnes ne vivant pas à domicile ne représentent pas plus de 4%, et même parmi les plus de 75 ans, elles ne représentent qu'aux alentours de 10%.

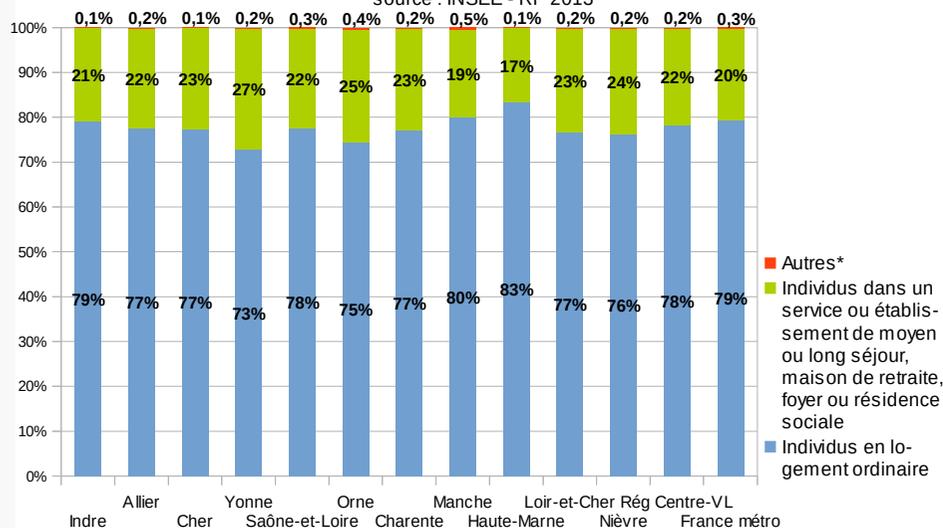
Par rapport aux départements comparables, l'Indre semble compter plus de personnes ayant un lieu de vie à domicile.

I. Environnement démographique

Lieu de vie

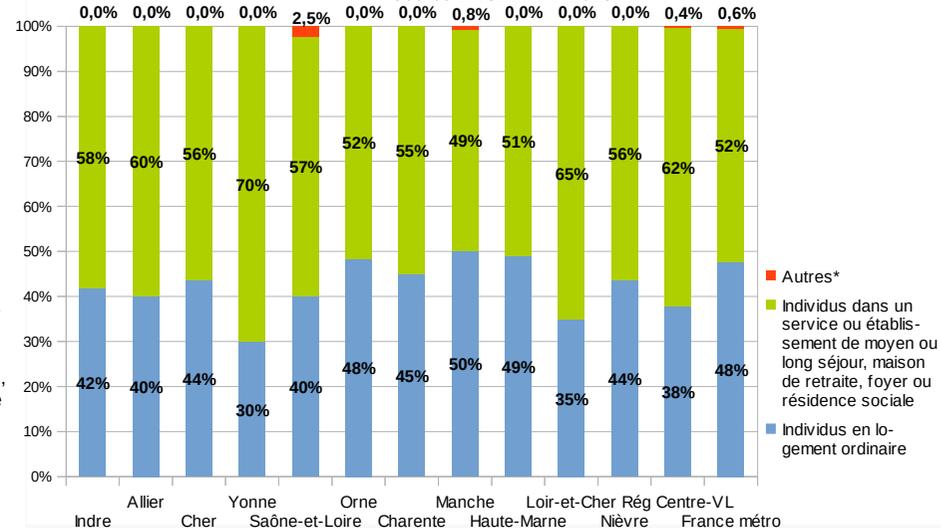
Répartition de la population des 85 ans et plus selon le lieu de vie
RP 2013

source : INSEE - RP 2013



Répartition de la population des 100 ans et plus selon le lieu de vie
RP 2013

source : INSEE - RP 2013



* : 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, mariners, sans-abri ; individus résidant dans une autre catégorie de communauté

La proportion de personnes vivant hors domicile augmente avec l'âge, l'Indre étant toujours parmi les pourcentages les plus faibles par rapport aux départements comparables.

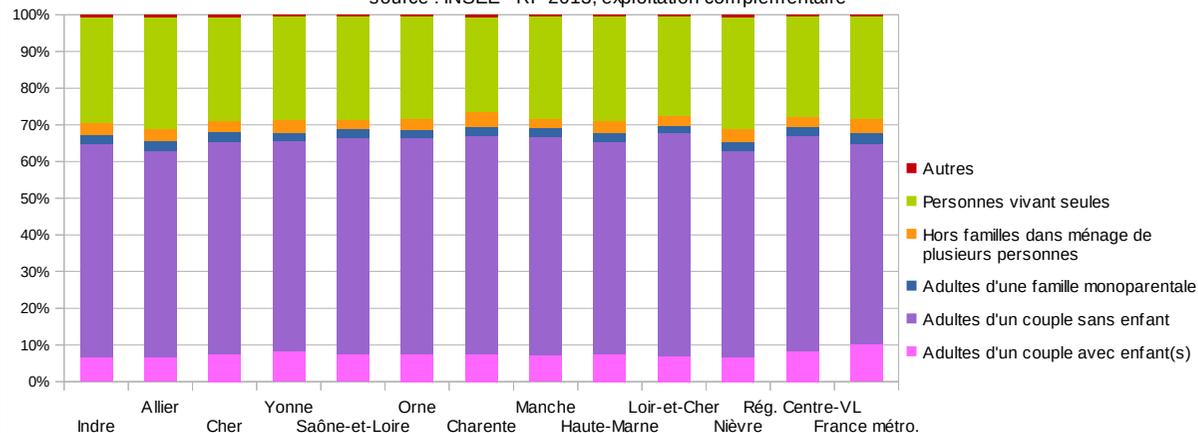
Chez les plus de 100 ans, la proportion de personnes vivant hors logement ordinaire dépasse les 50%, un peu plus dans l'Indre que dans la plupart des départements comparables.

I. Environnement démographique

Population des ménages (résidences principales) selon la composition des ménages

Répartition de la population des ménages de 55 ans et plus
RP 2013

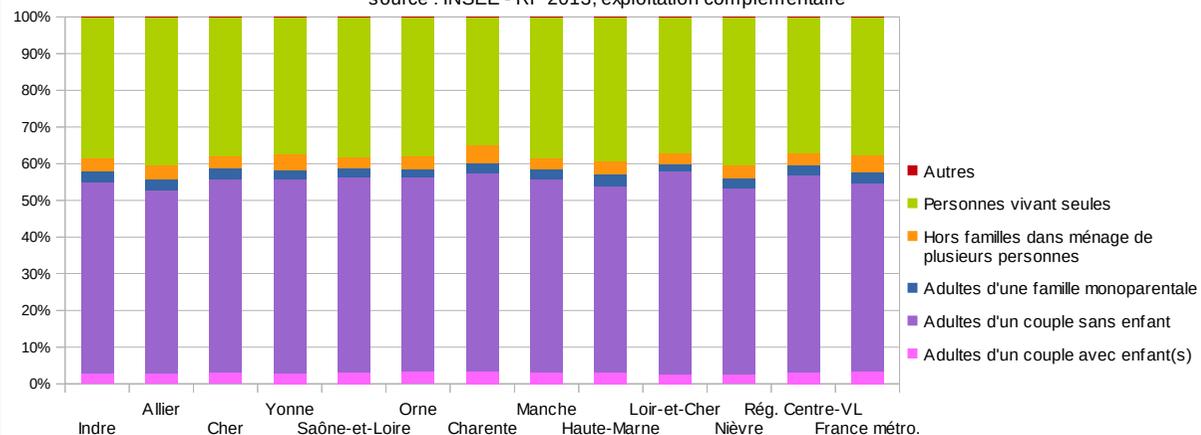
source : INSEE - RP 2013, exploitation complémentaire



Jusqu'à 70 ans, la majorité des ménages vit en couple, même si la proportion diminue pour les 70 ans et plus.

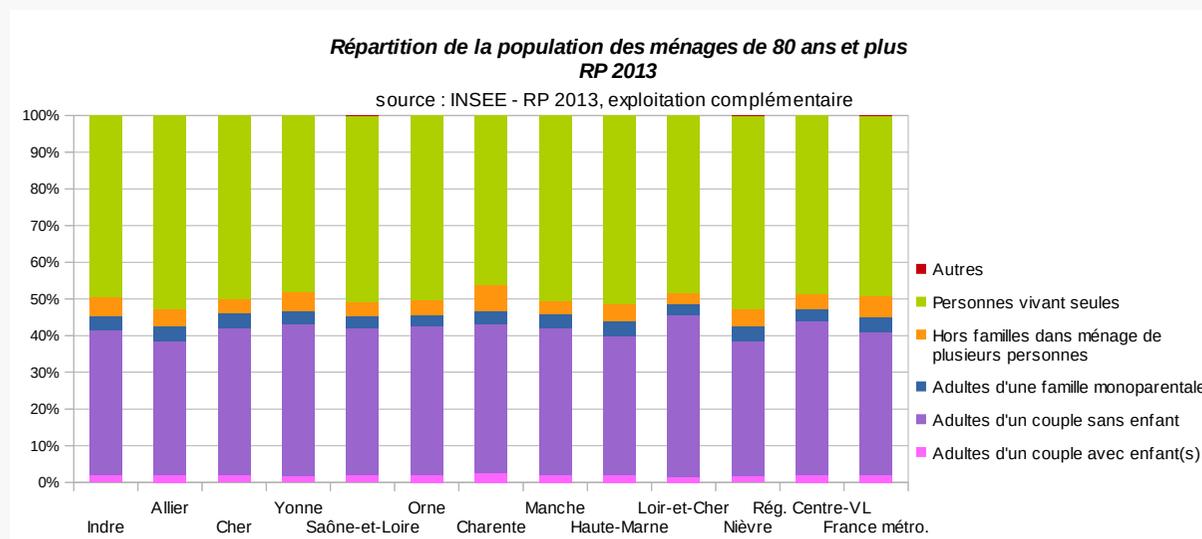
Répartition de la population des ménages de 70 ans et plus
RP 2013

source : INSEE - RP 2013, exploitation complémentaire



I. Environnement démographique

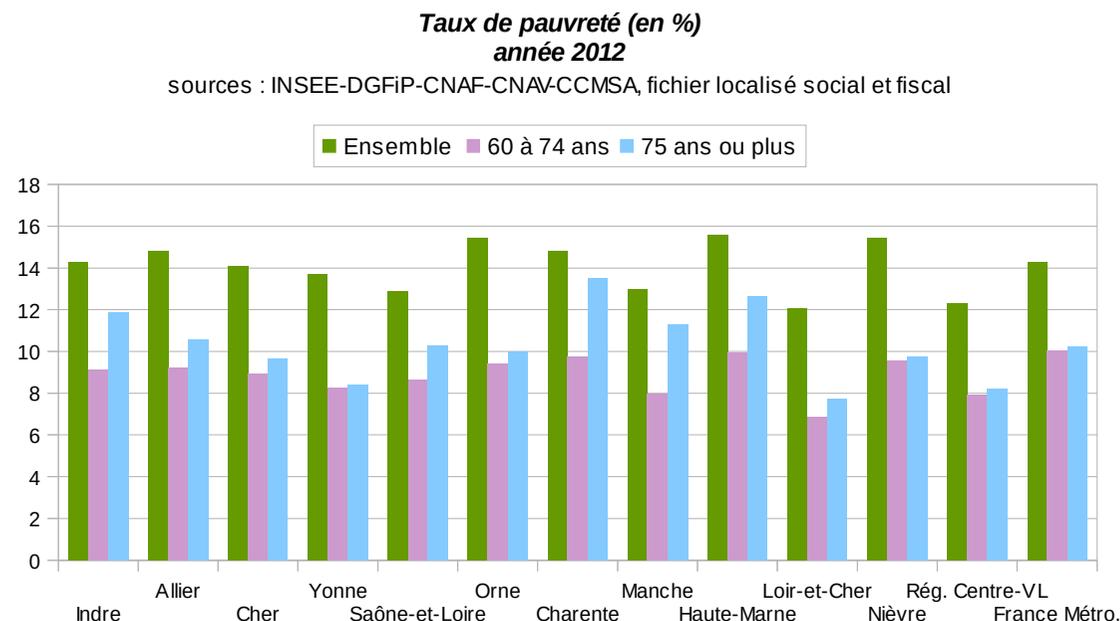
Population des ménages (résidences principales) selon la composition des ménages



A partir de 80 ans, la part des personnes vivant seules atteint les 50% sans différence marquée entre les départements comparables et par rapport à la moyenne française métropolitaine.

I. Environnement démographique

Taux de pauvreté



Définition INSEE

Le taux de pauvreté 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 (exprimé en euros).

Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

En 2012, le seuil de pauvreté à 60 % est de 992 € (enquête rénovée en 2012).

Pour l'ensemble de la population, l'Indre est assez similaire à la moyenne française métropolitaine et à plusieurs départements comparables, mais nettement moins bonne que la Région Centre-Val de Loire.

Pour les 60/74 ans, la situation de l'Indre est plutôt meilleure que celle de la France métropolitaine et assez similaire aux départements comparables.

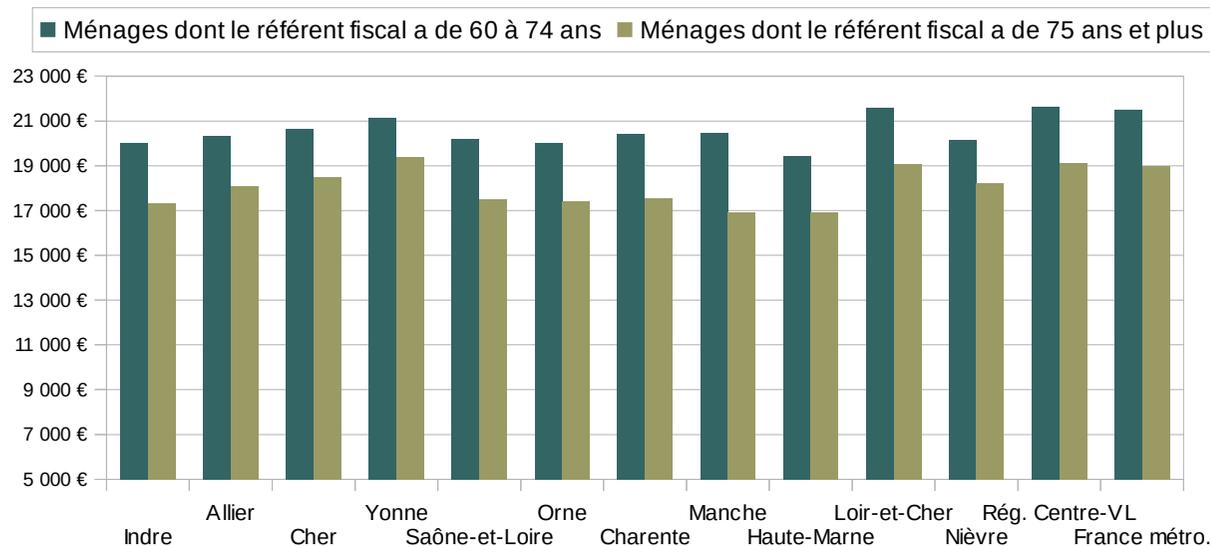
Pour les 75 ans et plus, la situation de l'Indre s'est dégradée par rapport à la France métropolitaine et est parmi les départements les plus défavorables.

I. Environnement démographique

Niveau de vie

Médiane du niveau de vie en 2012

sources : INSEE-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal



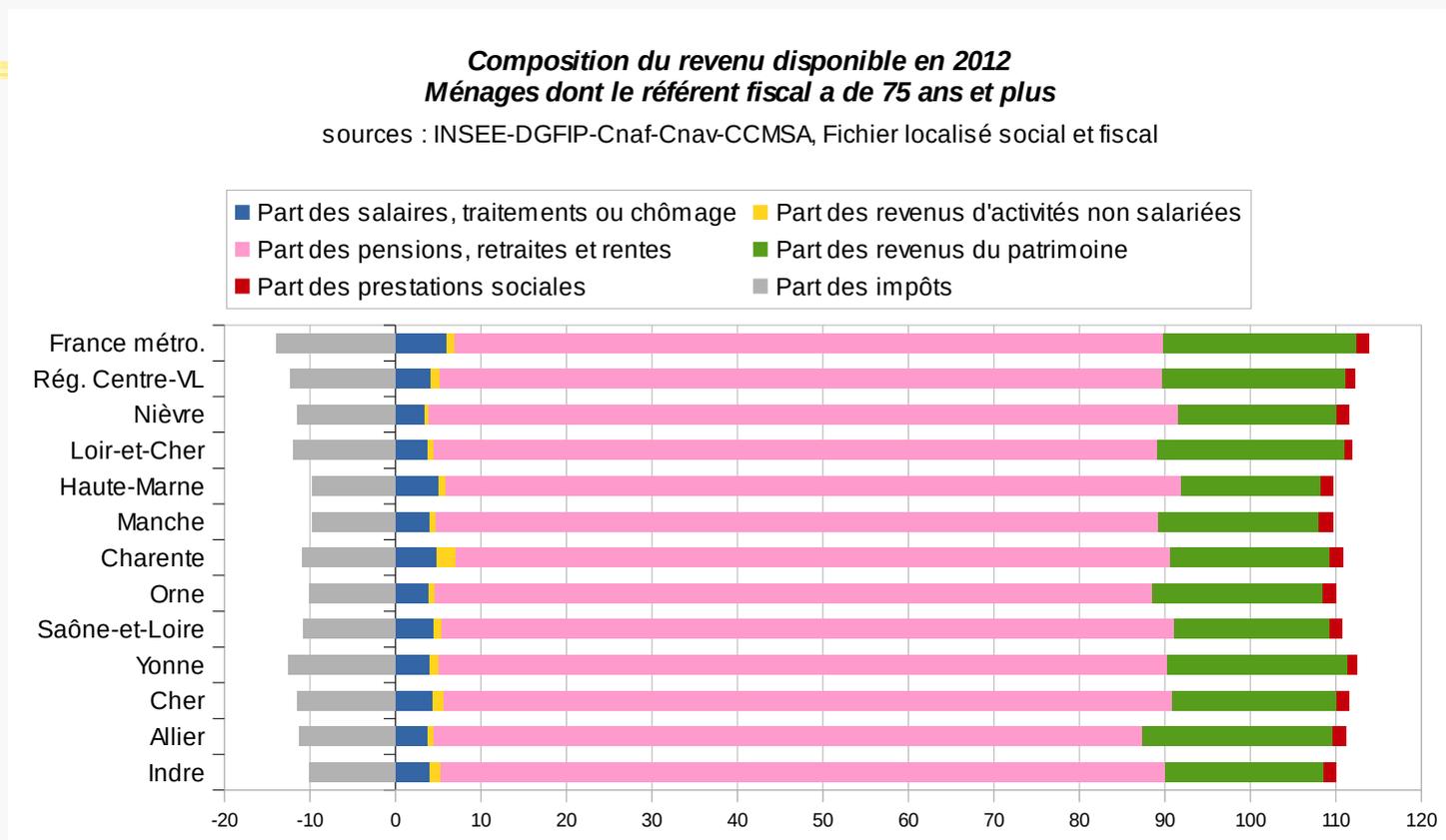
Définition INSEE :

Le revenu disponible par unité de consommation (UC), également appelé "**niveau de vie**", est le revenu disponible par "équivalent adulte". Il est calculé en rapportant le revenu disponible du ménage au nombre d'unités de consommation qui le composent. Toutes les personnes rattachées au même ménage fiscal ont le même revenu disponible par UC (ou niveau de vie).

Une situation de l'Indre nettement moins bonne que celle de la Région Centre-Val de Loire et de la France métropolitaine, et parmi les moins favorables des départements comparables.

I. Environnement démographique

Revenu disponible



Logiquement, dans cette classe d'âge, les ressources proviennent des pensions et rentes avec une part notable des revenus du patrimoine, moindre par rapport à la France métropolitaine mais dans la tranche des départements comparables.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande

■ Hébergement

- L'offre départementale : type, répartition, restructuration
- Moyens humains des EHPAD et USLD : bilan des conventions tripartites
- Analyse du fonctionnement des EHPAD et USLD : activité, tarifs, coût à la place, ratios
- Analyse de la population accueillie en EHPAD et USLD
- Analyse des prestations départementales : APA en établissement, Aide sociale
- L'offre en Accueil familial

■ Domicile

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

■ Soins

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Offre départementale autorisée en terme d'accueil
ou d'hébergement médicalisé ou non

31-12-2015

Source : CD 36 / DPDS

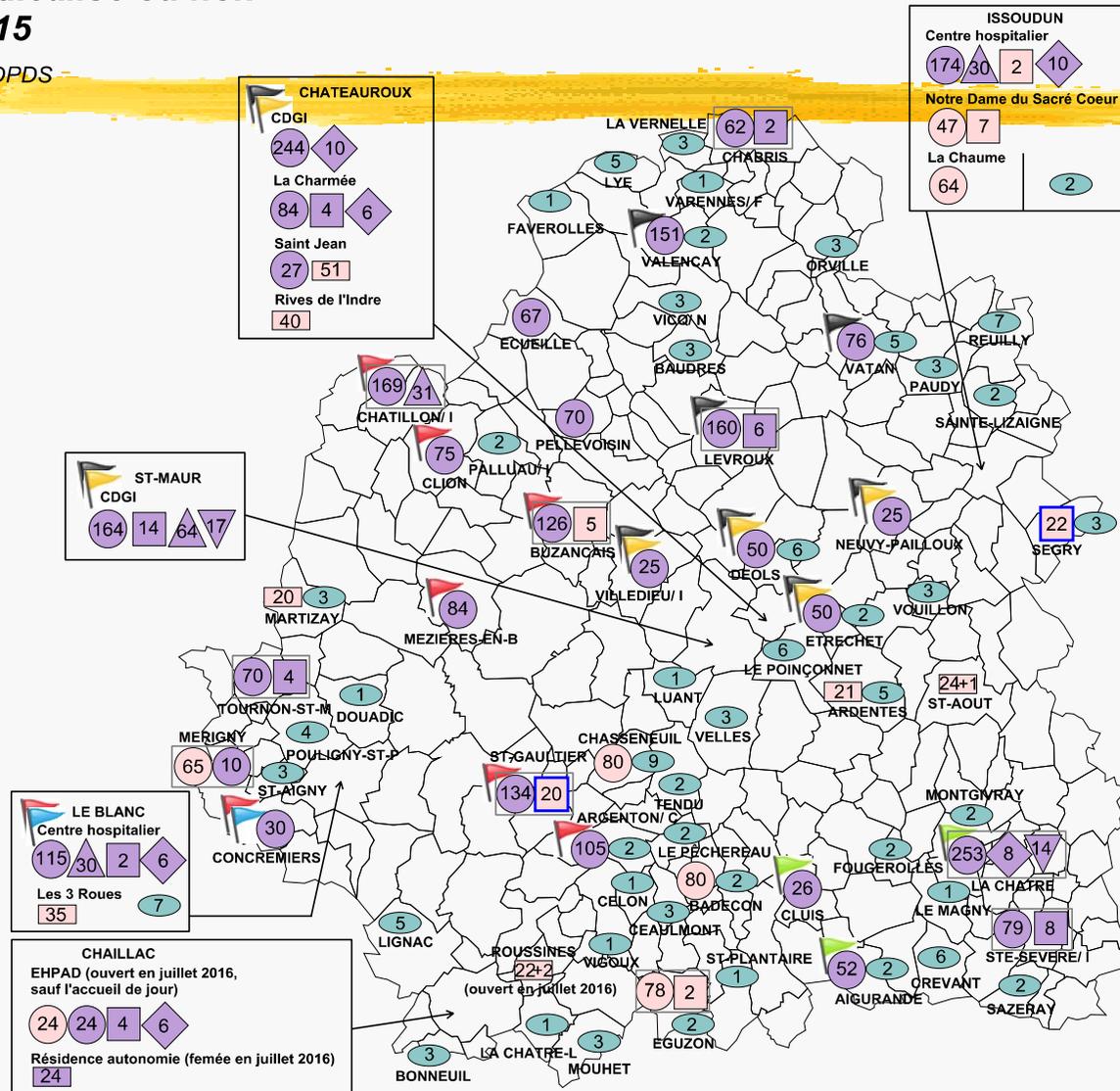
Type de structure et capacité au 31-12-2015

Habilitation aide sociale (3 081 places) :

-  EHPAD (2 781 places)
-  Hébergement temporaire médicalisé (44 places)
-  USLD (155 places)
-  Accueil de jour (46 places)
-  UHR (31 places)
-  Résidence autonomie (24 places)

Non habilitation aide sociale (712 places) :

-  EHPAD (438 places)
-  Hébergement temporaire médicalisé (16 places)
-  Hébergement temporaire non médicalisé (42 places)
-  Résidence autonomie (216 places)
-  Accueil familial (141 places agréées)
-  CDGI
-  CH La Châtre
-  CH Le Blanc
-  INDRIANCE
-  EPAGE

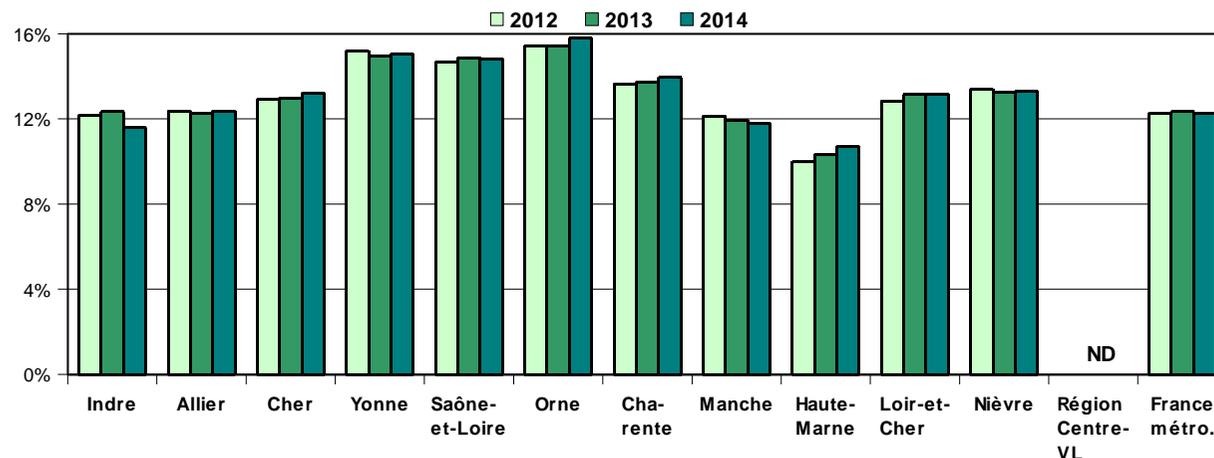


II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande

Hébergement des personnes âgées - Comparatif interdépartemental

Taux d'équipement en places d'hébergement*

(dans la pop. estimée des 75 ans et plus)

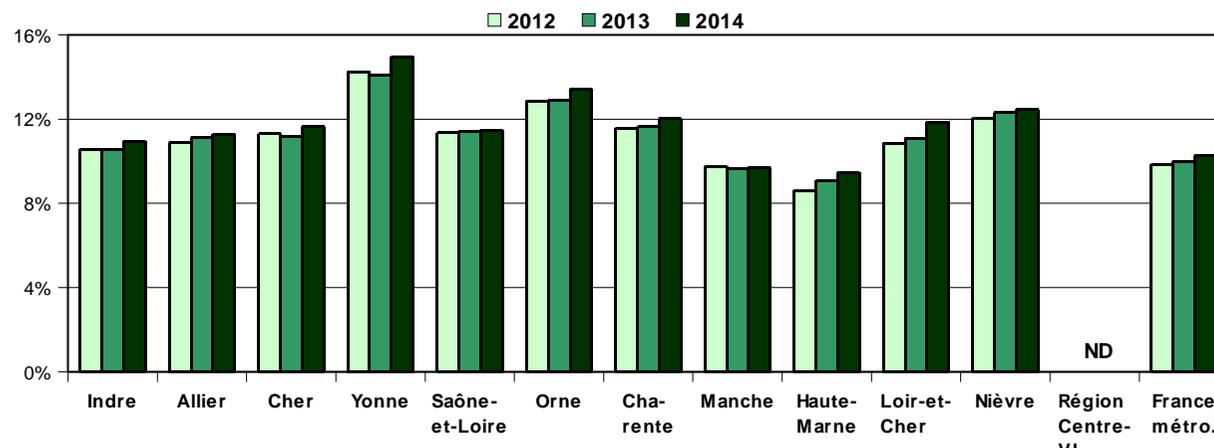


Un taux d'équipement plus faible dans l'Indre que dans la plupart des autres départements comparables à celui de la France métropolitaine.

Nb : la baisse de 2014 est à imputer à la refonte du fichier national des établissements et à la sortie d'un certain nombre de Foyers logements requalifiés en Résidences services.

Taux d'équipement en lits médicalisés**

(dans la pop. estimée des 75 ans et plus)



La progression de la médicalisation se poursuit partout et les écarts entre les départements sont moins importants que pour l'offre globale d'hébergement, l'Indre étant conforme à la moyenne nationale et dans la moyenne des départements comparables.

* : places de maison de retraite, logements de logements-foyers, places d'hébergement temporaire, et lits de soins longue durée

** : lits d'EHPAD et lits de soins de longue durée

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Evolution de l'offre en EHPAD : Opérations de restructuration des EHPAD. CPER et conventions Région-Département

CHATEAUROUX

CDGI - "Balsan" Nb de lits : 61 Dép : 502 164,20€ Coût : 5 767 687,29€	CDGI - "La Pleïade" Nb de lits : 60 Dép : 447 629,82€ Coût : 5 063 036,37€
---	---

CGDI - "Taillebourg" Nb de lits : 32 Dép : 263 430,4€ Coût : 3 321 300,04€	La Charmée Nb de lits : 36 Dép : 185 229€ Coût : 5 150 690,35€
---	---

EHPAD Saint Jean Nb de lits : 27 Dép : 122 115,29€ Coût* : 1 052 718€	EHPAD - "G Sand" Nb de lits : 81 Dép : 304 648,60€ Coût* : 2 626 281€
--	--

Capacité restructurée :

- 2000-2006 : 1 064 lits
- 2007-2013 : 466 lits
- 2015-2020 : 108 lits

Subvention départementale (Dép) :

- 2000-2006 : 6 892 326,82€
- 2007-2013 : 6 990 000€
- 2015-2020 : 426 763,88€

Coût de l'opération (Coût) :

- 2000-2006 : 98 484 041,61€
- 2007-2013 : 53 621 073,17€
- 2015-2020 : 3 678 999€

* coût prévisionnel

Opération CPER et convention
Région Département

2000-2006

2007-2013

2015-2020

MERIGNY
EHPAD
Nb de lits : 50
Dép : 750 000€
Coût : 5 029 666,72€

TOURNON-ST-M
EHPAD
Nb de lits : 30
Dép : 154 357,5€
Coût : 8 359 800,67€

LE BLANC
La Cubissole
Nb de lits : 110
Dép : 840 718,33€
Coût : 7 984 400,45€

SAINT-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* : 6 870 000€

CLION
EHPAD
Nb de lits : 75
Dép : 1 125 000€
Coût : 8 800 993,60€

PELLEVOISIN
EHPAD
Nb de lits : 68
Dép : 349 868,5€
Coût : 2 977 840,54€

VILLEDIEU
CDGI
Nb de lits : 24
Dép : 197 573,93€
Coût : 2 424 074,53€

MEZIERES-EN-B
EHPAD
Nb de lits : 73
Dép : 458 950,90€
Coût : 7 150 454,55€

SAINT-GAULTIER
EHPAD
Nb de lits : 64
Dép : 400 295,85€
Coût : 7 558 152,64€

ARGENTON
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
Hôpital
Nb de lits : 111
Dép : 1 665 000€
Coût* : 11 000 000€

VATAN
EHPAD
Nb de lits : 50
Dép : 750 000€
Coût : 4 988 258,93€

LEVROUX
Hôpital
Nb de lits : 20
Dép : 300 000€
Coût : 3 127 204,03€

DEOLS
CDGI
Nb de lits : 26
Dép : 214 038,42€
Coût : 1 970 977,26€

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* : 8 845 549€

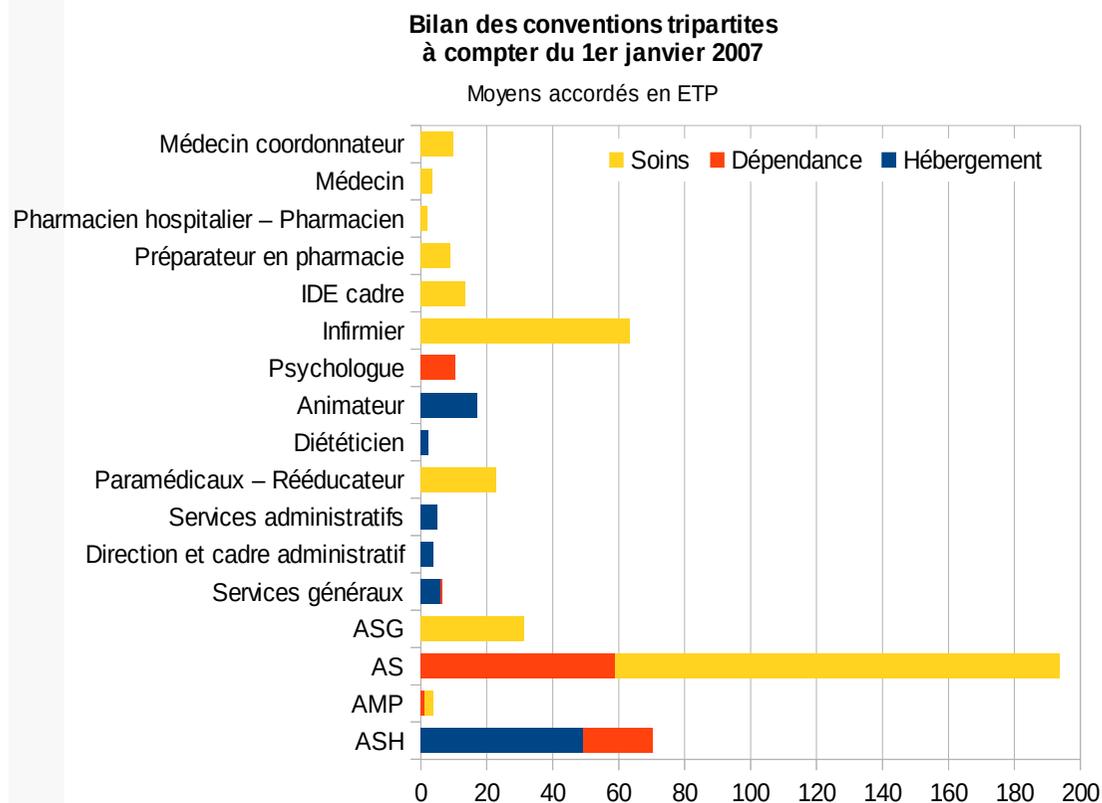
ETRECHET
CDGI
Nb de lits : 25
Dép : 128 631,25€
Coût : 2 589 976,45€

LA CHATRE
EHPAD
Nb de lits : 80
Dép : 411 620€
Coût : 9 791 904,93€

AIGURANDE
EHPAD
Nb de lits : 25
Dép : 375 000€
Coût : 2 820 284,41€

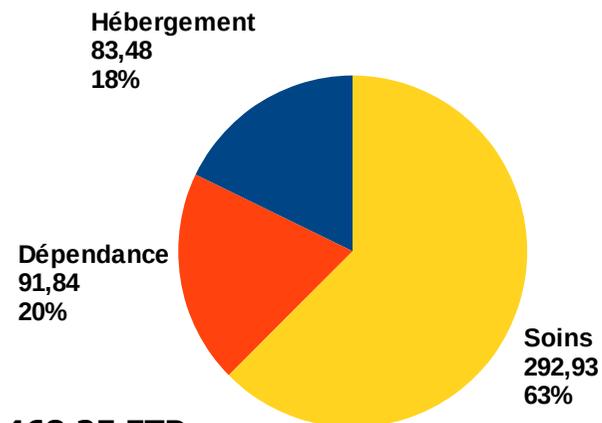
II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Evolution de l'offre en EHPAD : Conventions tripartites - Moyens accordés en ETP



Les conventions tripartites ont permis la médicalisation des établissements, visible dans les ETP attribués, notamment en personnel au pied du lit : aide soignant (AS), assistant de soin en gérontologie (ASG) et infirmier.

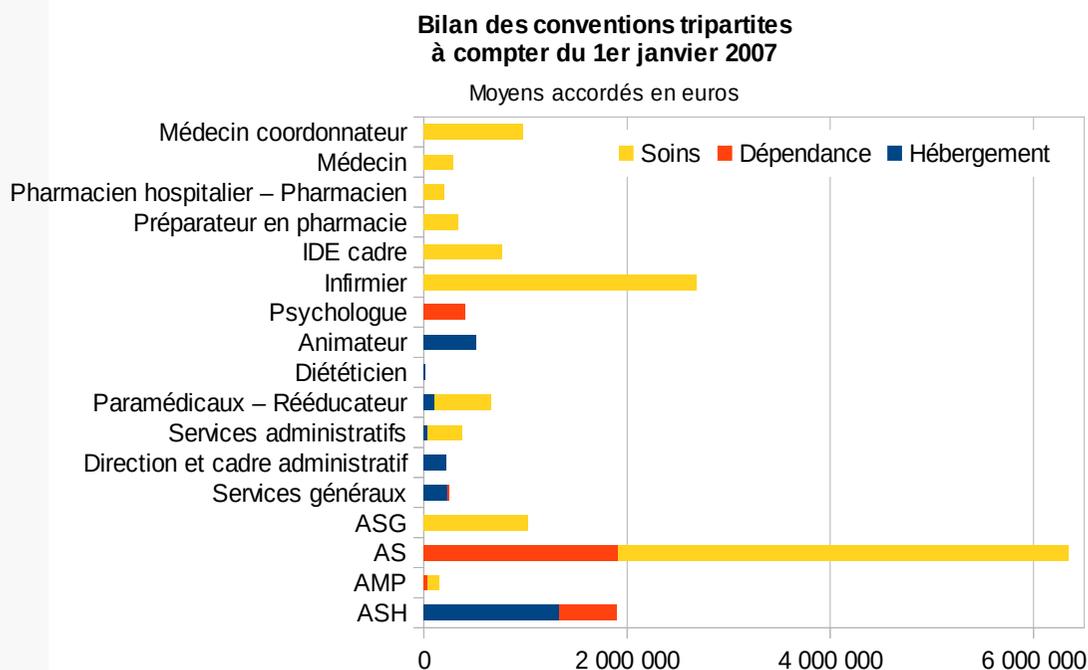
Part des moyens accordés dans le cadre des conventions tripartites à compter du 1er janvier 2007



Total des moyens accordés depuis 2007 : 468,25 ETP

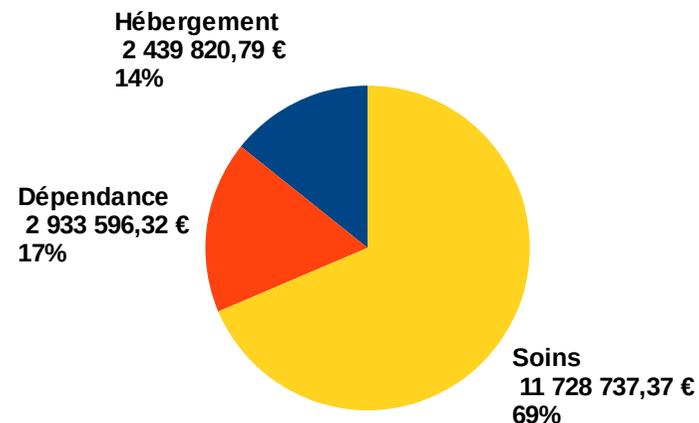
II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Evolution de l'offre en EHPAD : Conventions tripartites - Moyens accordés en euros



La part des soins est plus importante qu'en ETP du fait du coût supérieur des personnels soignants.

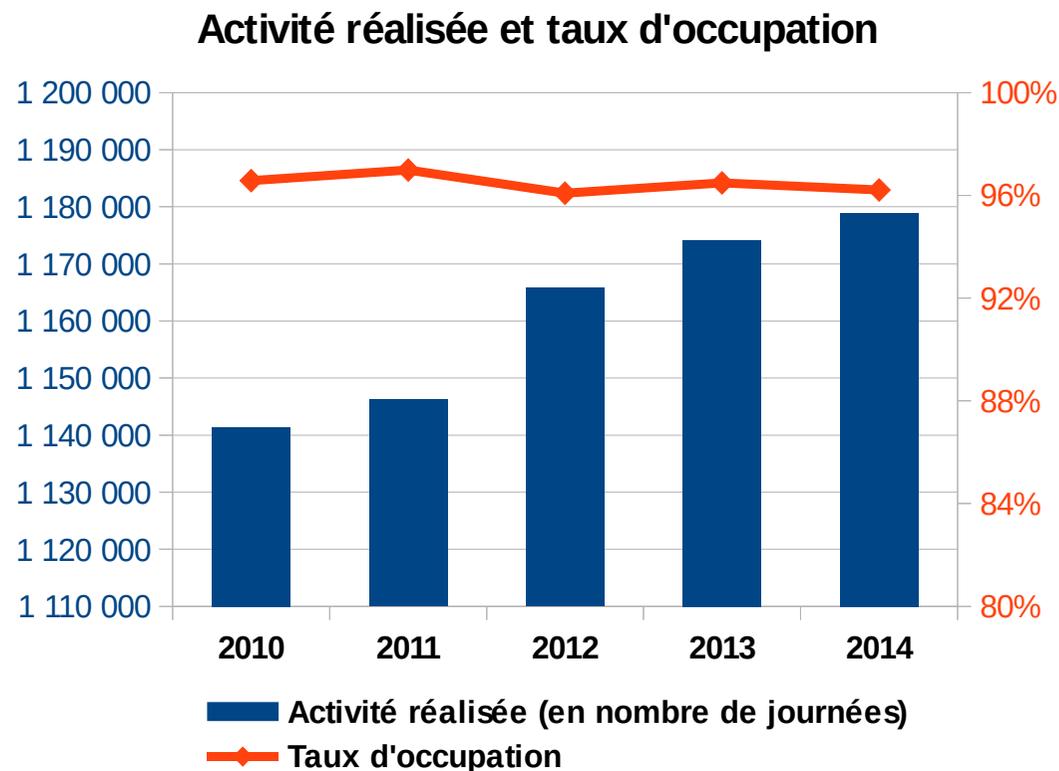
Part des moyens accordés
dans le cadre des conventions tripartites à compter du 1er janvier 2007



Total des moyens accordés depuis 2007 : 17 102 154,47 €

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

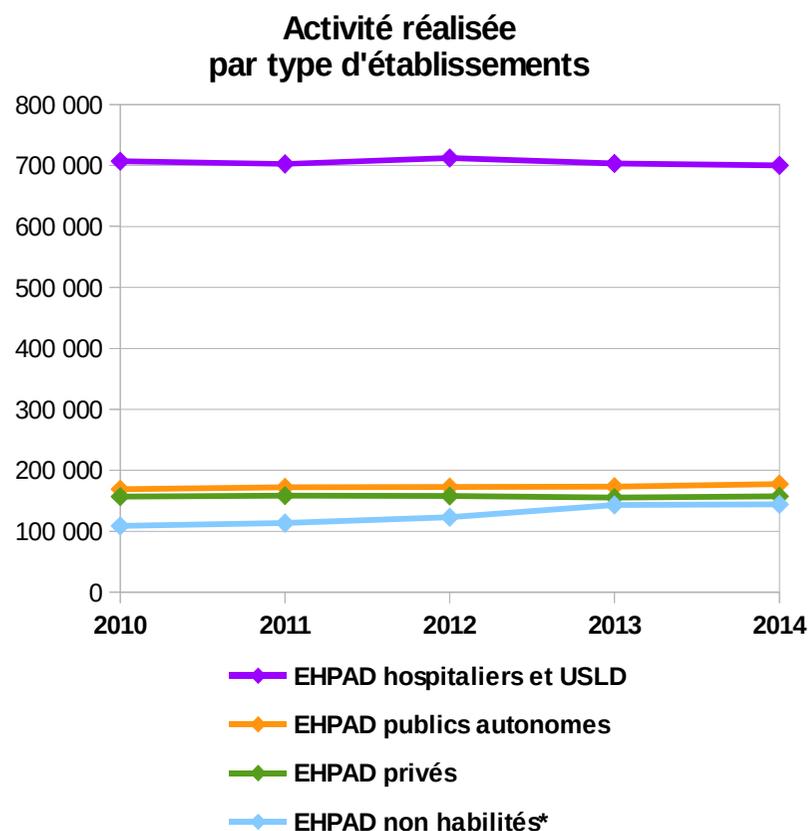
Analyse de l'activité des EHPAD et USLD - activité réalisée et taux d'occupation



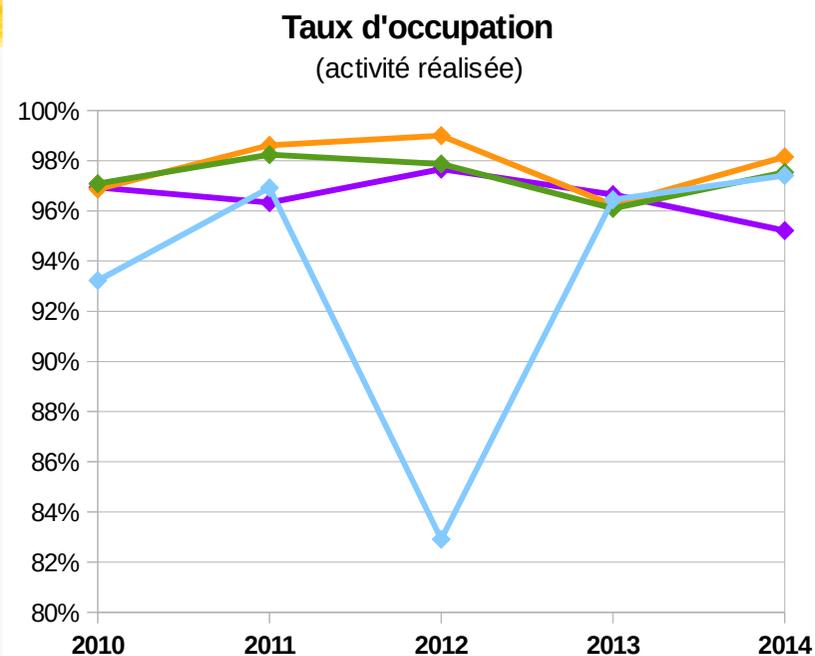
Une croissance de l'activité qui est liée au déploiement des nouveaux lits prévus dans le précédent schéma, avec un taux d'occupation qui reste stable.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse de l'activité des EHPAD et USLD - activité réalisée et taux d'occupation



* ouverture de l'EHPAD d'Eguzon en juillet 2012

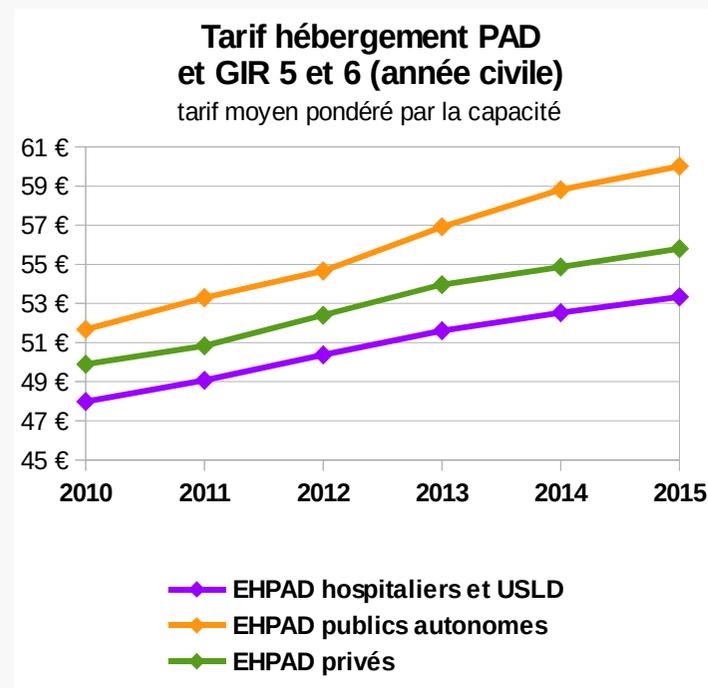
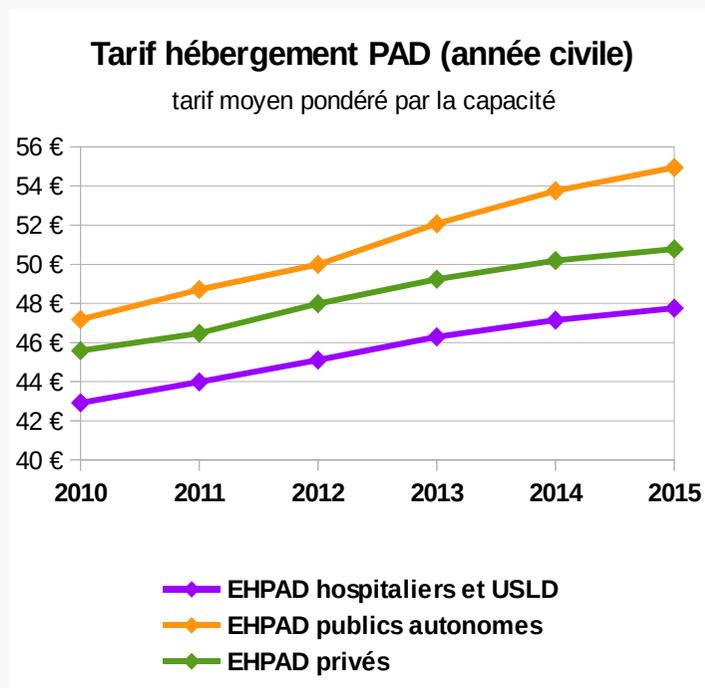


L'essentiel de l'activité est réalisée par les EHPAD hospitaliers et les USLD, qui comptent le plus de lits dans le département.

Toutefois, le taux d'occupation des établissements publics autonomes est plus important que celui des hospitaliers.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

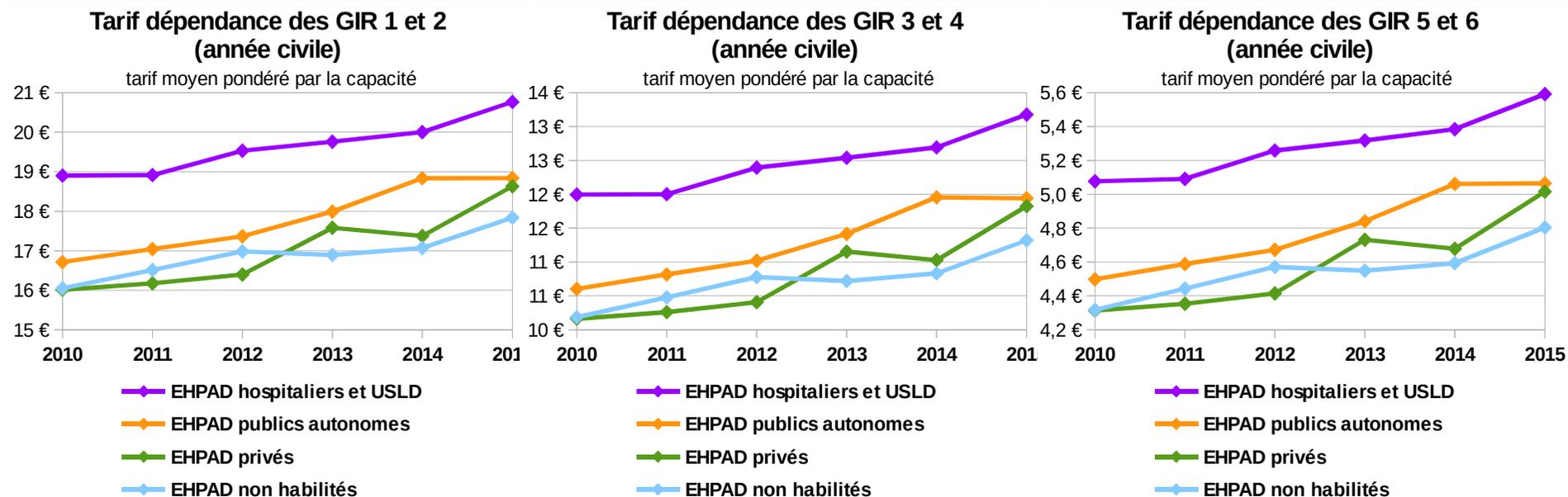
Analyse de l'évolution des tarifs des EHPAD et USLD - Tarif hébergement



Une croissance régulière des tarifs pour l'ensemble des établissements, plus marquée pour les EHPAD publics autonomes du fait des impacts des opérations de restructuration.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse de l'évolution des tarifs des EHPAD et USLD - Tarif dépendance

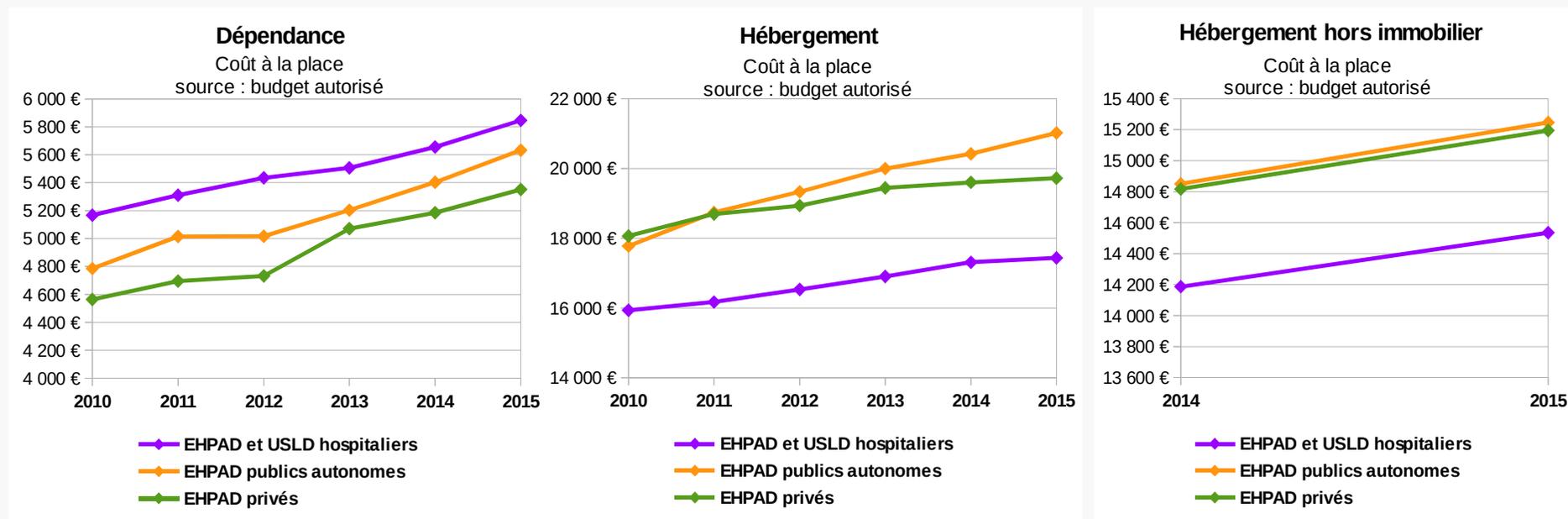


Les tarifs dépendance évoluent tous de manière similaire quel que soit le niveau de dépendance.

De même les tarifs hospitaliers sont nettement plus élevés, à l'inverse, ceux des établissements privés et non habilités sont les moins élevés.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

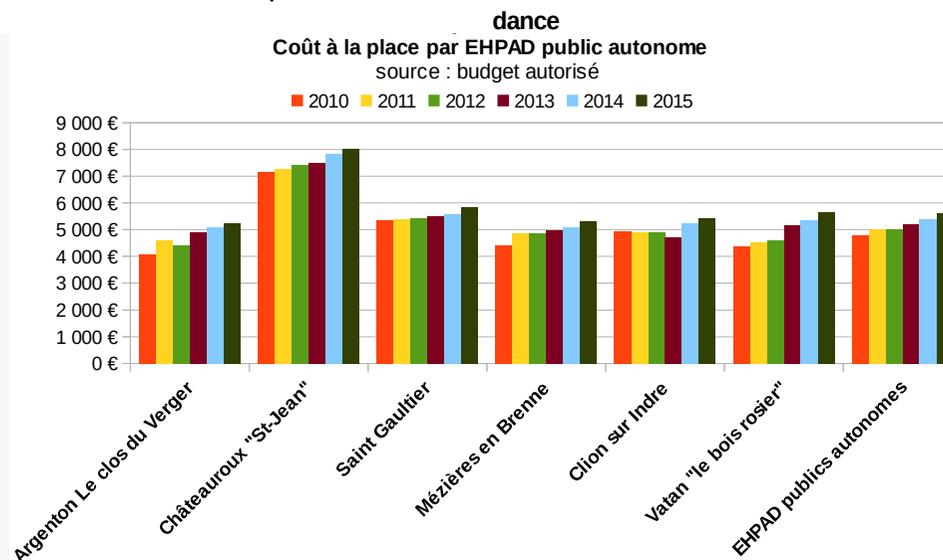
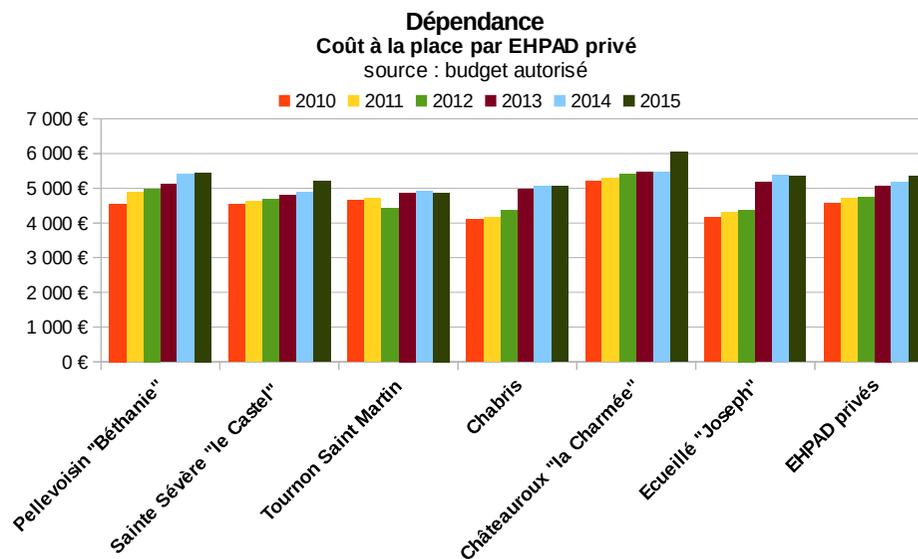
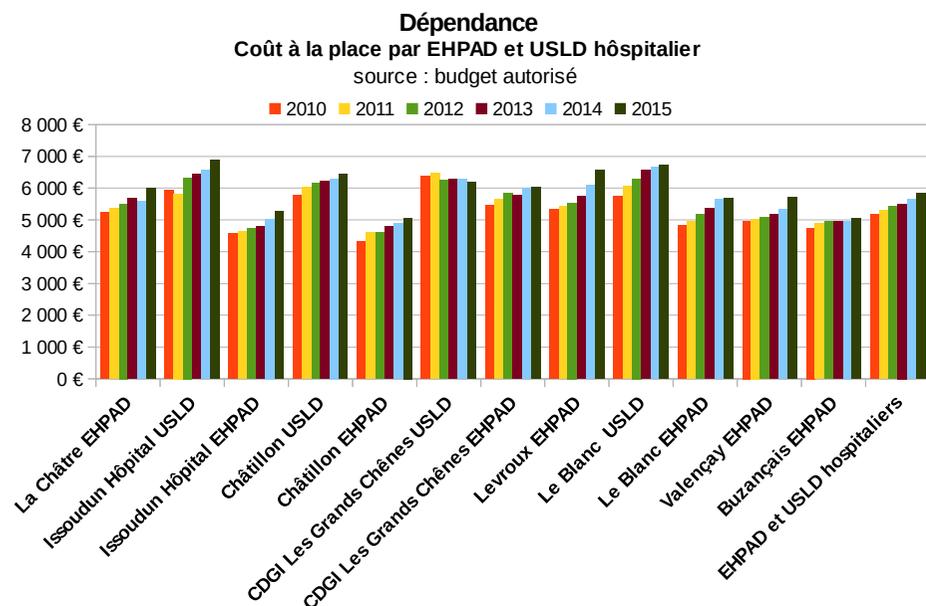
Analyse des coûts à la place des EHPAD et USLD



Des situations inversées entre le coût à la place des sections dépendance et hébergement, les établissements hospitaliers ayant des coûts à la place les plus élevés en dépendance et les plus bas en hébergement.

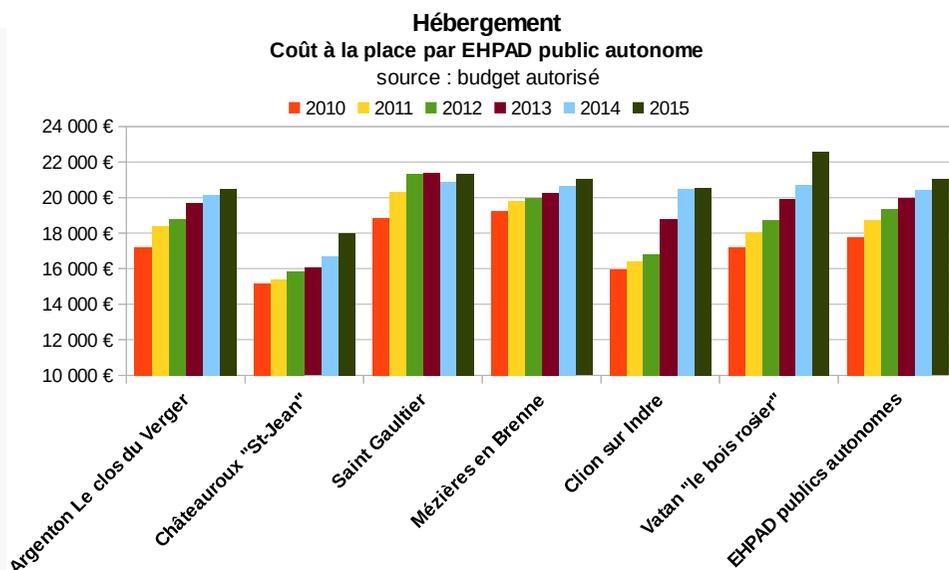
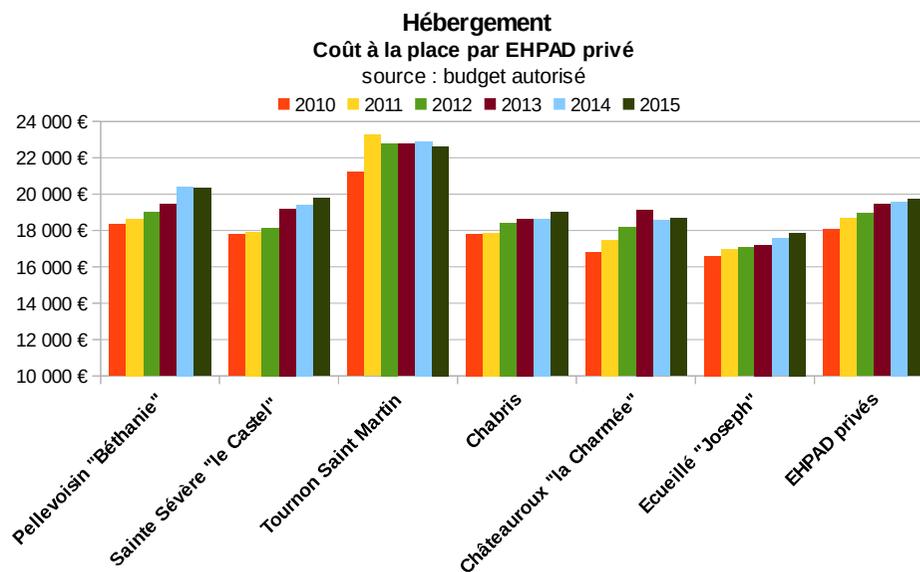
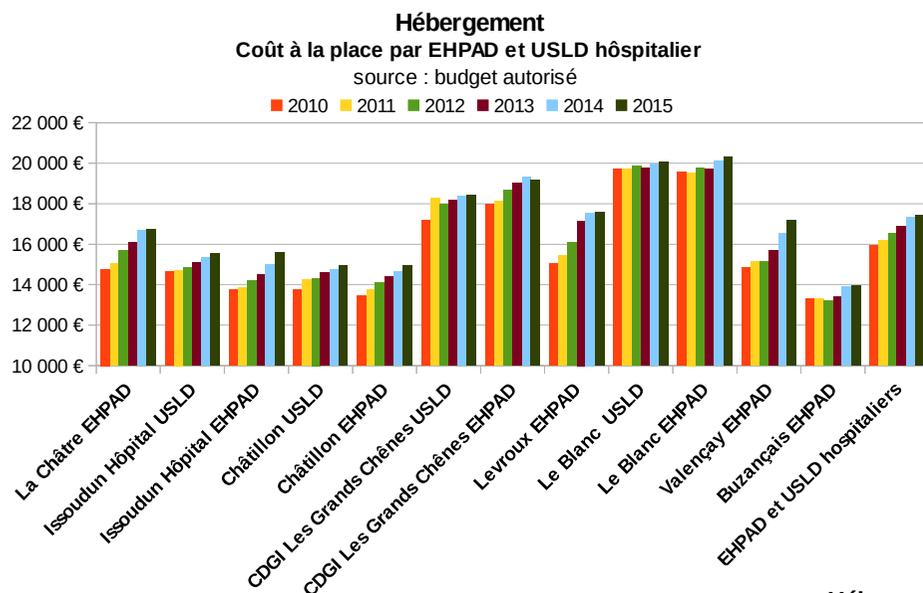
II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des coûts à la place des EHPAD et USLD - Détail Dépendance



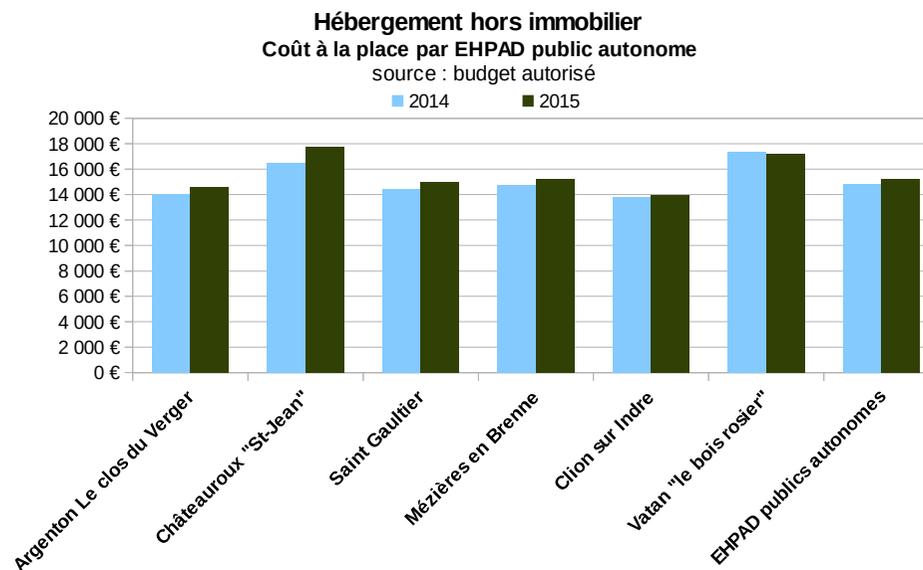
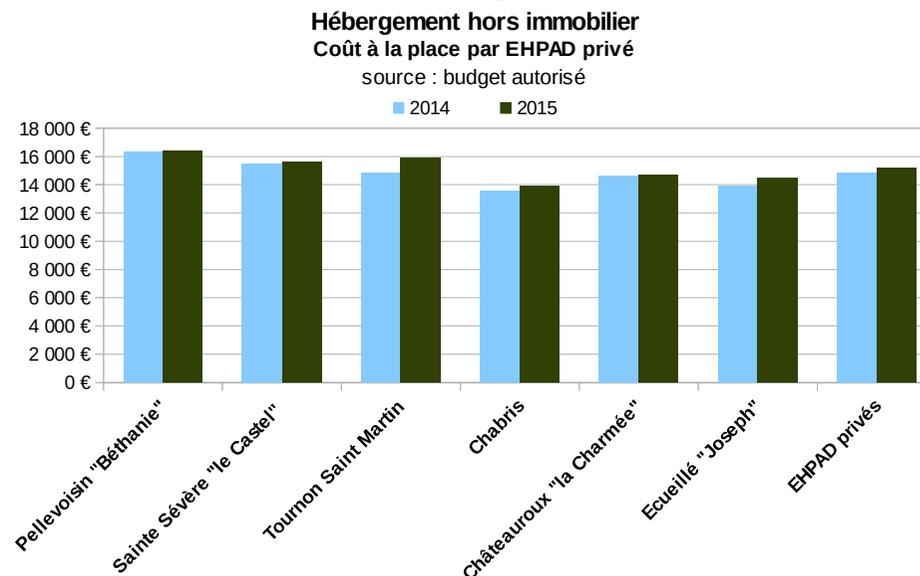
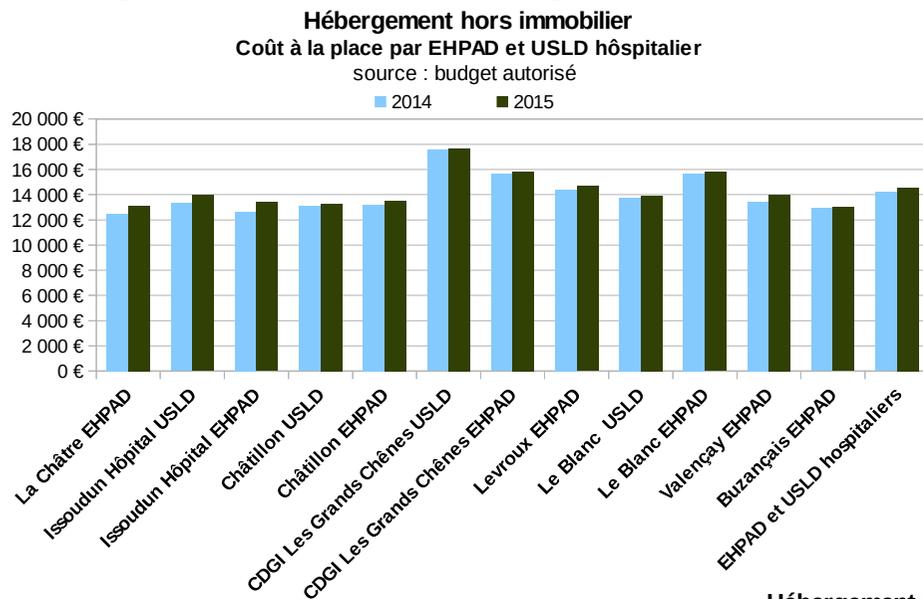
II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des coûts à la place des EHPAD et USLD - Détail Hébergement



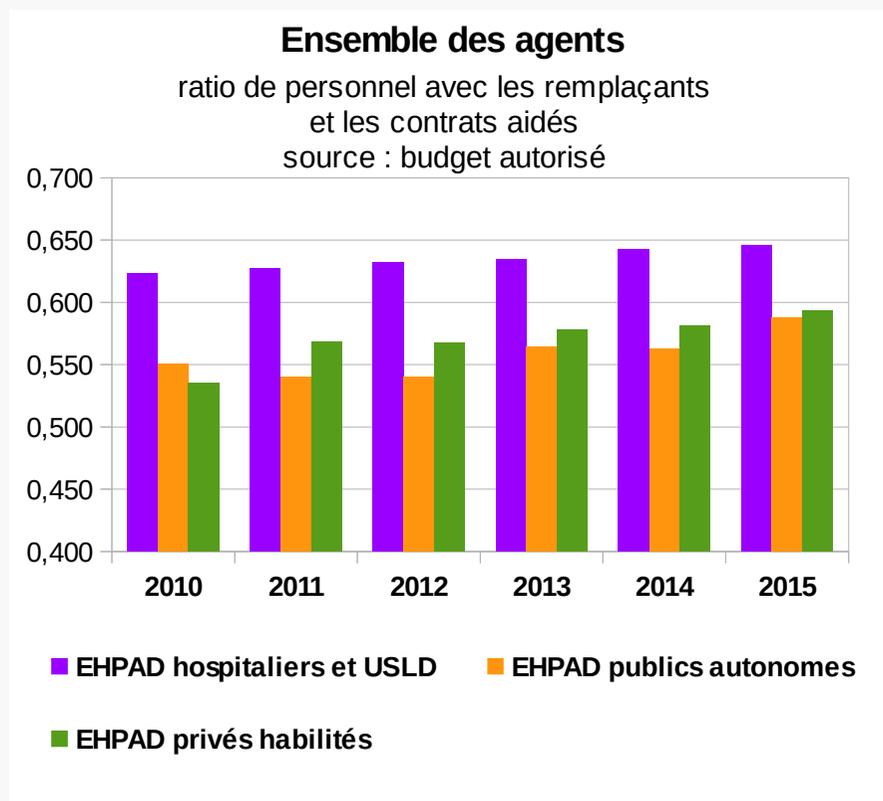
II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des coûts à la place des EHPAD et USLD - Détail Hébergement hors immobilier



II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

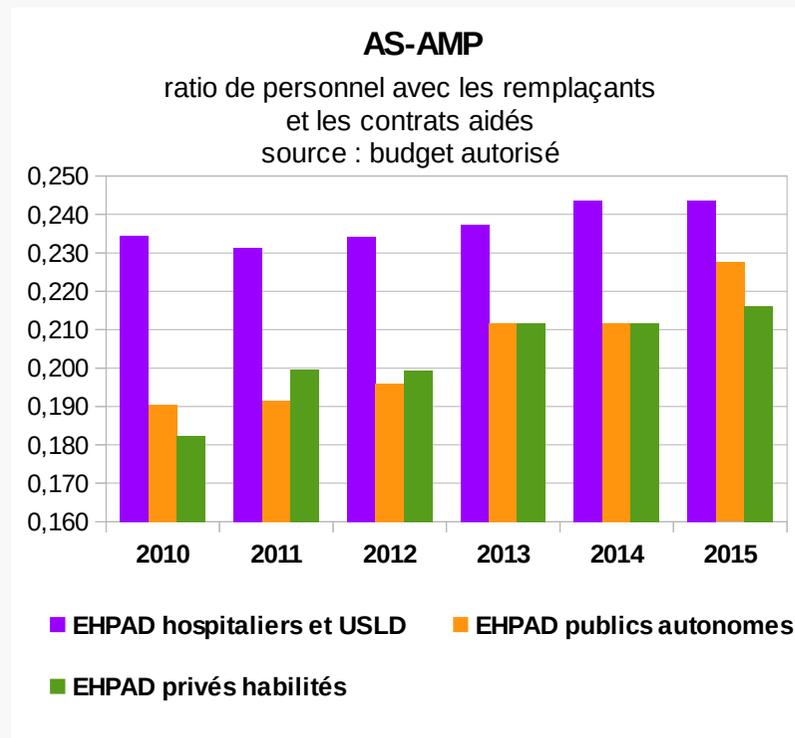
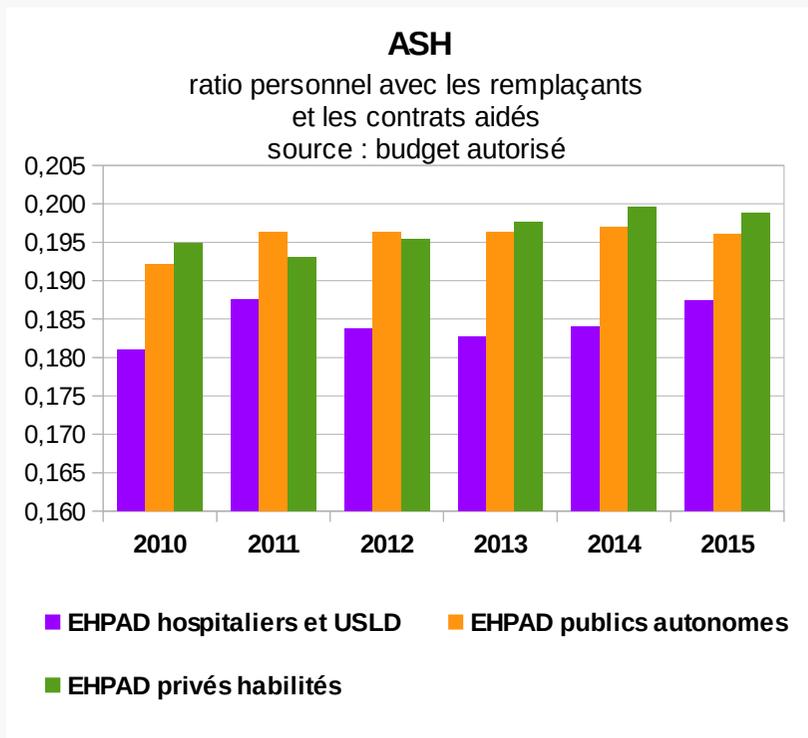
Analyse de l'évolution des ratios d'encadrement en EHPAD et USLD



Des ratios d'encadrement croissants pour tous les types d'établissement, nettement plus élevés dans les établissements hospitaliers.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

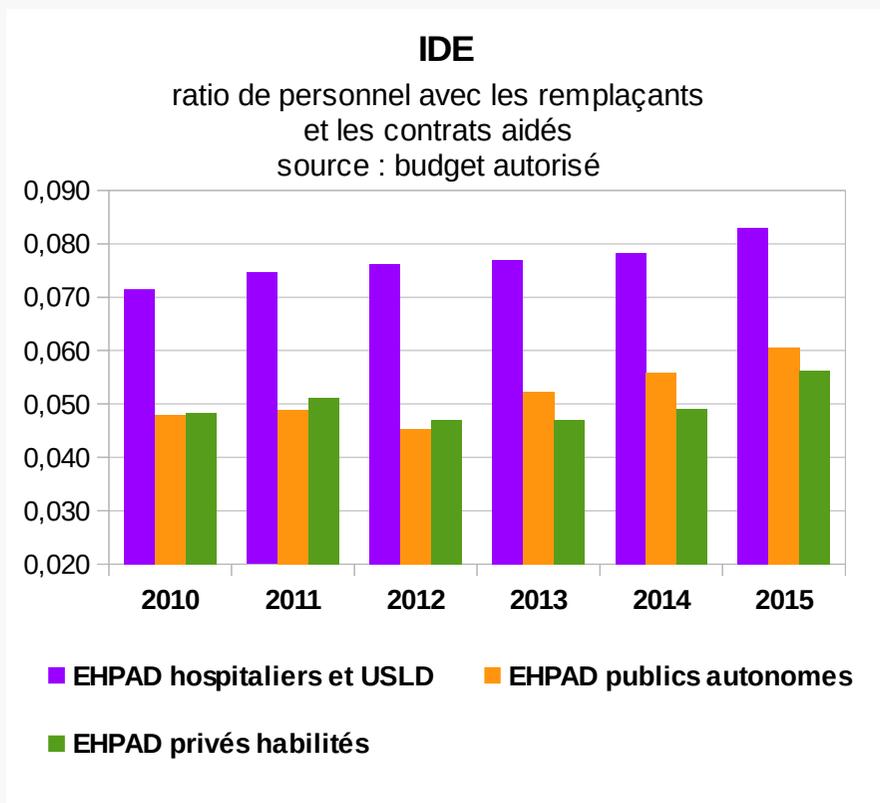
Analyse de l'évolution des ratios d'encadrement en EHPAD et USLD



Une répartition très différente selon le type d'établissement : un taux d'AS-AMP beaucoup plus important chez les hospitaliers, des ASH beaucoup plus présents chez les publics autonomes et les privés habilités.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

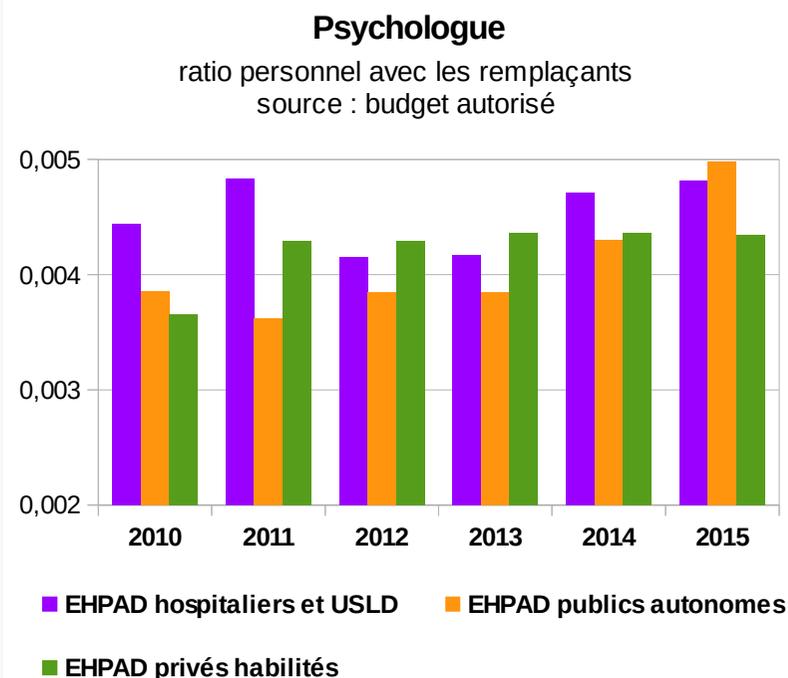
Analyse de l'évolution des ratios d'encadrement en EHPAD et USLD



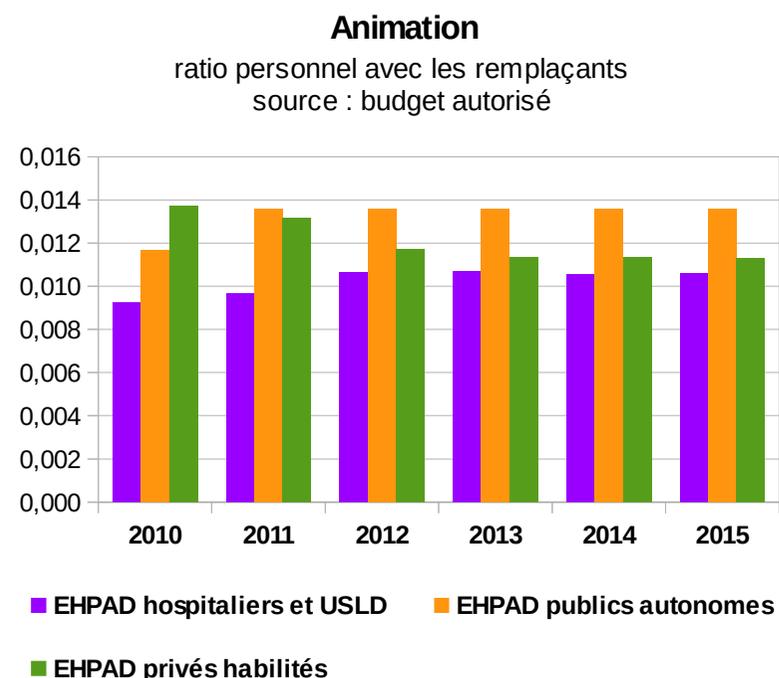
Des ratios d'IDE qui augmentent et qui sont très supérieurs dans les établissements hospitaliers.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse de l'évolution des ratios d'encadrement en EHPAD et USLD



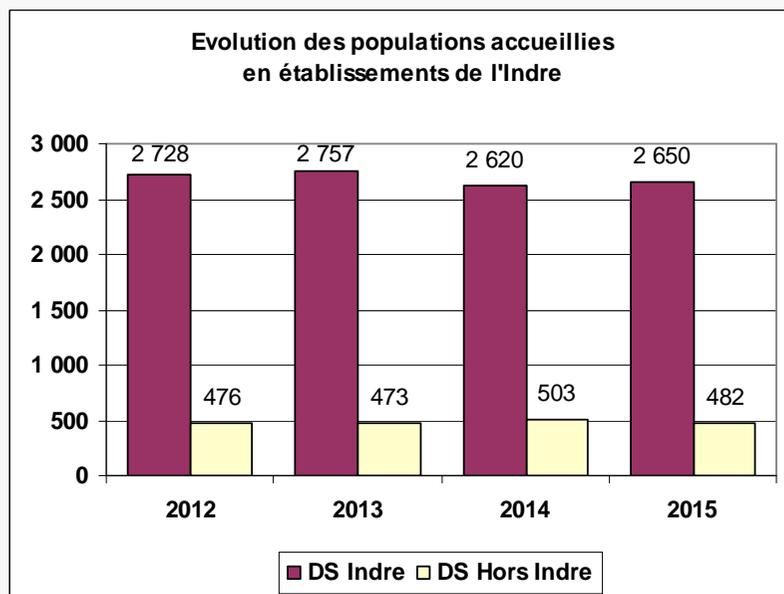
Des ratios qui augmentent pour les établissements publics autonomes. Situation stable pour les autres liée à l'échéance des conventions tripartites.



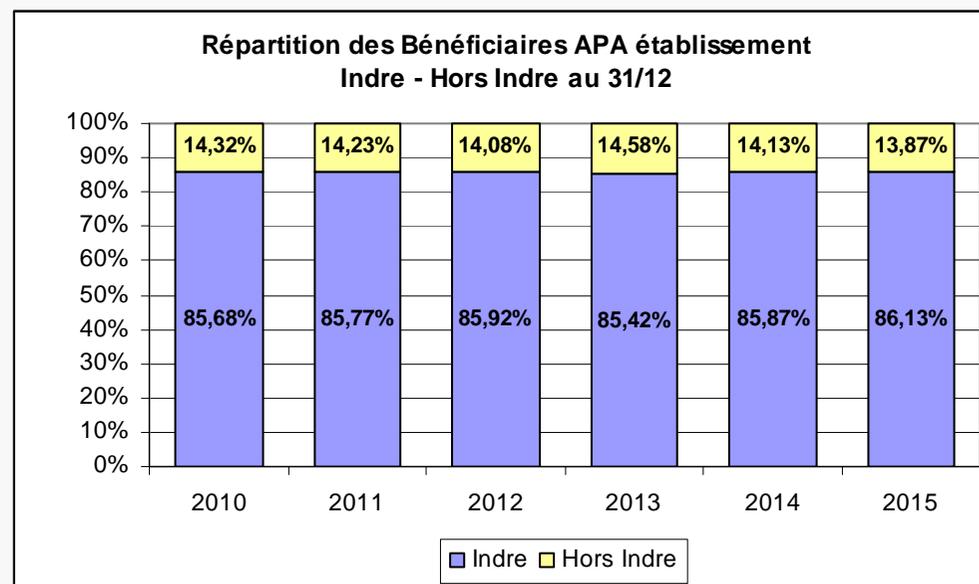
Situation stable issue de l'installation des personnels d'animation lors des premières conventions tripartites.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse de l'évolution des populations accueillies dans les EHPAD et USLD de l'Indre et hors Indre - à partir des études Galaad qui ne concernent que les plus de 60 ans.



Une légère baisse des résidents indriens.
Une stabilité des hors Indre qui s'établit à environ 15% des personnes accueillies.

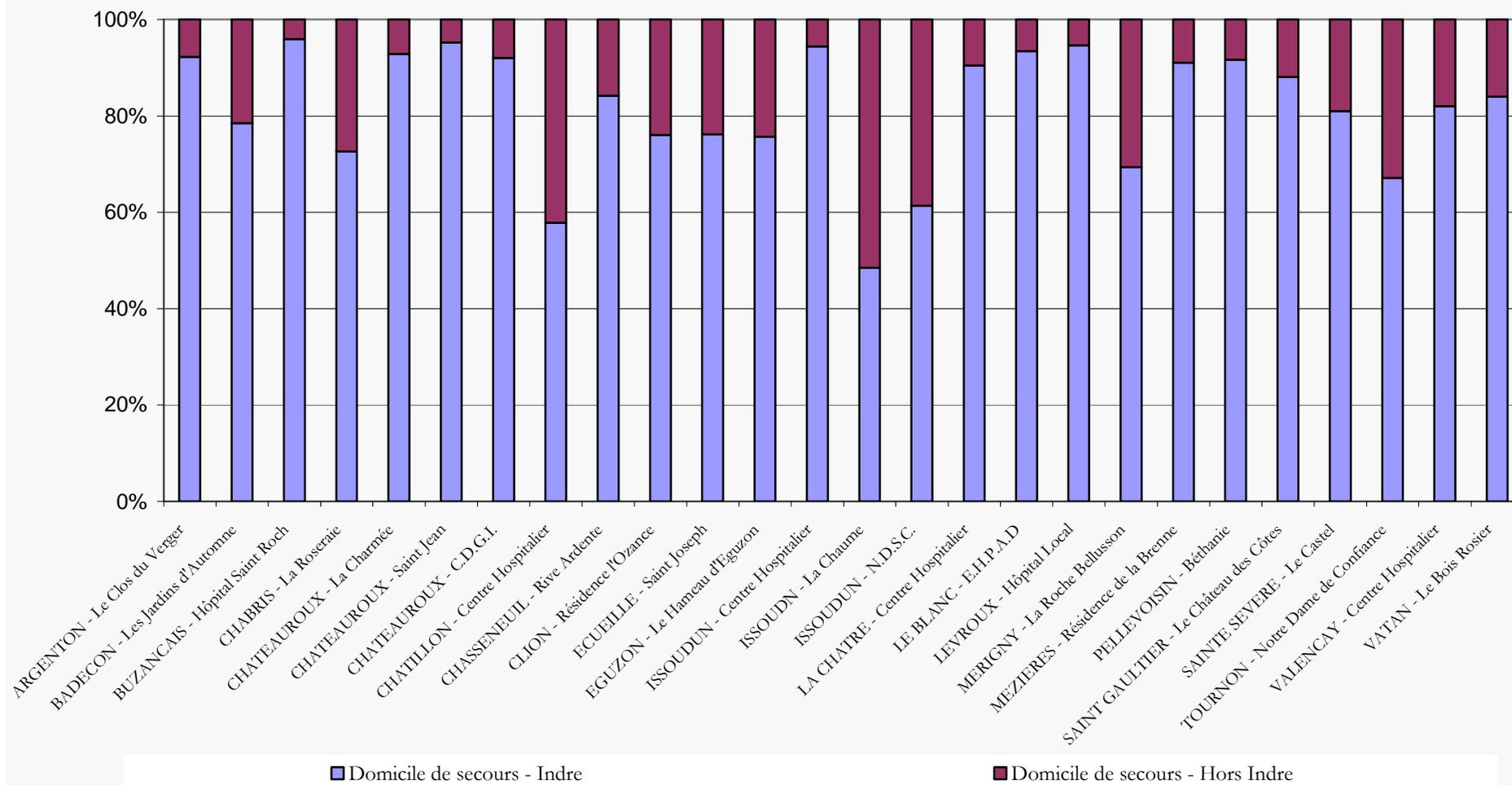


En partant de la population des APA en établissement, on constate un taux similaire et stable (environ 14%) d'indriens accueillis dans des établissements hors Indre.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des populations accueillies

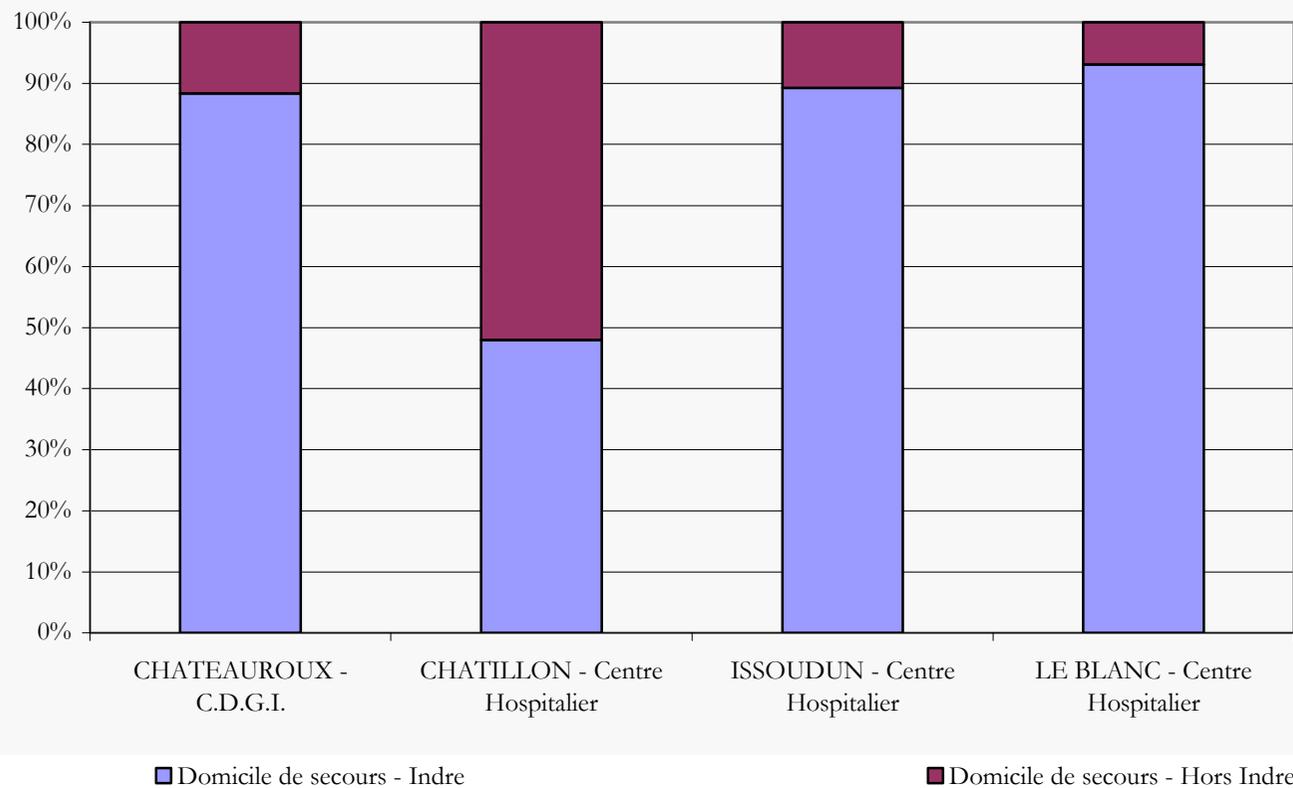
Répartition de la population hébergée dans les EHPAD de l'Indre en 2015
par domicile de secours



II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

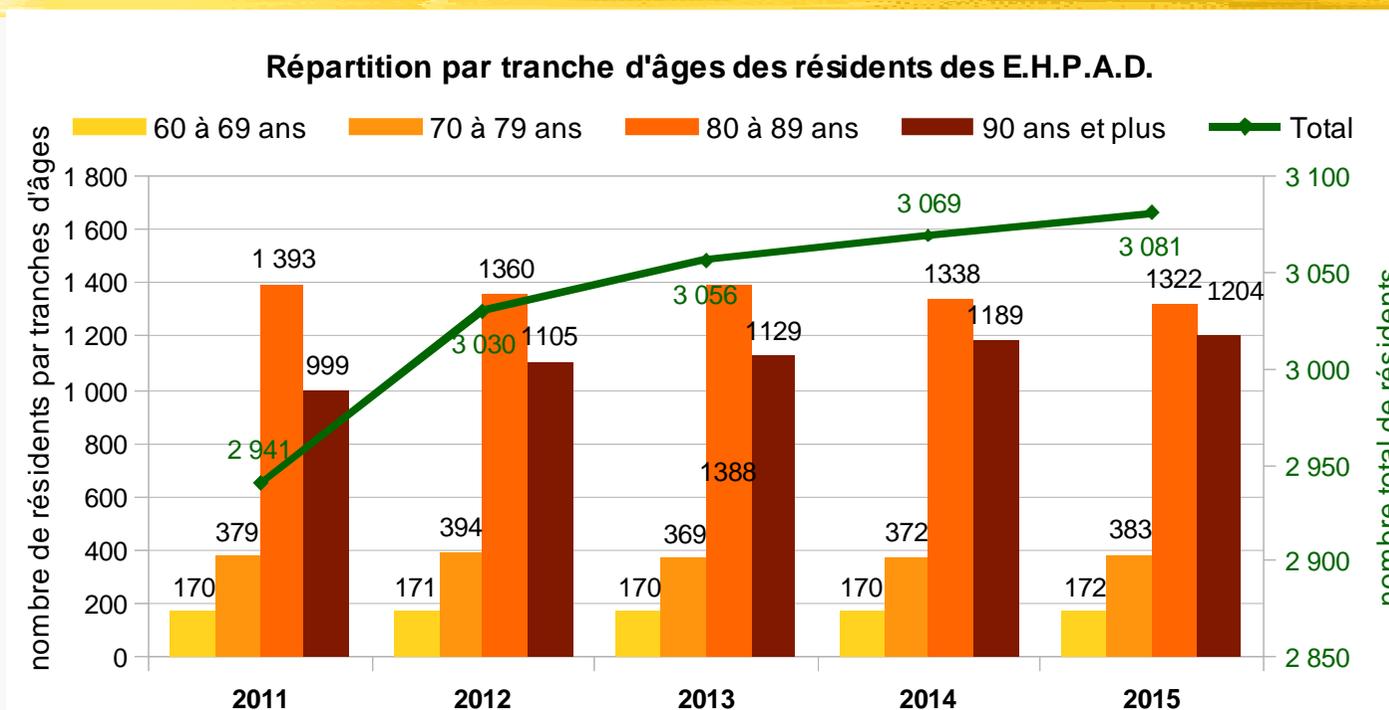
Analyse des populations accueillies

Répartition de la population hébergée dans les USLD de l'Indre en 2015
par domicile de secours



II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse de l'évolution des populations accueillies en EHPAD

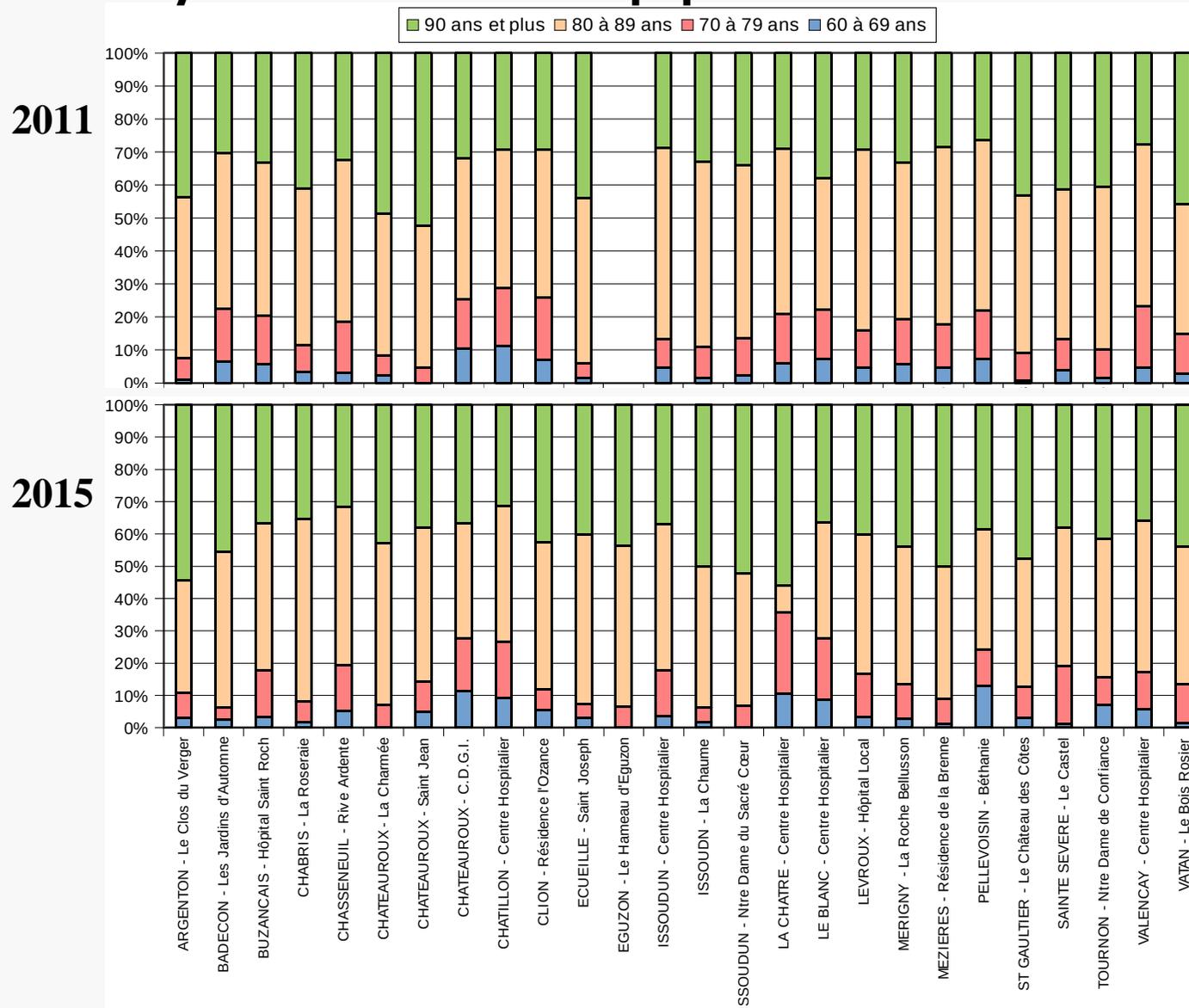


Plus de 80% des résidents ont plus de 80 ans.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 80/89 ans et les plus de 90 ans n'ont cessé de croître.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

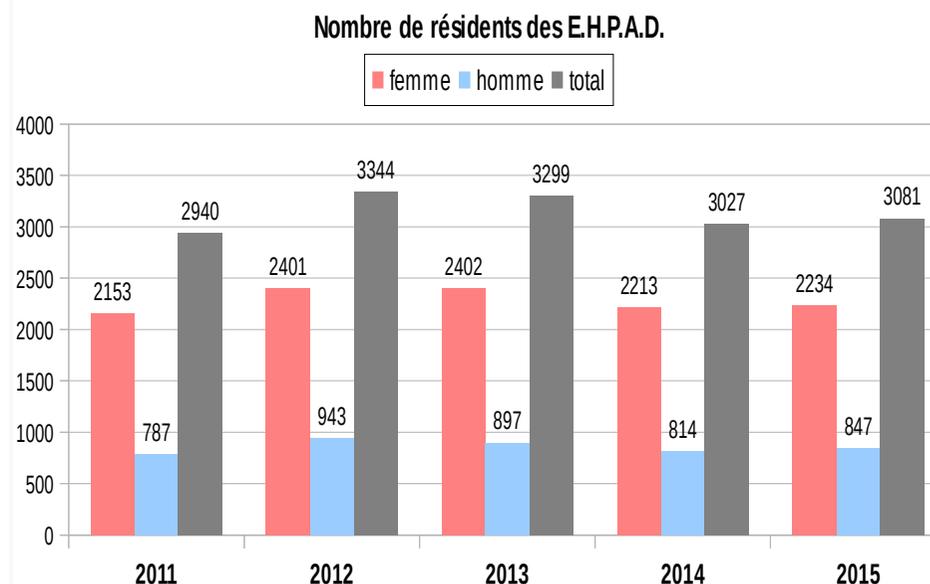
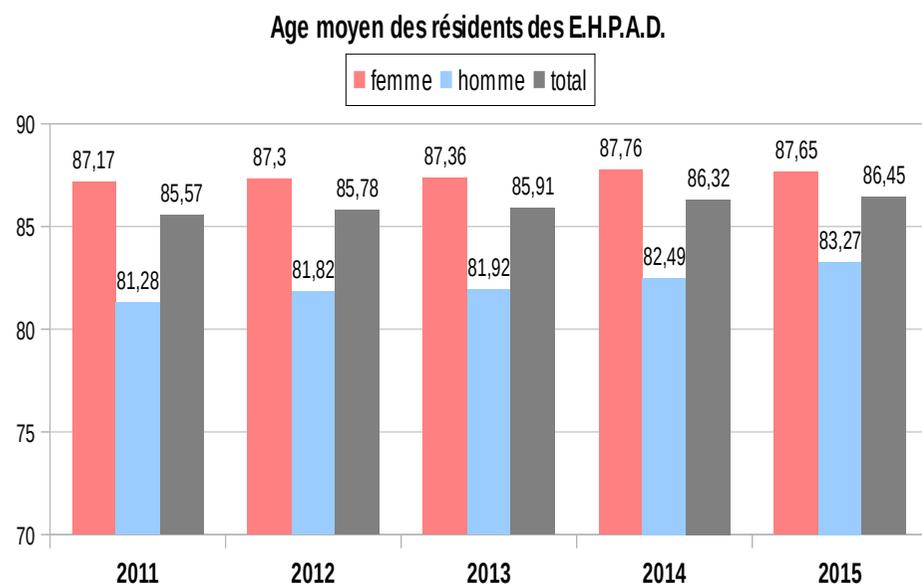
Analyse de l'évolution des populations accueillies en EHPAD



Les établissements hospitaliers importants ont une proportion de moins de 80 ans plus importante que dans les autres établissements.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse de l'évolution des populations accueillies en EHPAD



L'âge moyen est élevé, plus de 85 ans, et stable sur la période.

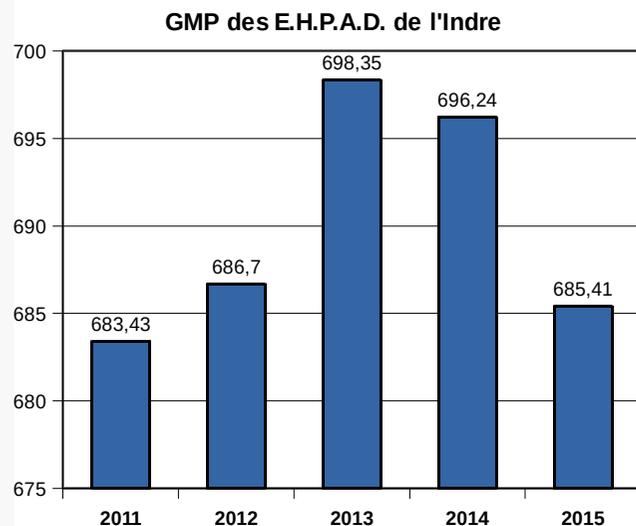
On note cependant une augmentation pour les hommes.

Une stabilité du nombre de résidents qu'on retrouve entre les femmes et les hommes.

* les bénéficiaires de l'aide sociale de moins de 60 ans en EHPAD étaient estimés à 21 en 2011, 19 en 2012, 11 en 2013, 11 en 2014 et 8 en 2015 .

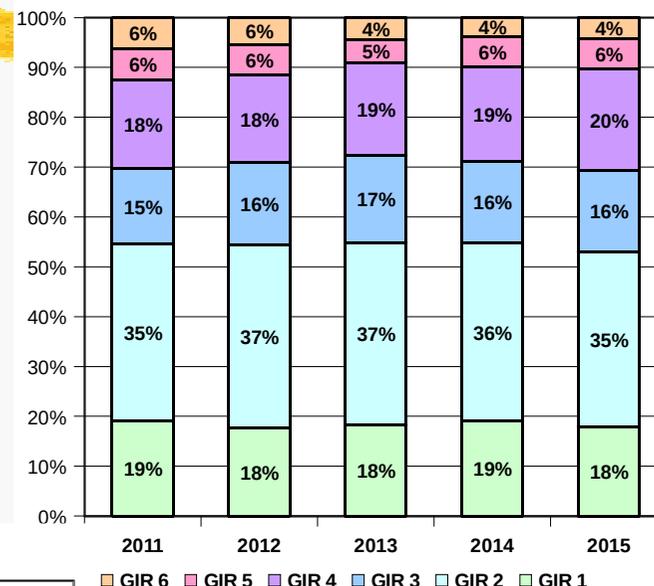
II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse de l'évolution des populations accueillies en EHPAD : niveau de dépendance

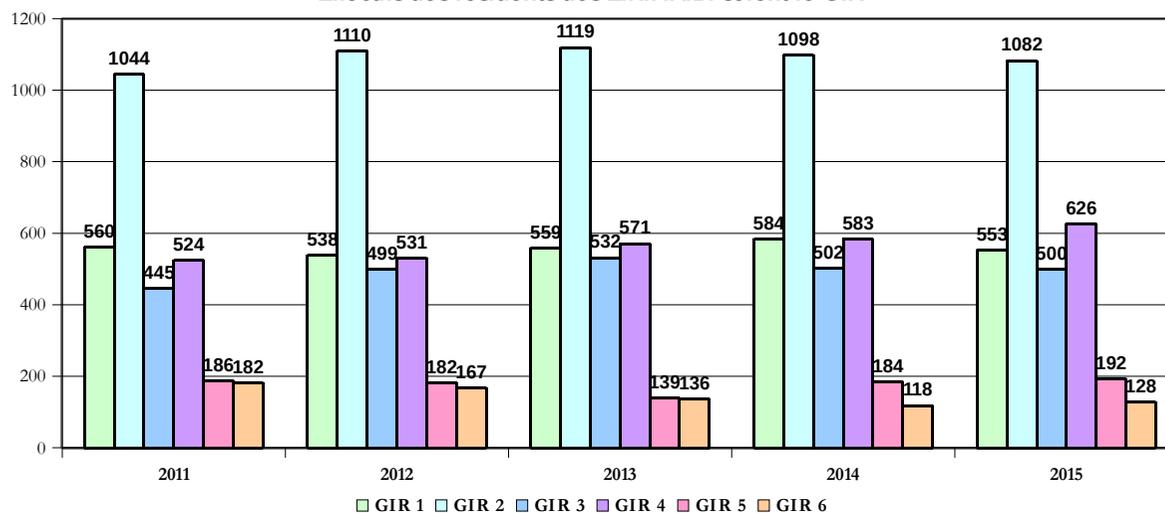


Une dépendance élevée, entre 680 et 700 selon les années.

Répartition des résidents des E.H.P.A.D. par GIR



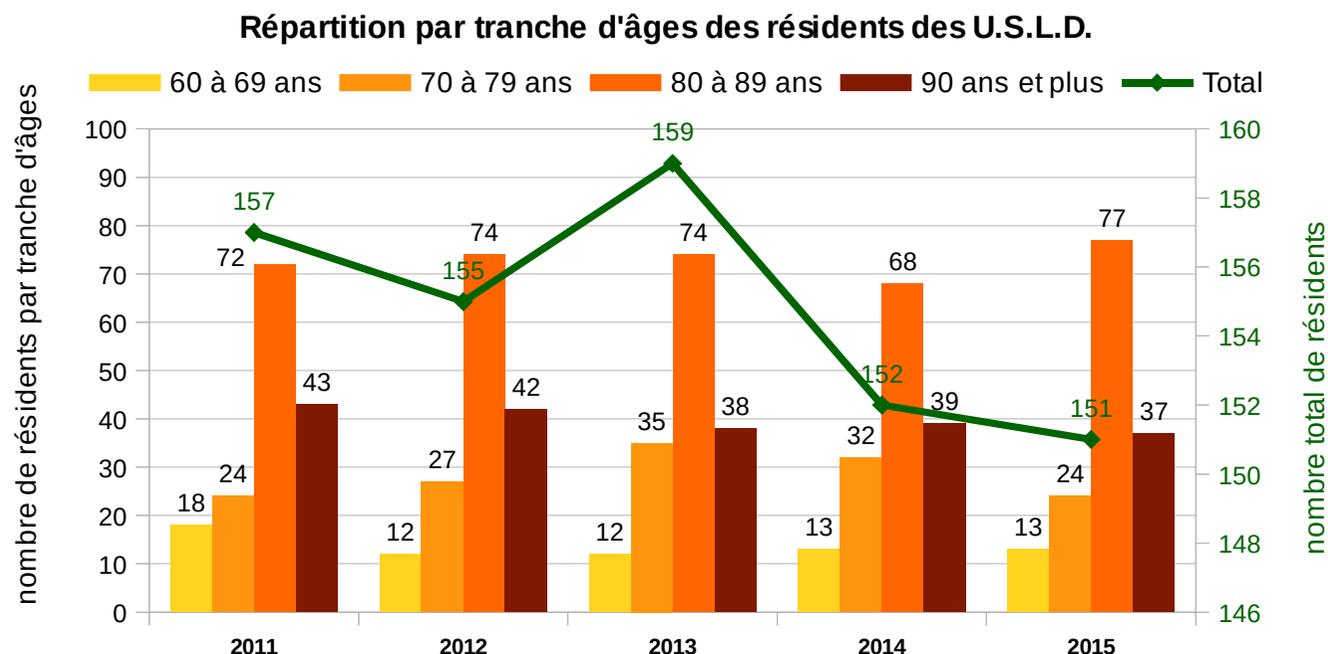
Effectifs des résidents des E.H.P.A.D. selon le GIR



Une répartition stable depuis 2011, avec un niveau de GIR 1/2 entre 50 et 55% (dont 35 à 37% de GIR 2), GIR 3/4 entre 33 et 36% et GIR 5/6 entre 9 et 12%.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

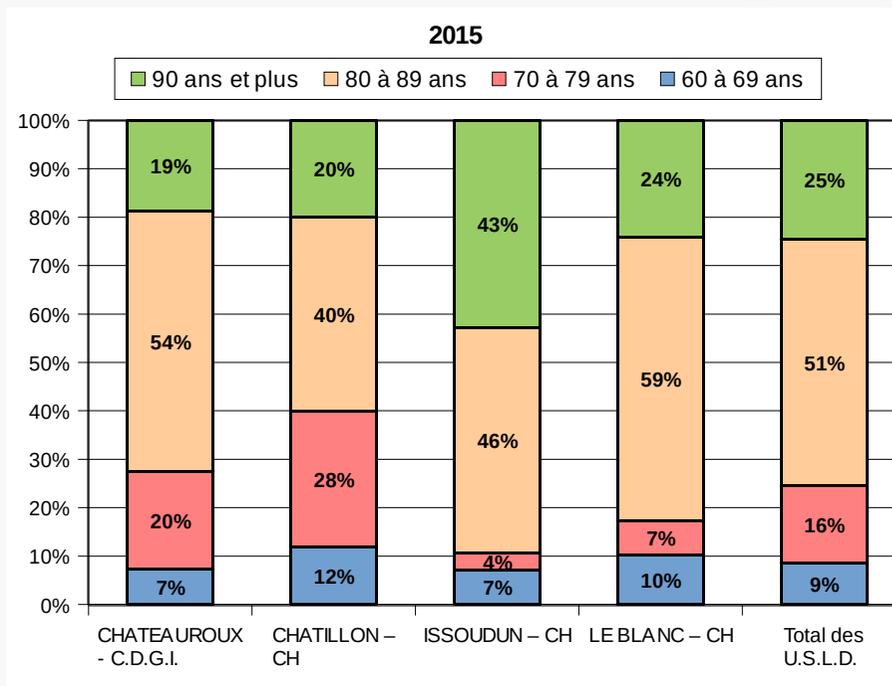
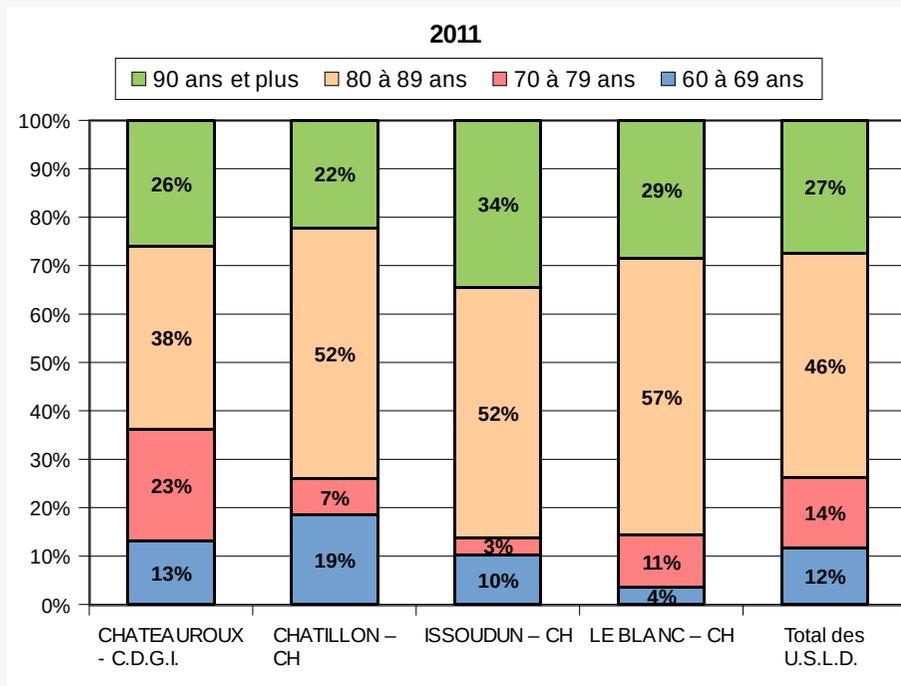
Analyse de l'évolution des populations accueillies en USLD



Comme pour les EHPAD, la catégorie la plus représentée est celle des 80/89 ans, mais à la différence des EHPAD, la part des plus de 90 ans est stable et plus faible, et des moins de 80 ans plus représentés.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

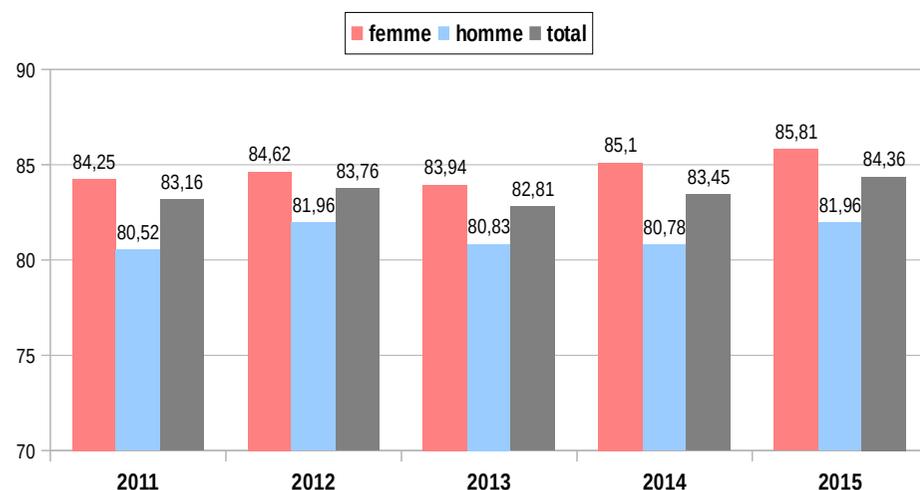
Analyse de l'évolution des populations accueillies en USLD



II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

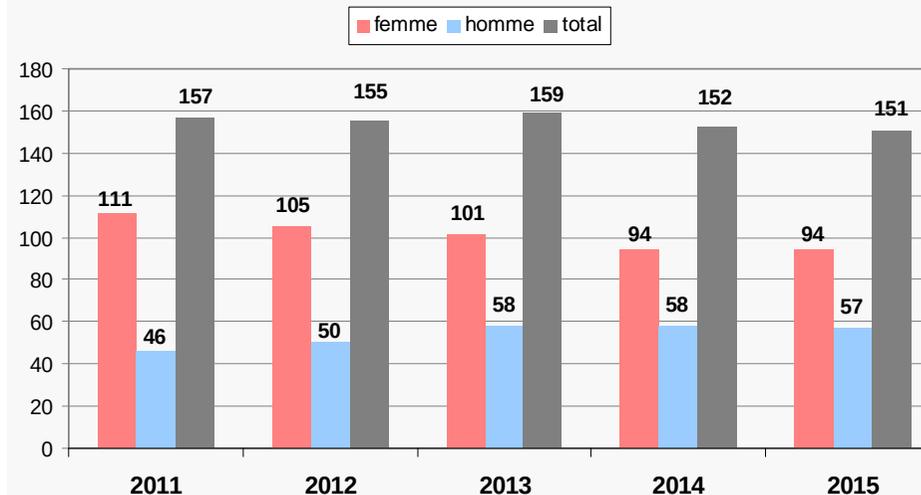
Analyse de l'évolution des populations accueillies en USLD

Age moyen des résidents des U.S.L.D.



Un âge moyen plus faible, surtout pour les femmes (comparé à celui des EHPAD).

Nombre de résidents en U.S.L.D.

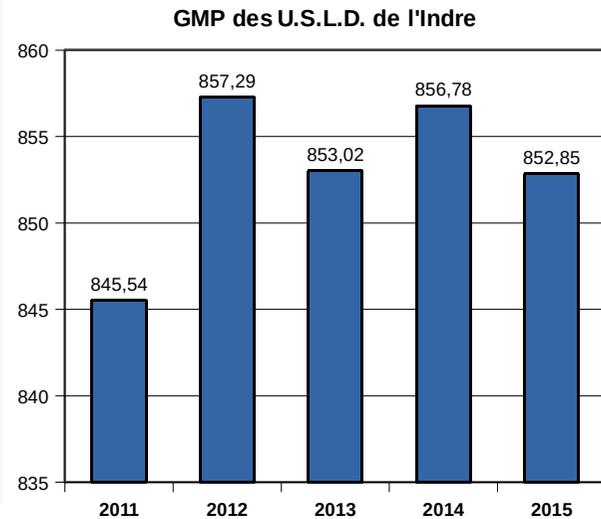


Une part d'hommes nettement plus importante qu'en EHPAD et une stabilité du nombre de résidents.

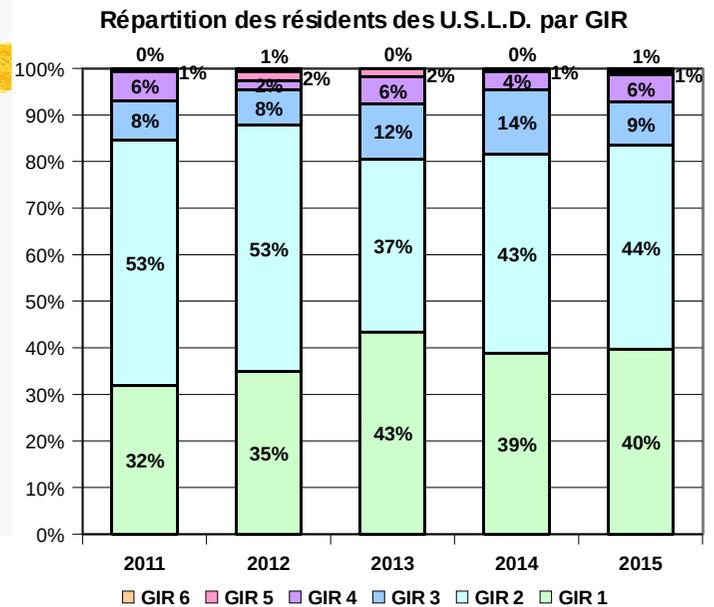
* les bénéficiaires de l'aide sociale de moins de 60 ans en USLD étaient estimés à 4 en 2011, 2 en 2012, 1 en 2013, 5 en 2014 et 7 en 2015 .

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

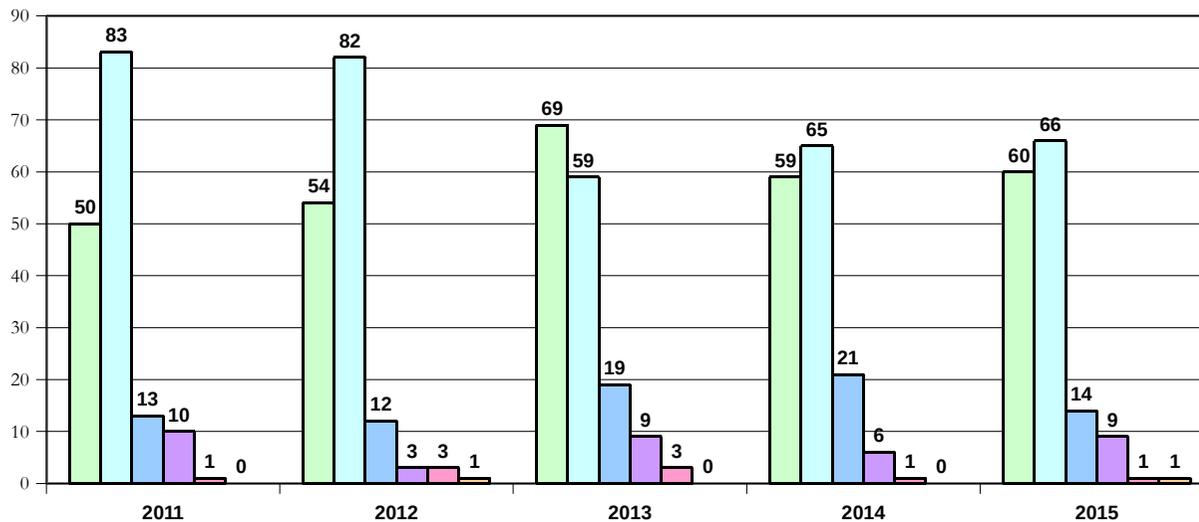
Analyse de l'évolution des populations accueillies en USLD : niveau de dépendance



Un niveau de dépendance moyen plus élevé qu'en EHPAD, entre 845 et 857.



Effectifs des résidents des U.S.L.D. selon le GIR



(Source Galaad)

■ GIR 1 ■ GIR 2 ■ GIR 3 ■ GIR 4 ■ GIR 5 ■ GIR 6

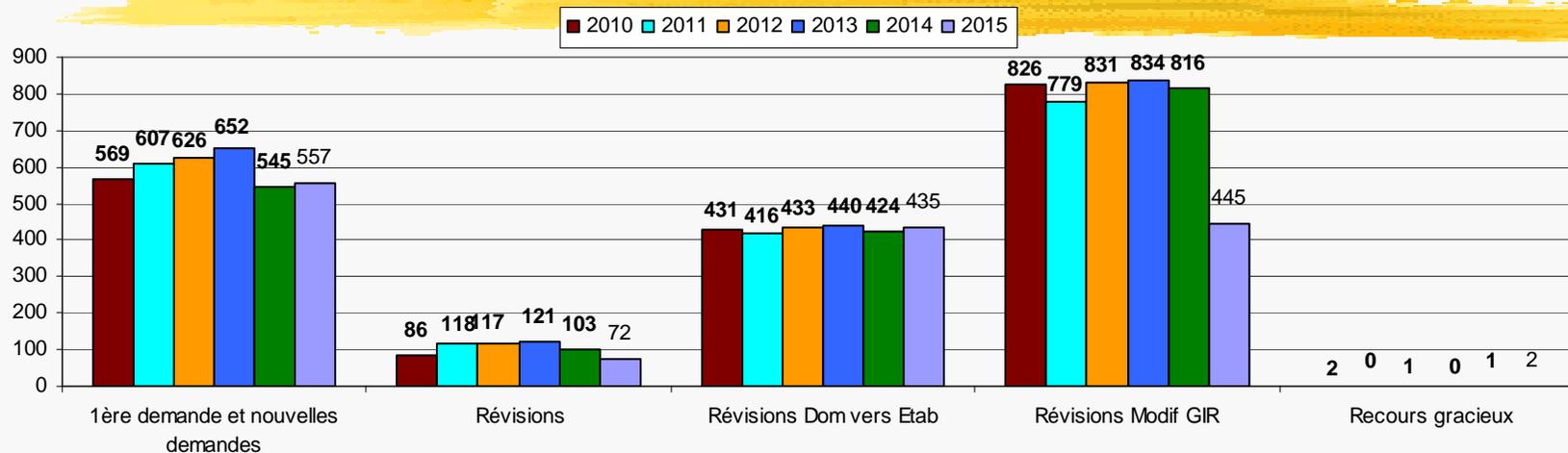
Une part de GIR 1/2 supérieure à 80% et une absence de GIR 5/6.

Une présence plus importante des GIR 1 par rapport aux EHPAD.

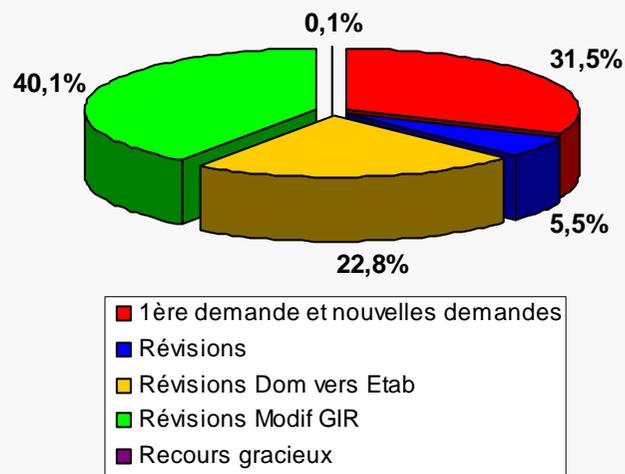
II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

APA en établissement - Etude des demandes

Nombre de demandes APA en Etablissement par statut demande



Nombre de demandes APA en établissement par statut demande de 2010 à 2015

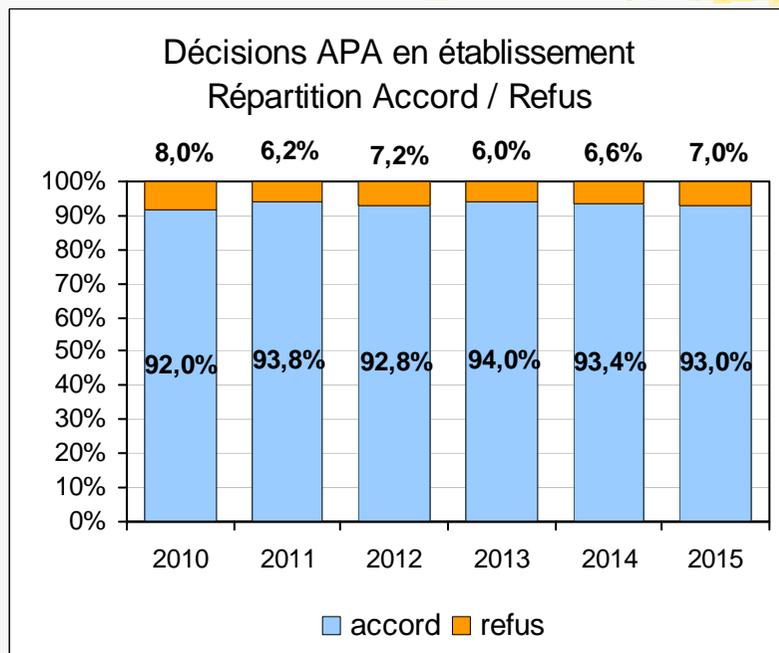


Des premières demandes en baisse sur les deux dernières années et qui représentent 1/3 des dossiers d'APAE examinés.

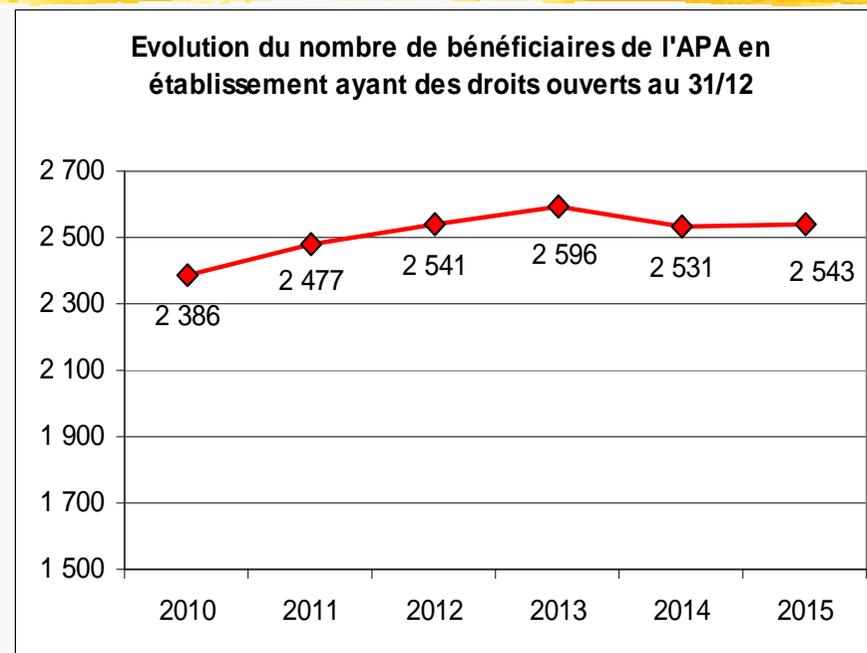
Une forte activité de révisions d'APAE, à noter cependant à partir de 2015 la disparition programmée des révisions dues aux modifications de GIR, et en moyenne de 415 à 430 demandes qui concernent des passages d'APAD à APAE.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

APA en établissement - Etude des décisions et des bénéficiaires



Un taux d'accord stable et quasi systématique.



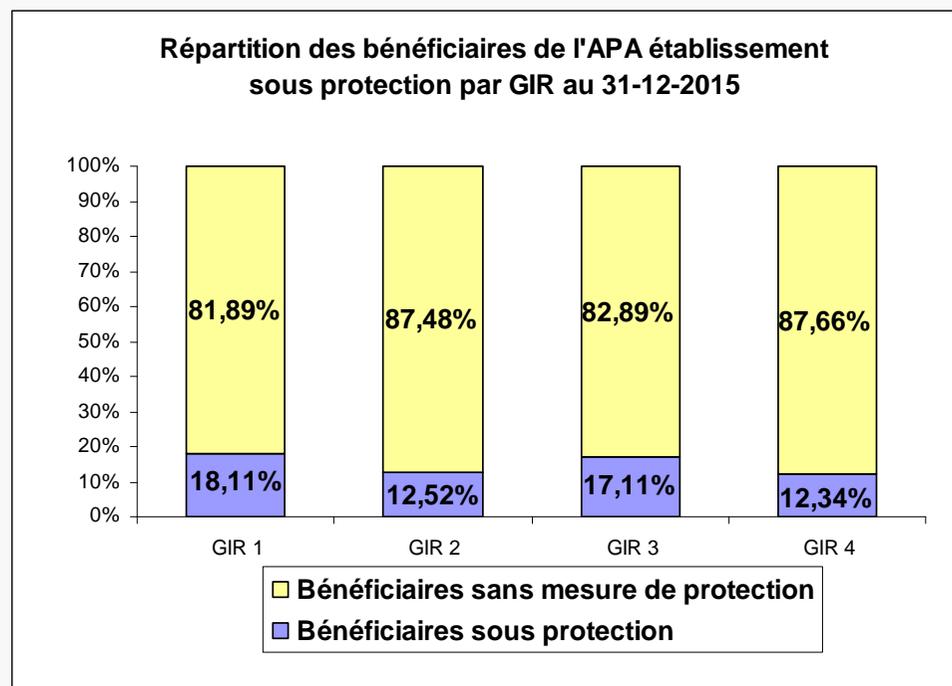
La baisse du taux de demande et le maintien du taux d'accord induisent une baisse du nombre de bénéficiaires.

Une légère baisse depuis 2013 après la forte hausse de 2010/2013.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

APA en établissement - Profil des bénéficiaires sous protection au 31/12/2015

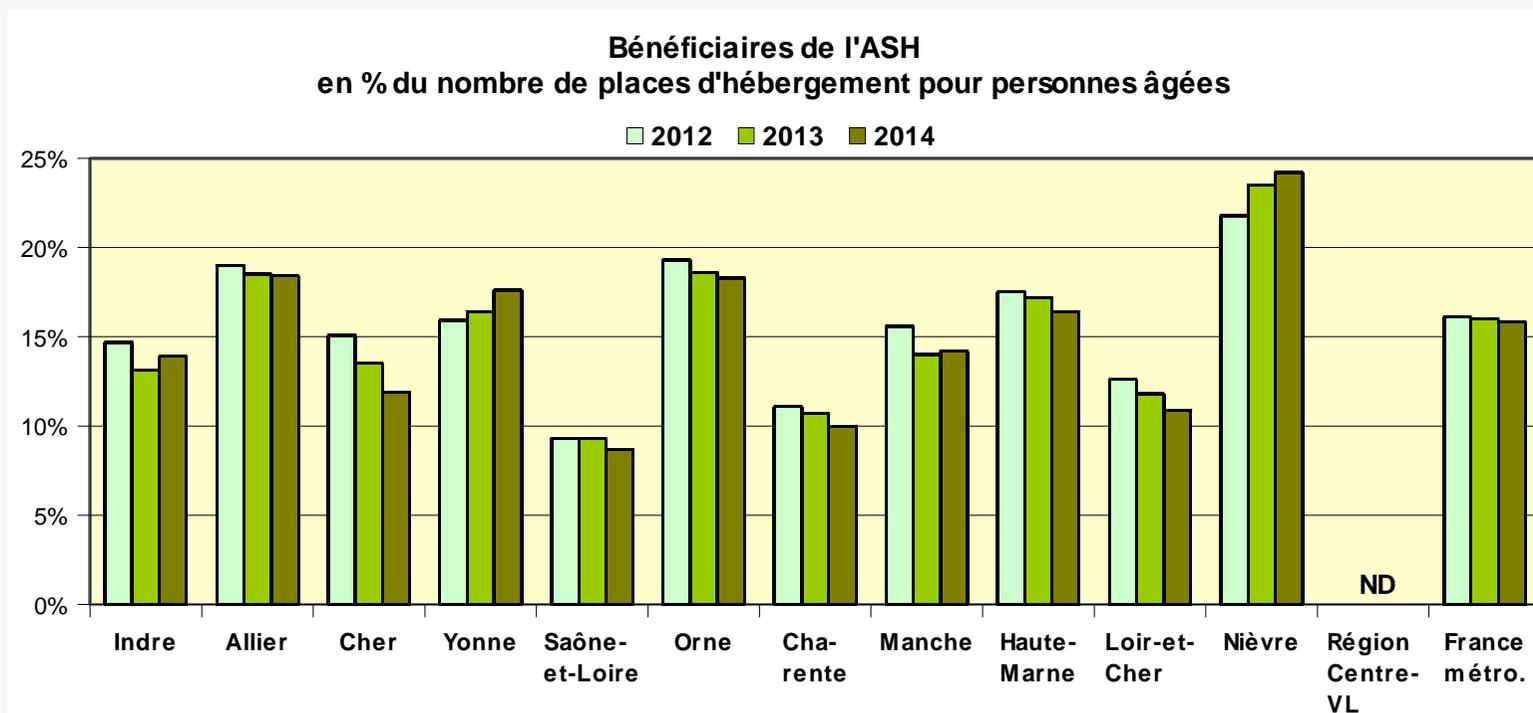
	Nombre de bénéficiaires sous protection	Nombre de bénéficiaires APA établissement	%
GIR 1	67	370	18,11%
GIR 2	143	1142	12,52%
GIR 3	71	415	17,11%
GIR 4	76	616	12,34%
Total	357	2543	14,04%



Un faible nombre de bénéficiaires sous protection sans lien avec le niveau de dépendance.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des bénéficiaires de l'Aide sociale à l'hébergement - Comparatif interdépartemental

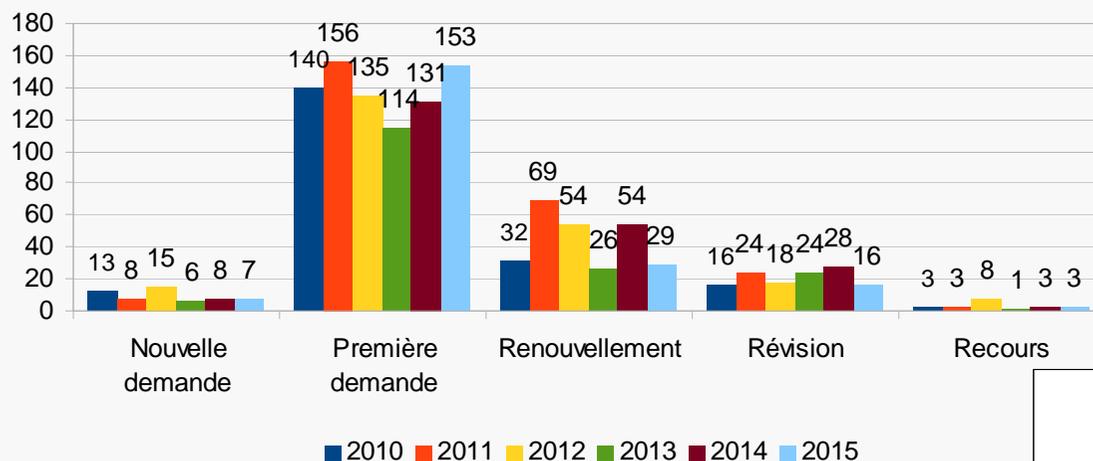


Une part du nombre de bénéficiaires stable comme dans les autres départements, un peu inférieure à la moyenne nationale et stable par rapport aux départements comparables.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des bénéficiaires de l'Aide sociale personnes âgées - Etude des demandes et décisions

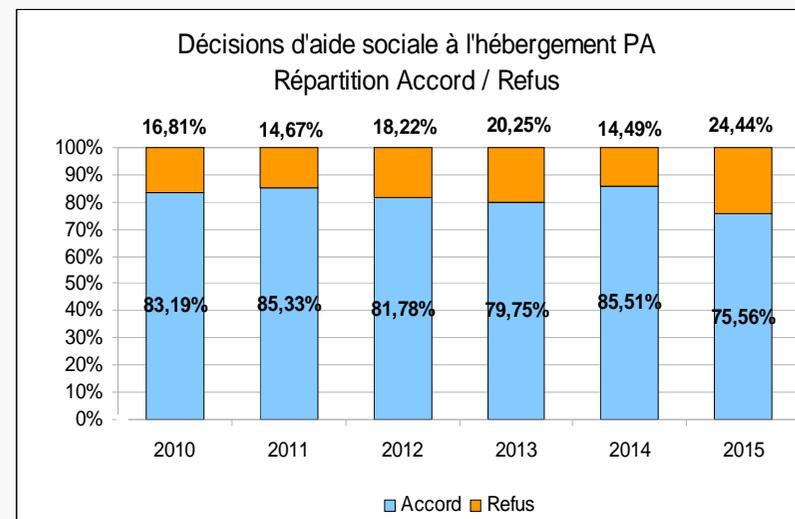
Nombre de demandes d'aide sociale personnes âgées par statut demande



Un taux d'accord qui varie autour de 80%.

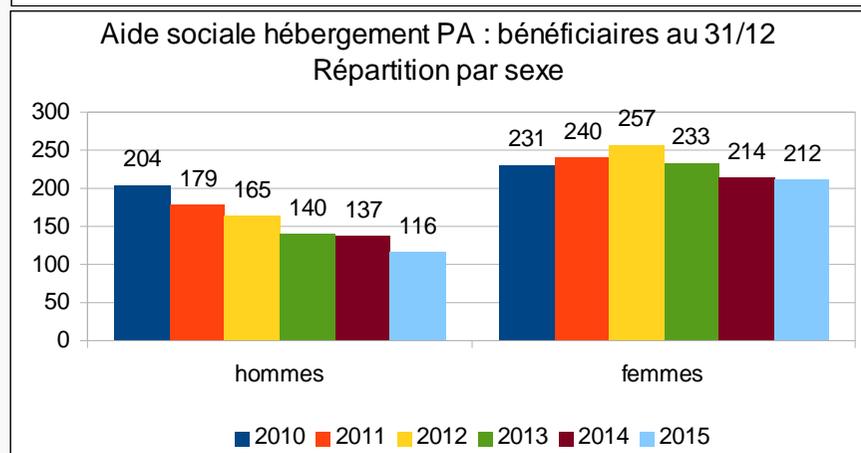
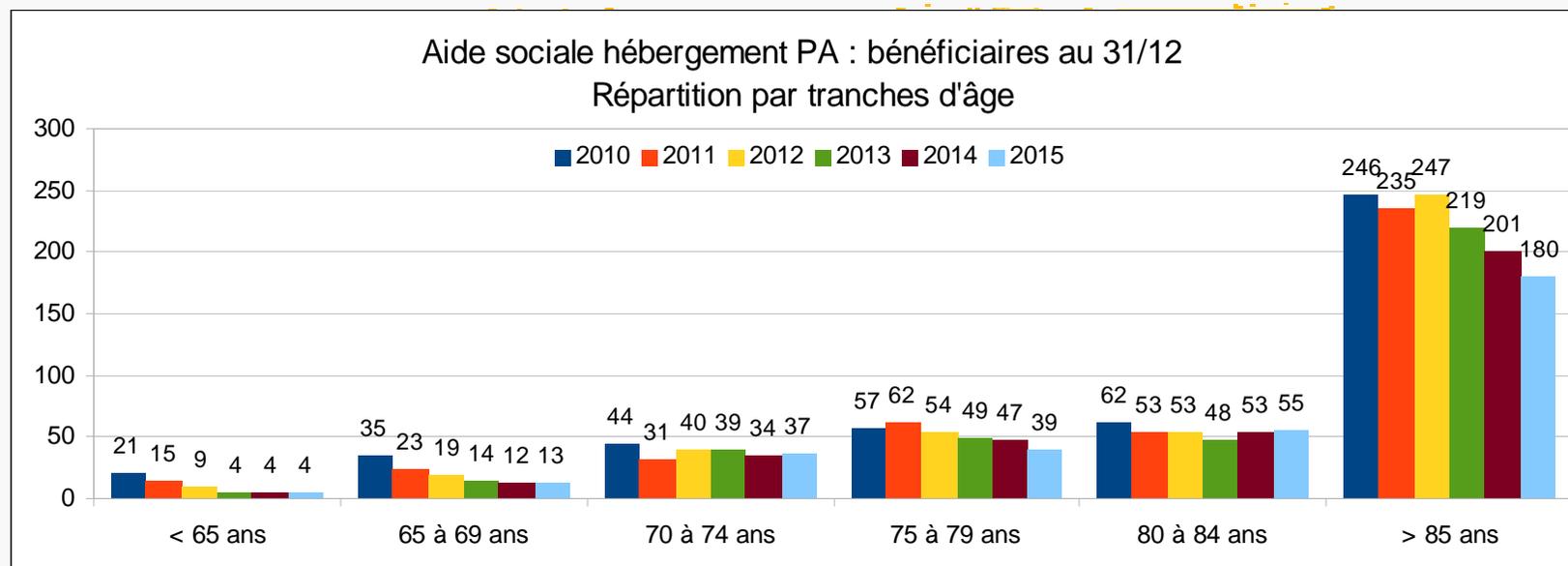
Un nombre de premières demandes qui s'établit aux alentours de 145 demandes et qui évolue de manière erratique.

Des révisions et des recours peu nombreux.



II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des bénéficiaires de l'Aide sociale personnes âgées - Bénéficiaires en droits



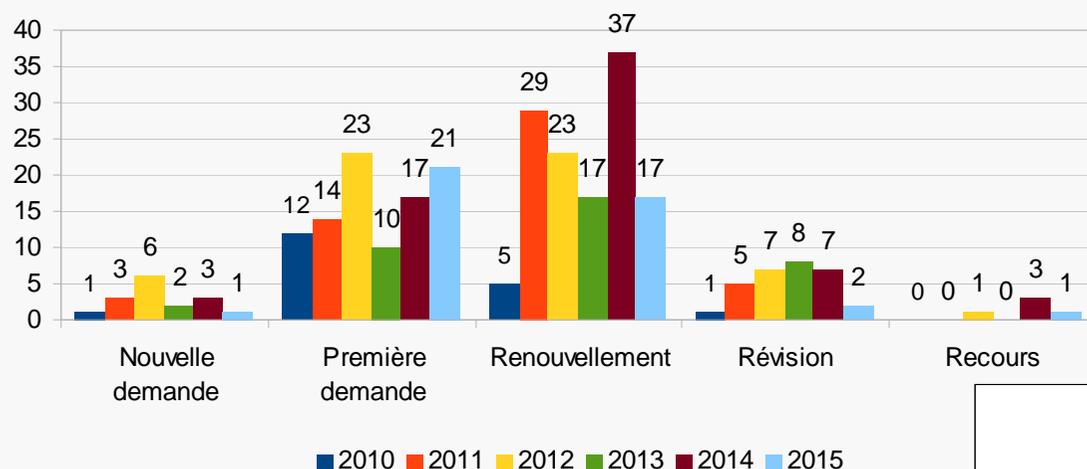
Une majorité de bénéficiaires de plus de 85 ans, mais en baisse, et avec une proportion plus importante des moins de 80 ans parmi les bénéficiaires qu'au sein de la population accueillie.

De même, les hommes sont sur-représentés parmi les bénéficiaires de l'aide sociale au regard de leur part dans les résidents en EHPAD.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

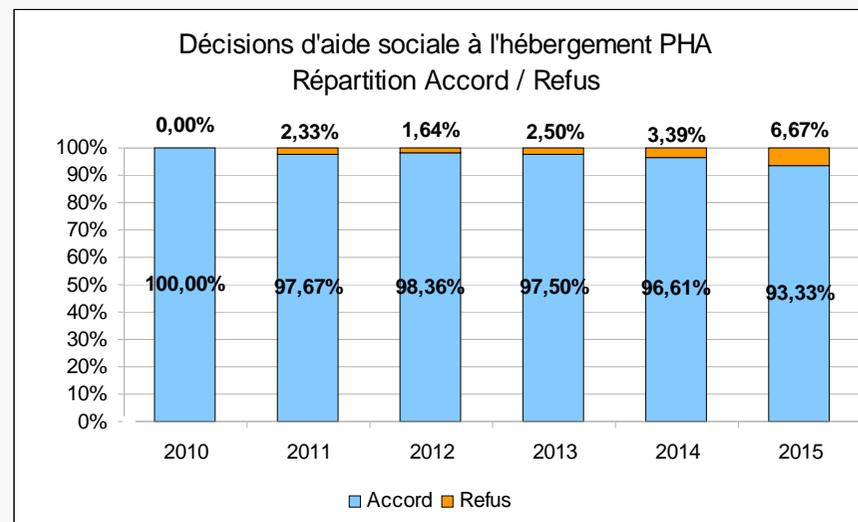
Analyse des bénéficiaires de l'Aide sociale personnes handicapées âgées - Etude des demandes et décisions

Nombre de demandes d'aide sociale personnes handicapées âgées par statut demande



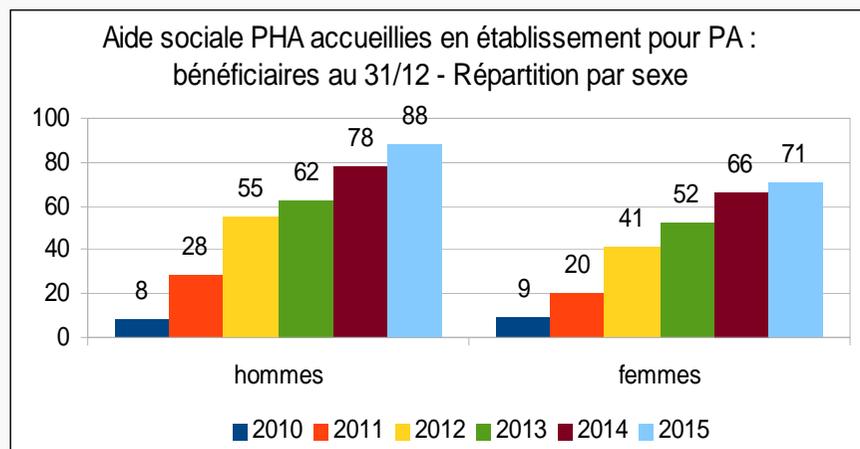
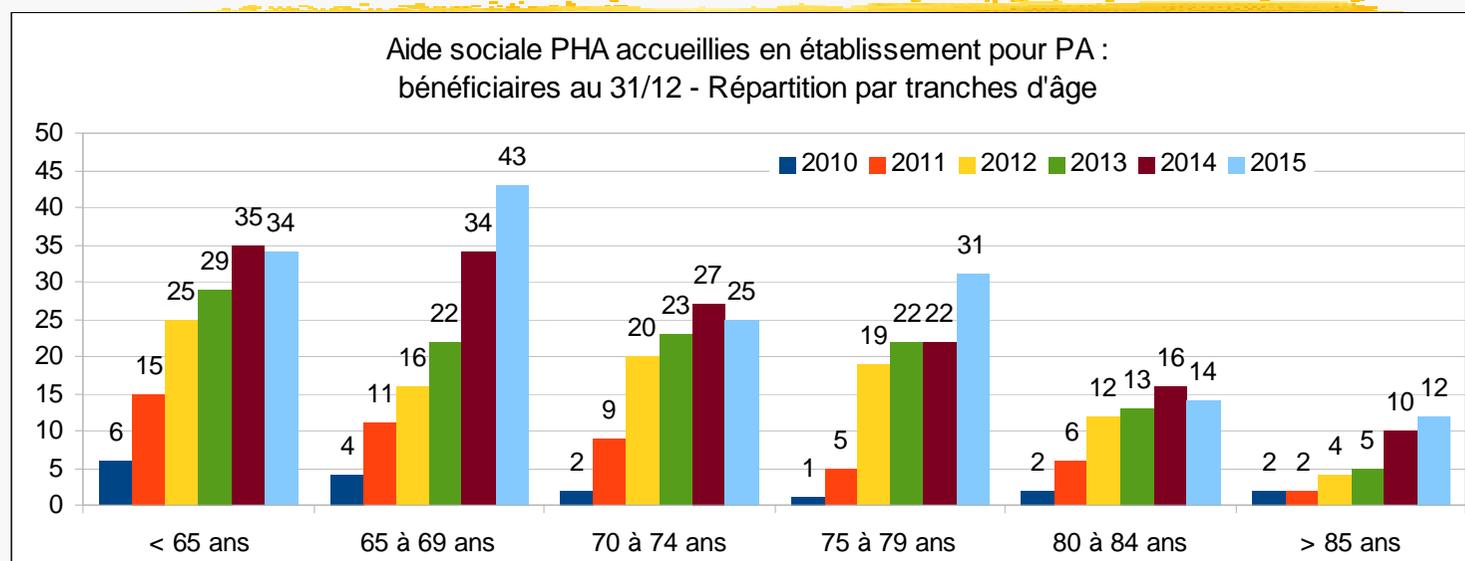
Des accords quasi systématiques sur ce genre de situation

Un niveau de demandes qui s'échelonne entre 10 et 20 correspondant à des choix de vie individuels.



II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des bénéficiaires de l'Aide sociale personnes handicapées âgées - Bénéficiaires

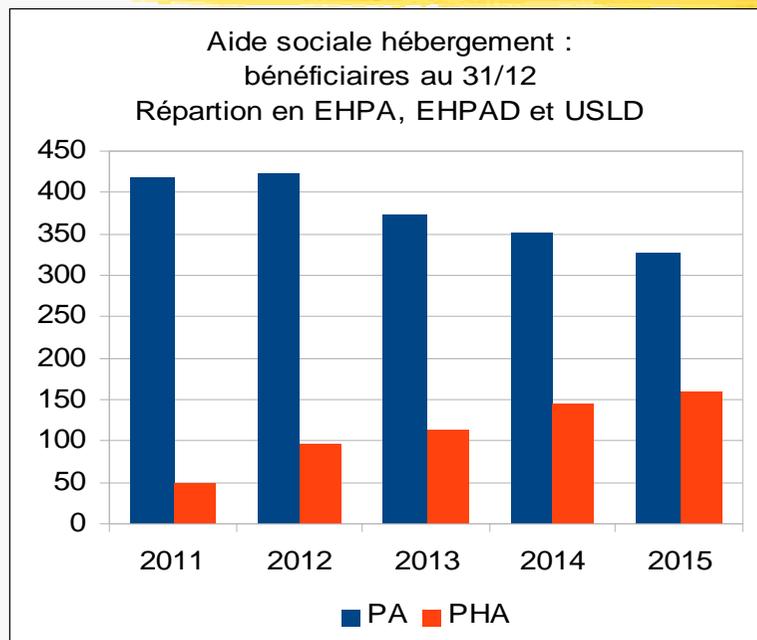


Un effectif total assez important (159 au 31/12/2015) en croissance.

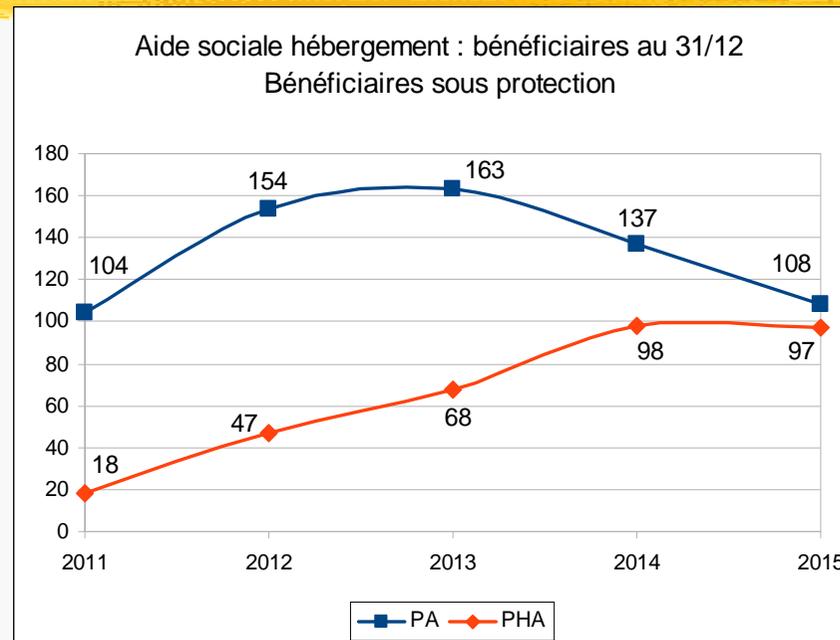
Les bénéficiaires sont en moyenne moins âgés que les bénéficiaires de l'aide sociale personnes âgées, où les handicapés sont fortement sur-représentés.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des bénéficiaires de l'Aide sociale - répartition des bénéficiaires en droits selon le régime d'aide sociale applicable



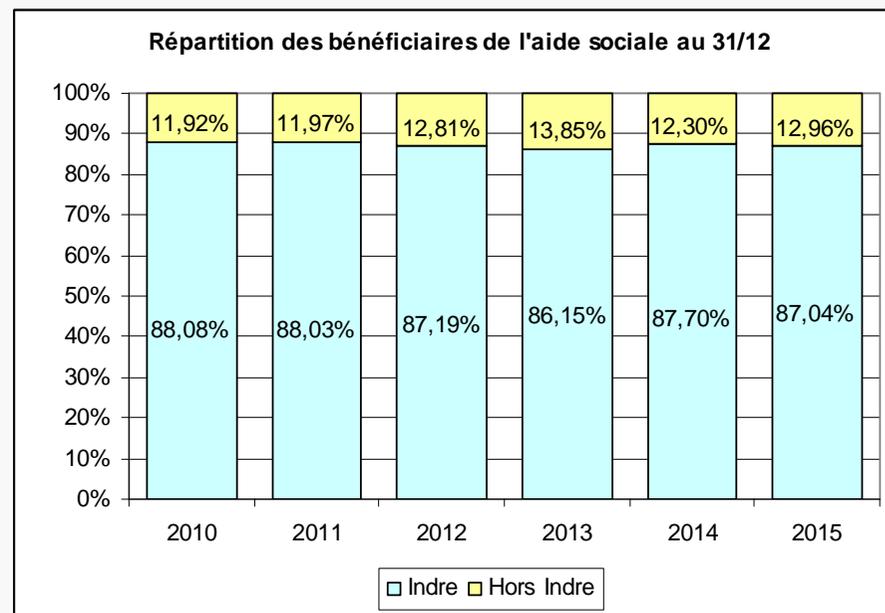
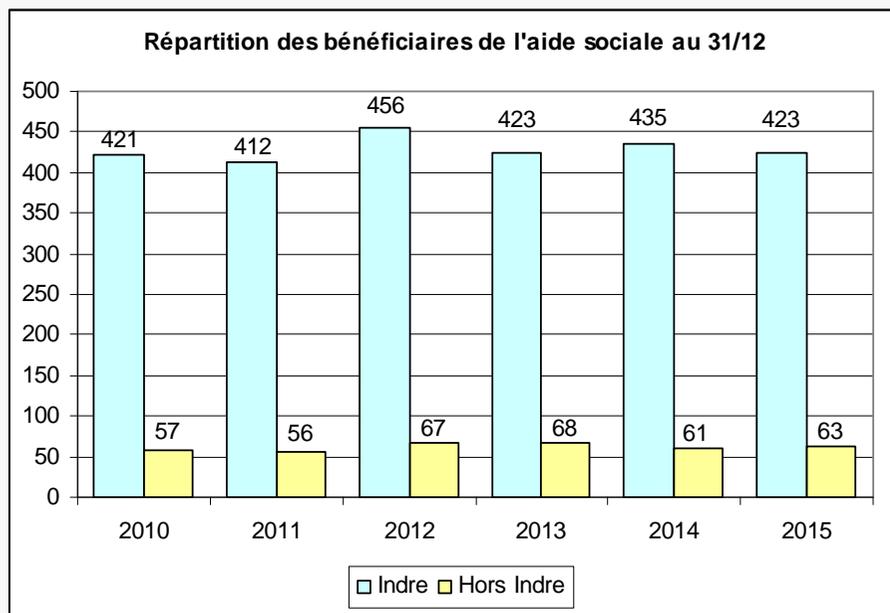
Une baisse des bénéficiaires de l'aide sociale personnes âgées liée aux conditions légales et réglementaires d'éligibilité et aux durées moyennes de séjours qui diminuent, ainsi qu'une augmentation des bénéficiaires personnes handicapées âgées liée à une meilleure prise en compte de leur situation et à une plus grande reconnaissance des situations de handicap.



La proportion des bénéficiaires sous protection est relativement peu importante et en légère baisse depuis 2013 pour les personnes âgées, et proportionnellement plus importante pour les personnes handicapées âgées.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Analyse des bénéficiaires de l'Aide sociale - répartition des bénéficiaires Indre et hors Indre



La part des bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements hors Indre reste faible et évolue peu.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Accueil familial au 31-12-2015

Source : CD 36 / DPDS

Le territoire départemental est organisé en 5 territoires d'intervention de Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial (SAAF).

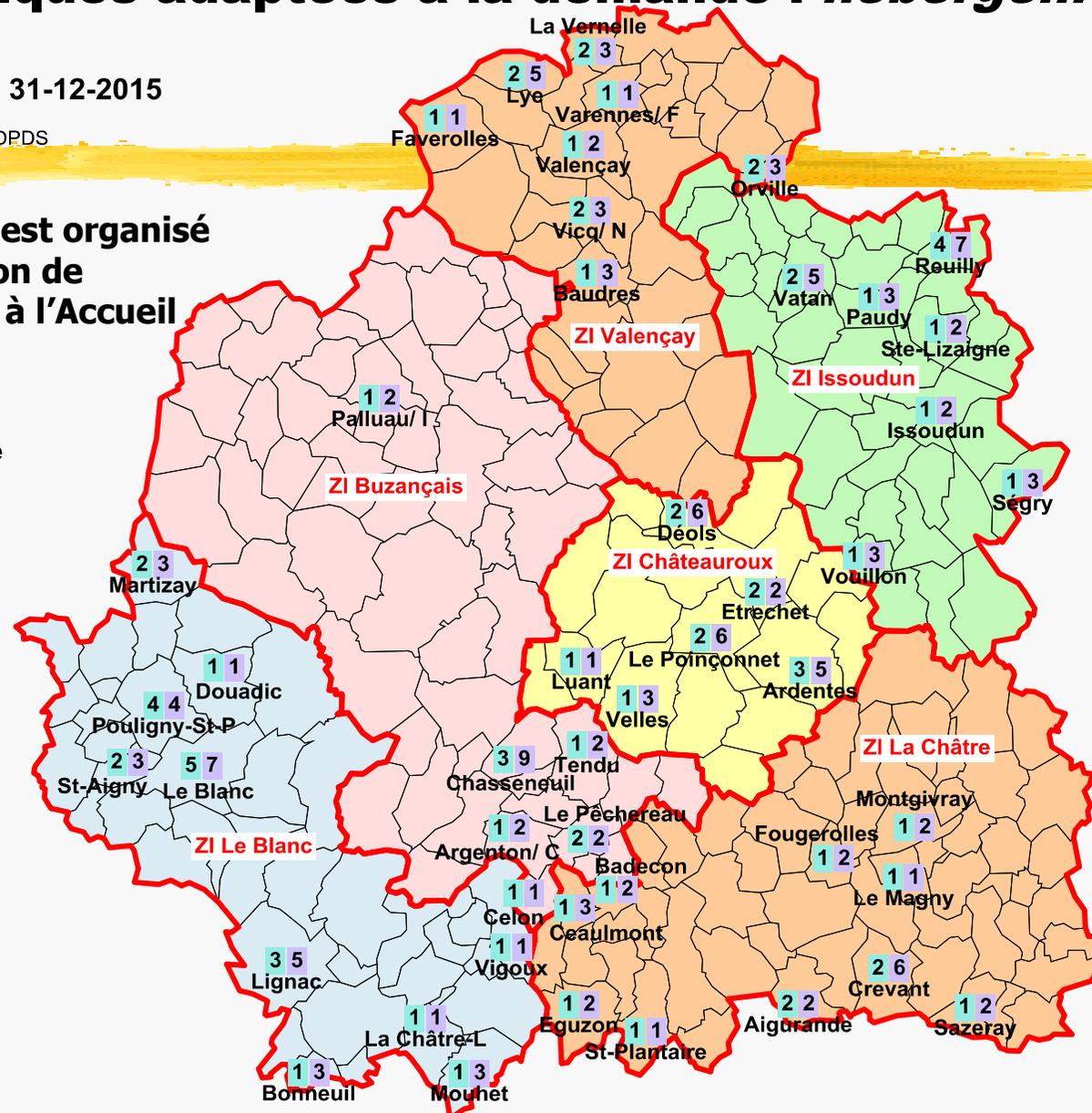
- ADPEP 36 : Valençay, La Châtre
- APAJH 36 : Buzançais
- Atout Brenne : Le Blanc
- CDGI : Châteauroux
- CSPCP : Issoudun

Une capacité départementale importante mais une répartition déséquilibrée.

Accueillants familiaux agréés : 76

Capacité d'accueil : 141 places agréées

— Zone d'intervention des SAAF

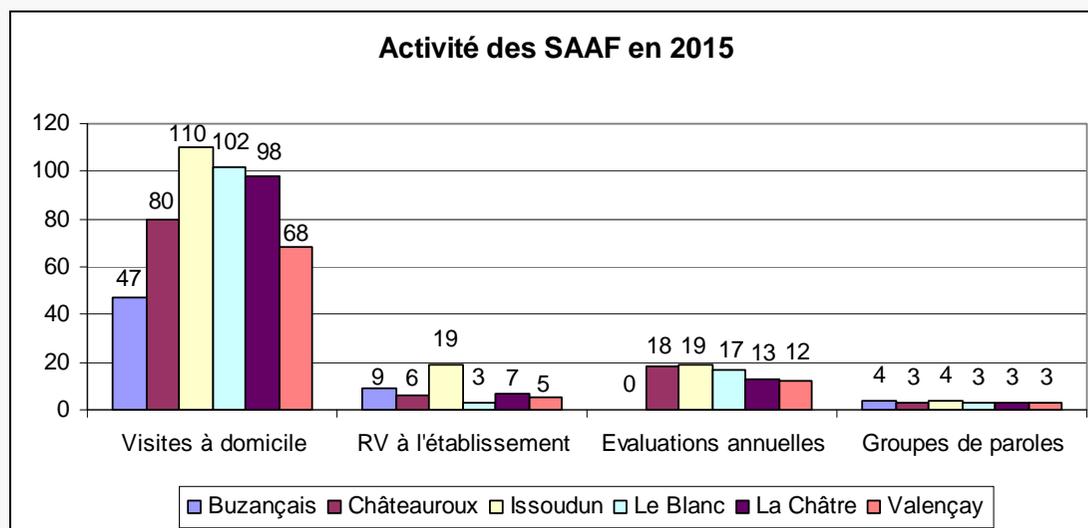


II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Accueil familial - Activité des SAAF en 2015

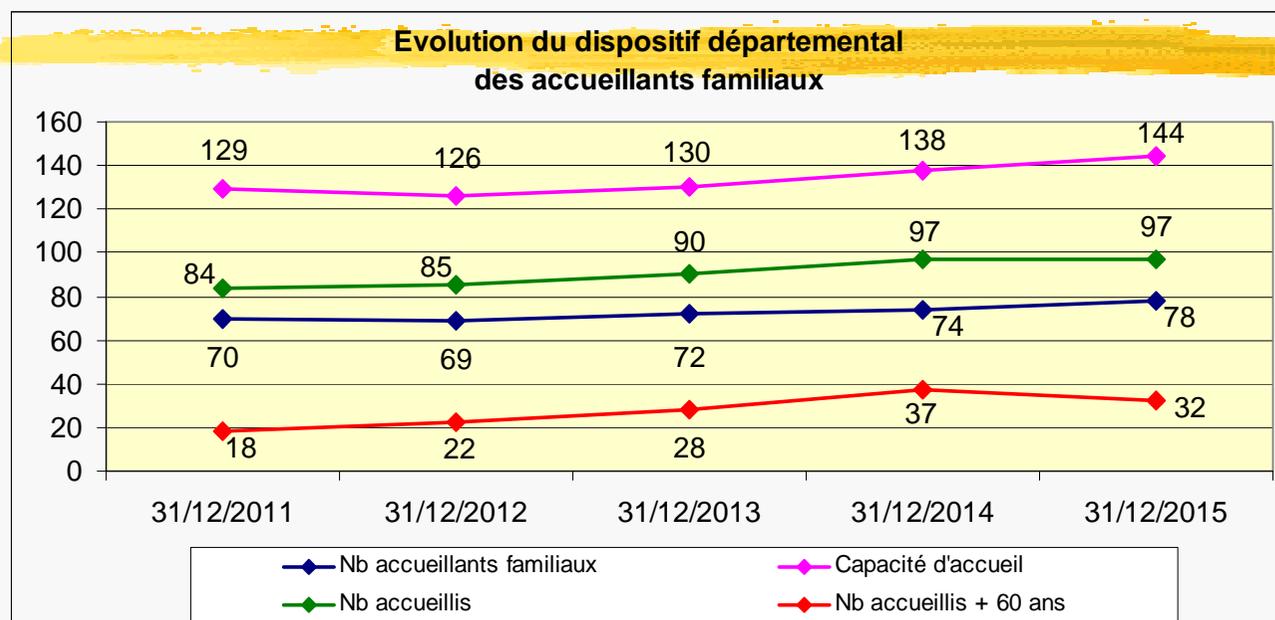
	Visites à domicile	RV à l'établissement	Evaluations annuelles	Groupes de paroles
Buzançais	47	9	ND	4
Châteauroux	80	6	18	3
Issoudun	110	19	19	4
Le Blanc	102	3	17	3
La Châtre	98	7	13	3
Valençay	68	5	12	3

Une activité surtout déployée dans des interventions individuelles.



II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Accueil familial - Accueillants familiaux agréés

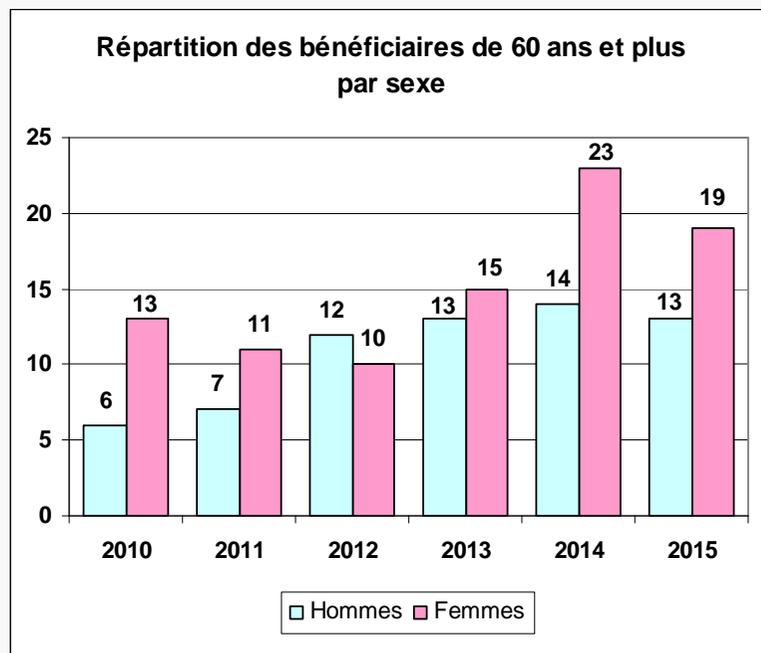


	31/12/2011	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015
Nb accueillants familiaux	70	69	72	74	78
Capacité d'accueil	129	126	130	138	144
Nb accueillis	84	85	90	97	97
Nb accueillis + 60 ans	18	22	28	37	32

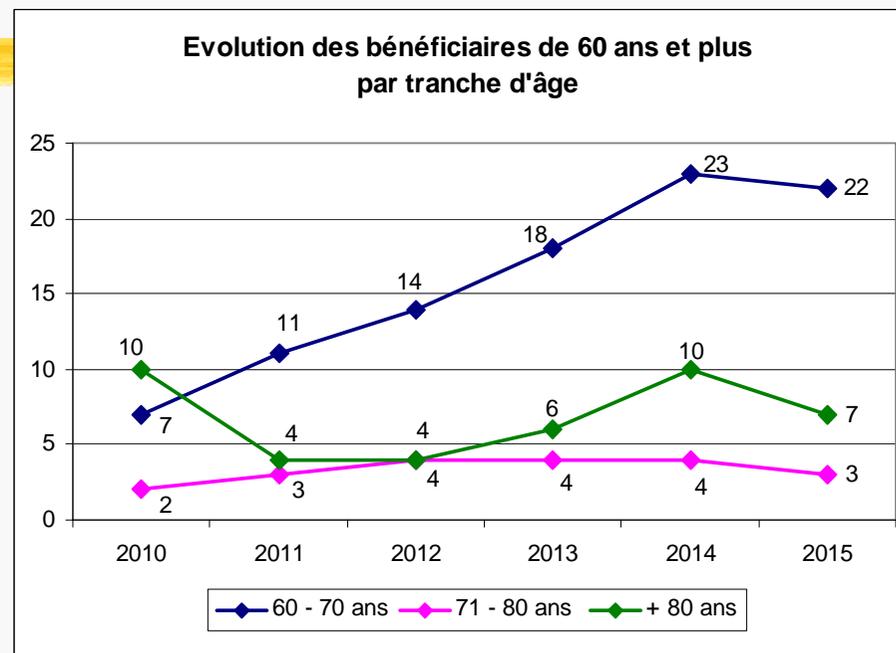
Une stabilité depuis 2011 dans le nombre d'accueillants. Une légère augmentation des accueillis et de la capacité d'accueil. Un dispositif qui n'est pas saturé, a fortiori pour le public âgé.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *hébergement*

Accueil familial - Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus



Dans ce mode d'accueil, les femmes ne sont que légèrement sur-représentées.

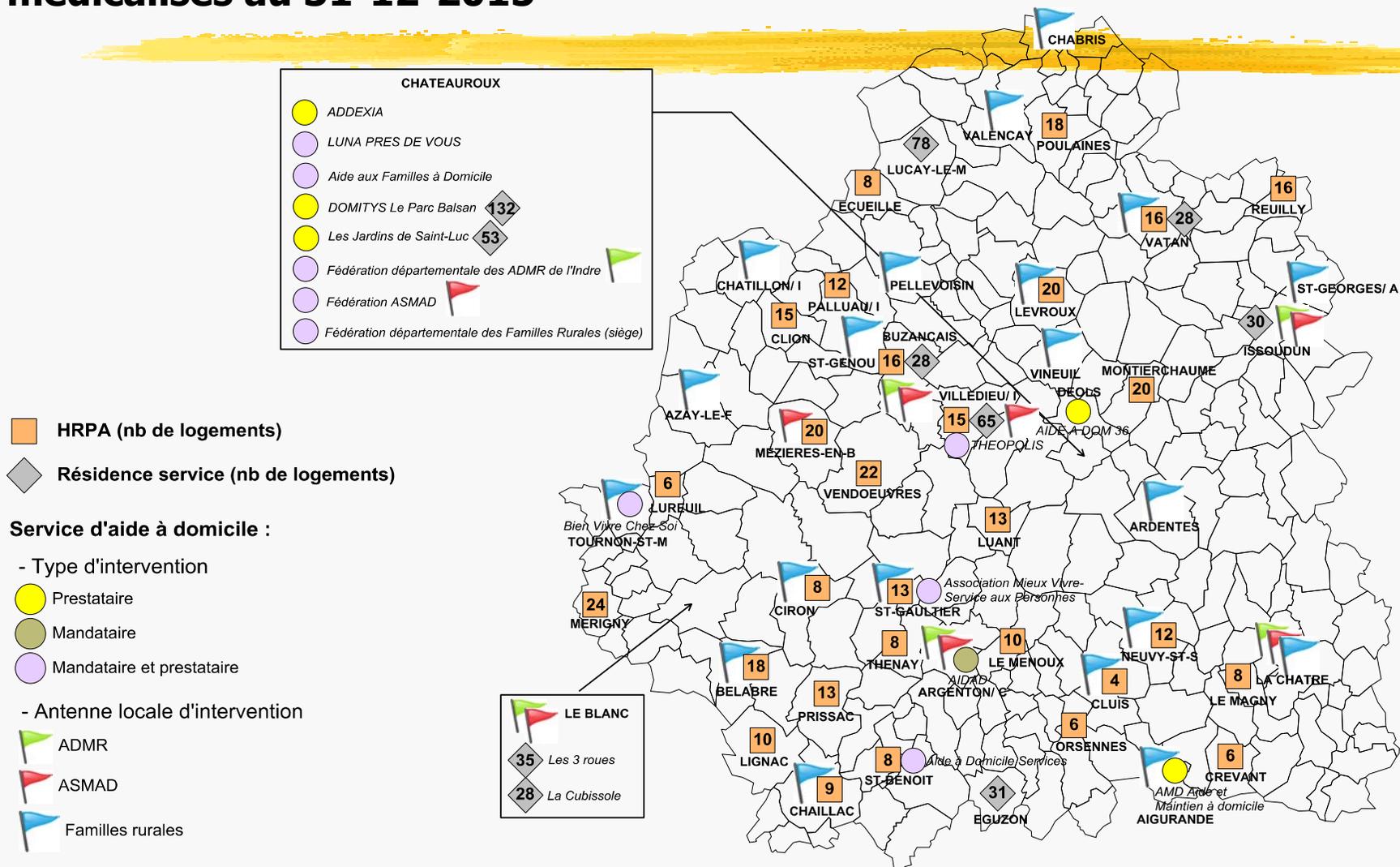


La majorité des bénéficiaires a moins de 70 ans.

Les personnes âgées accueillies sont globalement plus jeunes que dans les EHPAD. En 2015, sur les 32 personnes de plus de 60 ans, 6 sont bénéficiaires de l'ASPA, 12 de l'ASPH, 13 de l'APA, 6 de la PCH et 3 de l'ACTP.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

Services et dispositifs d'accompagnement à domicile non médicalisés au 31-12-2015



Tous les services à domicile sont agréés/autorisés sur l'ensemble du territoire départemental

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

De nombreuses associations et réseaux d'accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de vie et de soins

Associations

ACSAC : Association centre contre la spondylarthrite ankylosante et ses conséquences

ADI : Association des diabétiques de l'Indre

ALAVI - JALMALV 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 : soutien aux personnes en deuil

ASSOCIATION Les PETITS FRERES des PAUVRES : association de lutte contre la pauvreté

ASSOCIATION 55 ET PLUS : Lecteurs volontaires

AVH de l'Indre : Association Valentin HAÛY au service des aveugles et des malvoyants

BVE 36 : Bien vieillir ensemble

CAIS : Centre d'action et d'information sur la surdité

CENTRE ANTI-DOULEUR

CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé

CODESPA : Comité départemental de soins palliatifs de l'Indre

DOSANSOL : Domicile sans solitude

ECOUTE FIBROMYALGIE de l'Indre

FRANCE ALZHEIMER Y'ACQA36

• **FRANCE AVC 36** : Association d'aide aux patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux

• **FRANCE PARKINSON** : Dispositif Entr'aidants

• **LIGUE NATIONALE contre le CANCER** : Comité de l'Indre

• **OFFICE DES PERSONNES à LA RETRAITE CHATEAUROUX METROPOLE** :

 Livresmoi (Service de livraison de documents à domicile)
 Monalisa

• **SEP 36** : Sclérose en plaque

• **SOS ECOUTE Indre**

• **TALENTS EN PARTAGE** : pratiques culturelles pour lutter contre l'isolement

• **UDOCI** : Union départementale des opérés du cœur et des maladies cardiaques de l'Indre

Réseaux de santé

• **Diapason** (maladies chroniques)

• **EADSP** Indre (soins palliatifs)

• **Neuro Centre** (maladies neuro dégénératives)

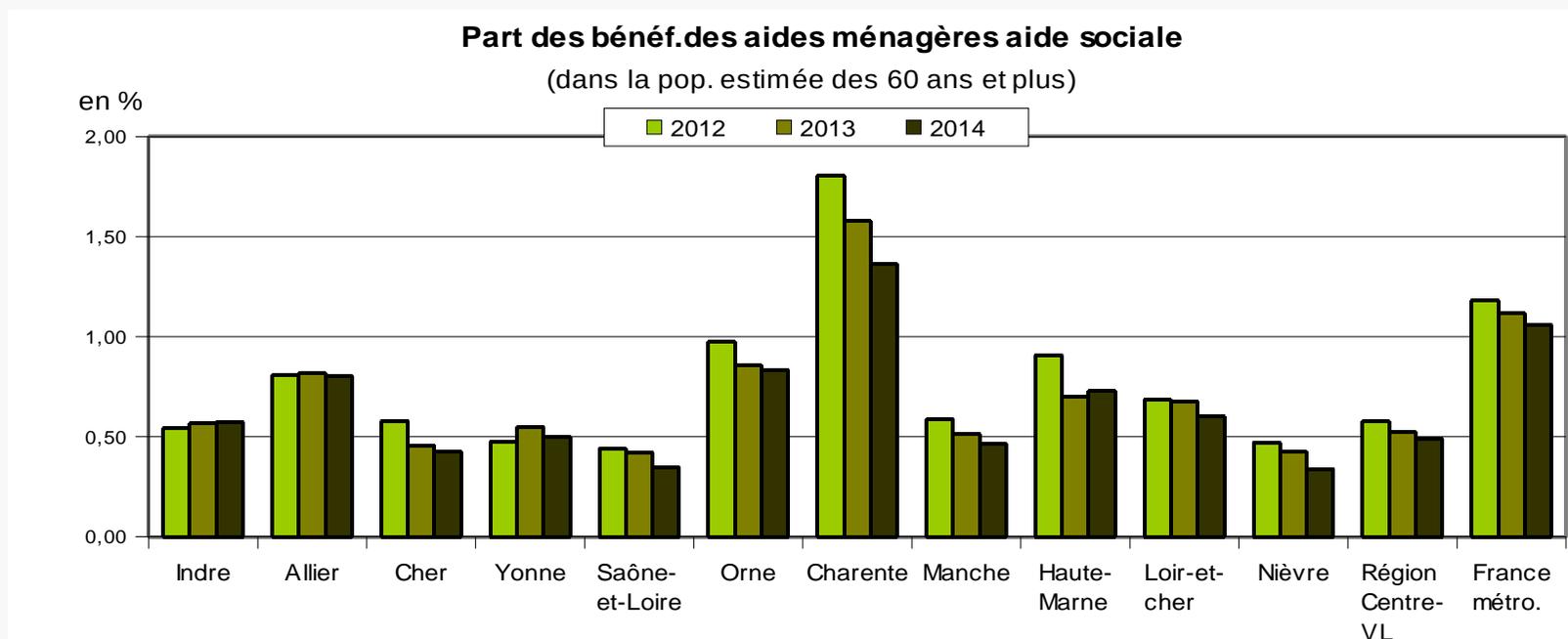
• **Oncoberry** (cancérologie)

• **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 permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

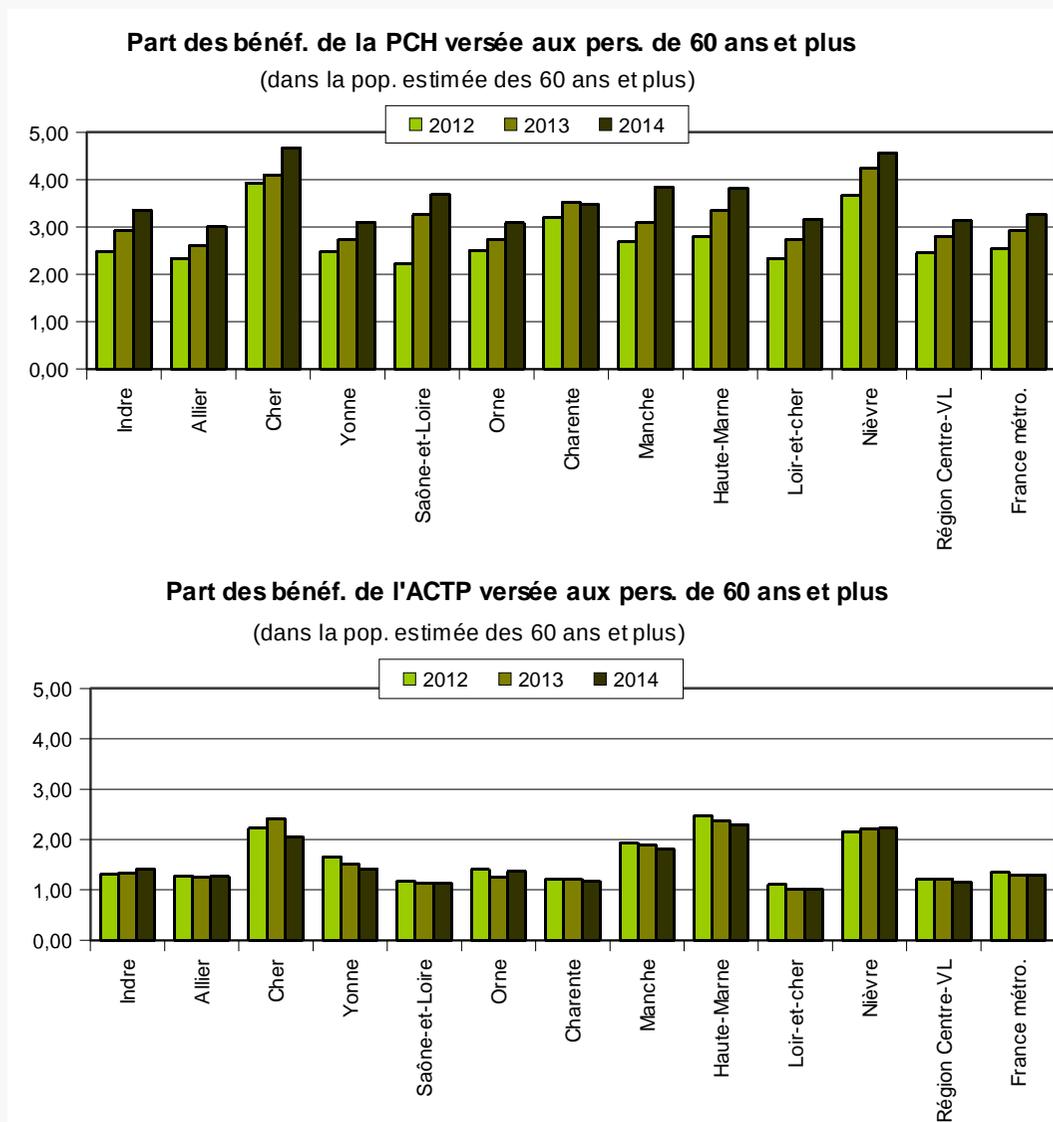
Aide ménagère - Comparatif interdépartemental



Une situation de l'Indre similaire à la plupart des départements comparables mais inférieure à celle de la France métropolitaine avec une évolution en croissance dans l'Indre inverse à celle des autres départements comparables.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

ACTP et PCH - Comparatif interdépartemental



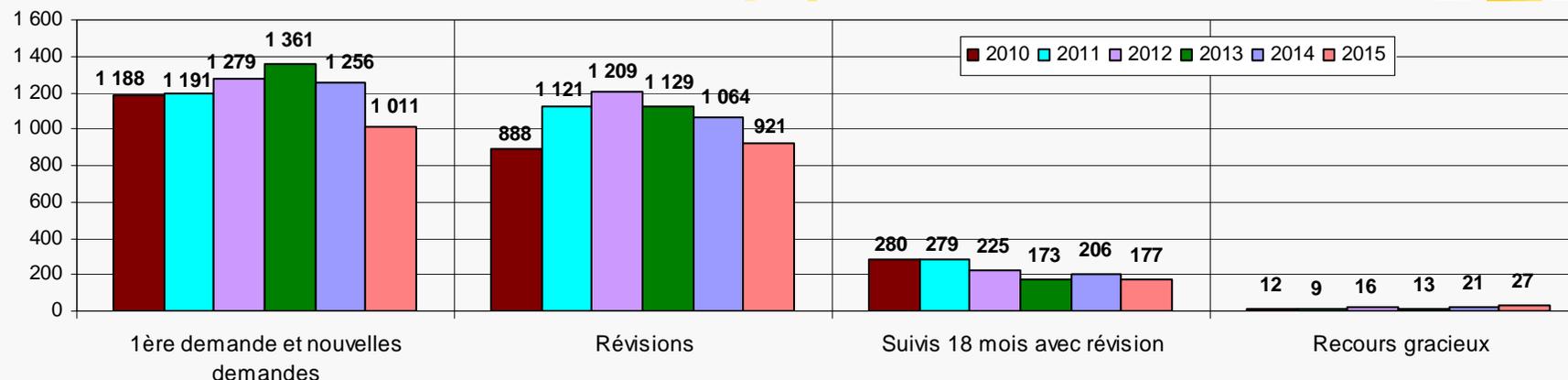
Un accès à la PCH qui s'est développé y compris pour les personnes âgées, au-delà du simple remplacement de l'ACTP.

La situation de l'Indre est comparable à celle des autres départements de l'échantillon, légèrement supérieure à celle de la Région Centre-Val de Loire et de la France métropolitaine.

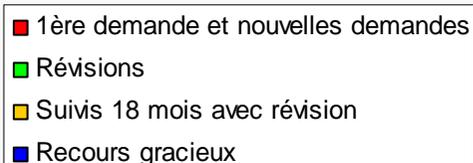
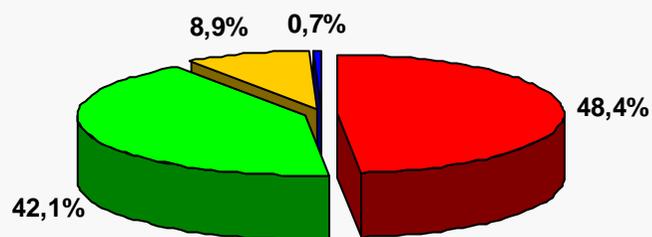
II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Etude des demandes

Nombre de demandes APA à Domicile par statut demande



Nombre de demandes APA à Domicile par statut demande de 2010 à 2015



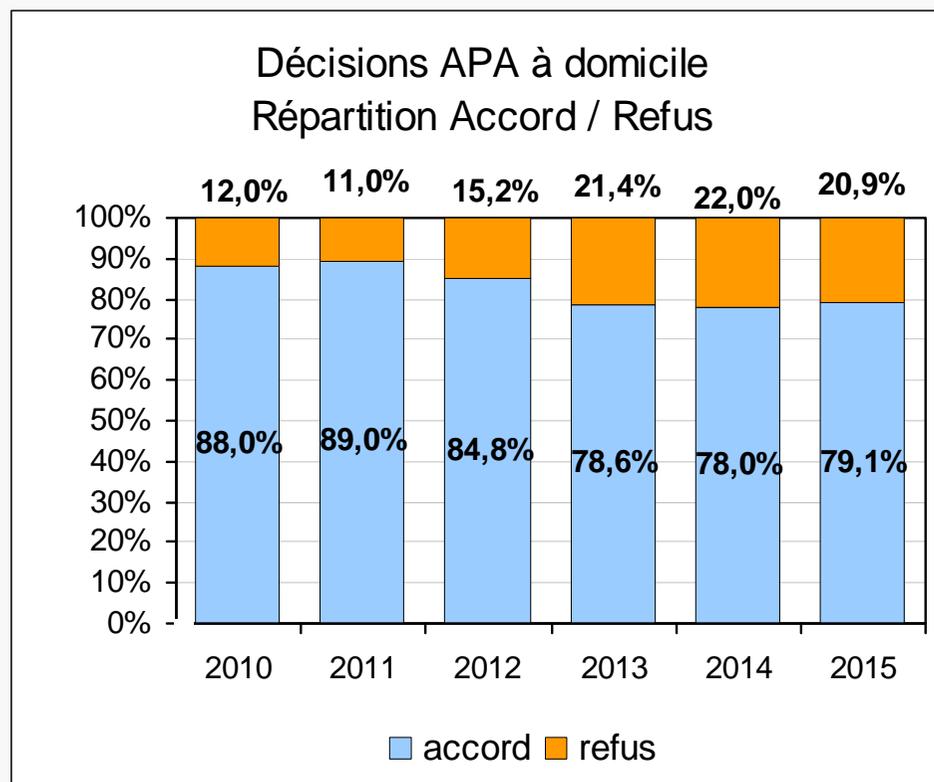
Des demandes en baisse (premières demandes et révisions) depuis 2013.

Autant de premières demandes que de demandes de révisions.

Très peu de recours.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

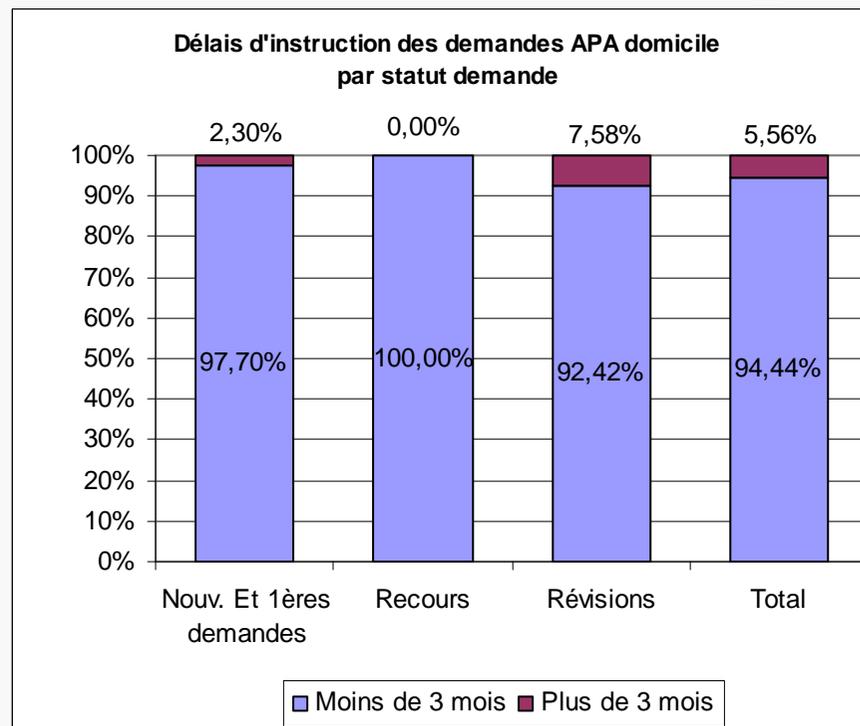
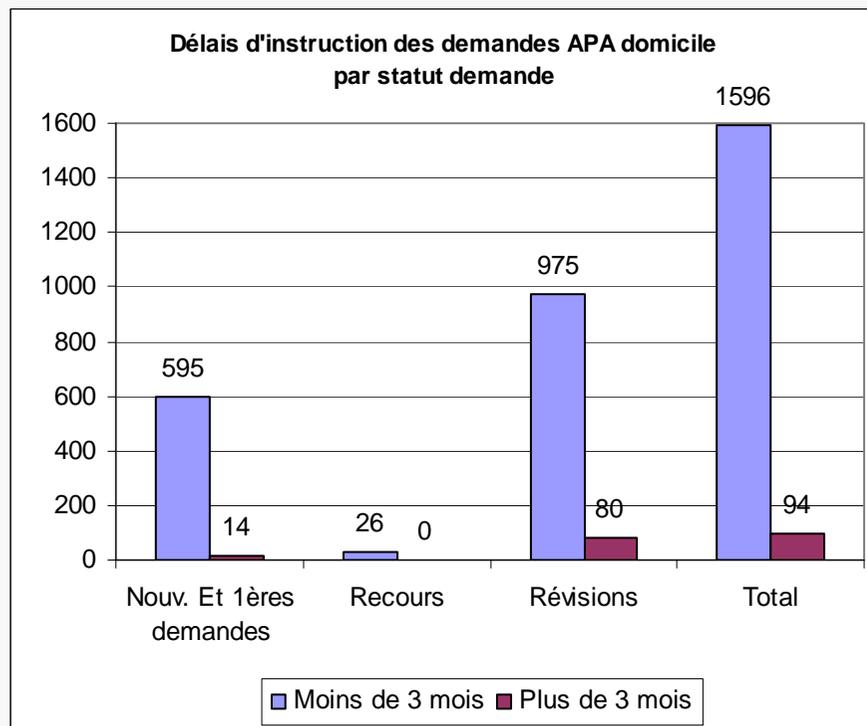
APA à domicile - Etude des décisions



Des taux d'accord qui restent très élevés, proche de 80%. Des refus qui ont augmenté entre 2011 et 2013, liés notamment à l'orientation vers l'APA des personnes âgées avant l'examen de leurs droits auprès de leur caisse de retraite.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

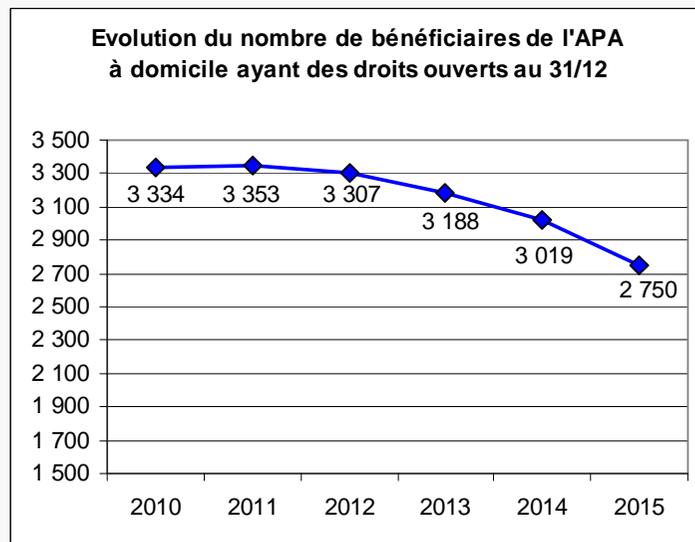
APA à domicile - Délais moyen des décisions 2015 en mois



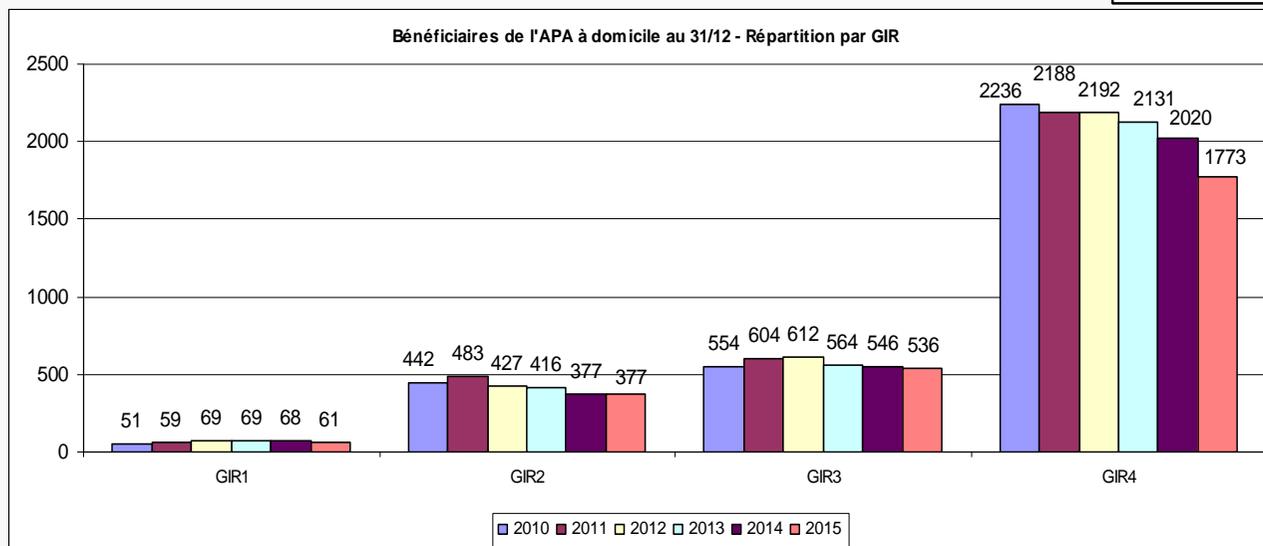
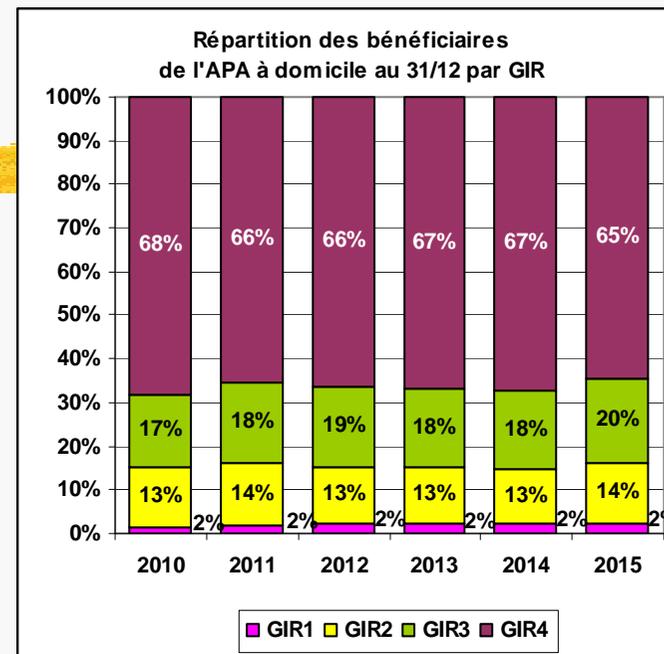
Près de 94% des décisions sont avec un délai de moins de 3 mois entre la date de dossier complet et la date d'effet du droit.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Bénéficiaires



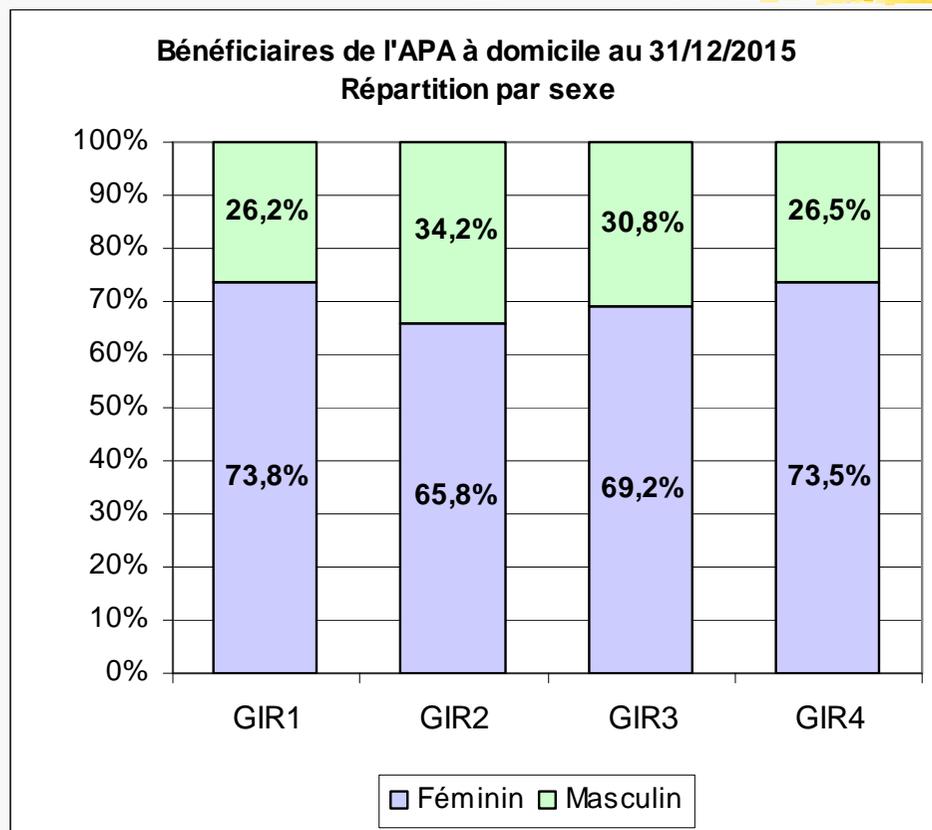
Un nombre de bénéficiaires qui diminue lié à la baisse des demandes.



Une baisse qui concerne essentiellement les GIR 4, mais qui reste cependant la catégorie largement la plus représentée.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

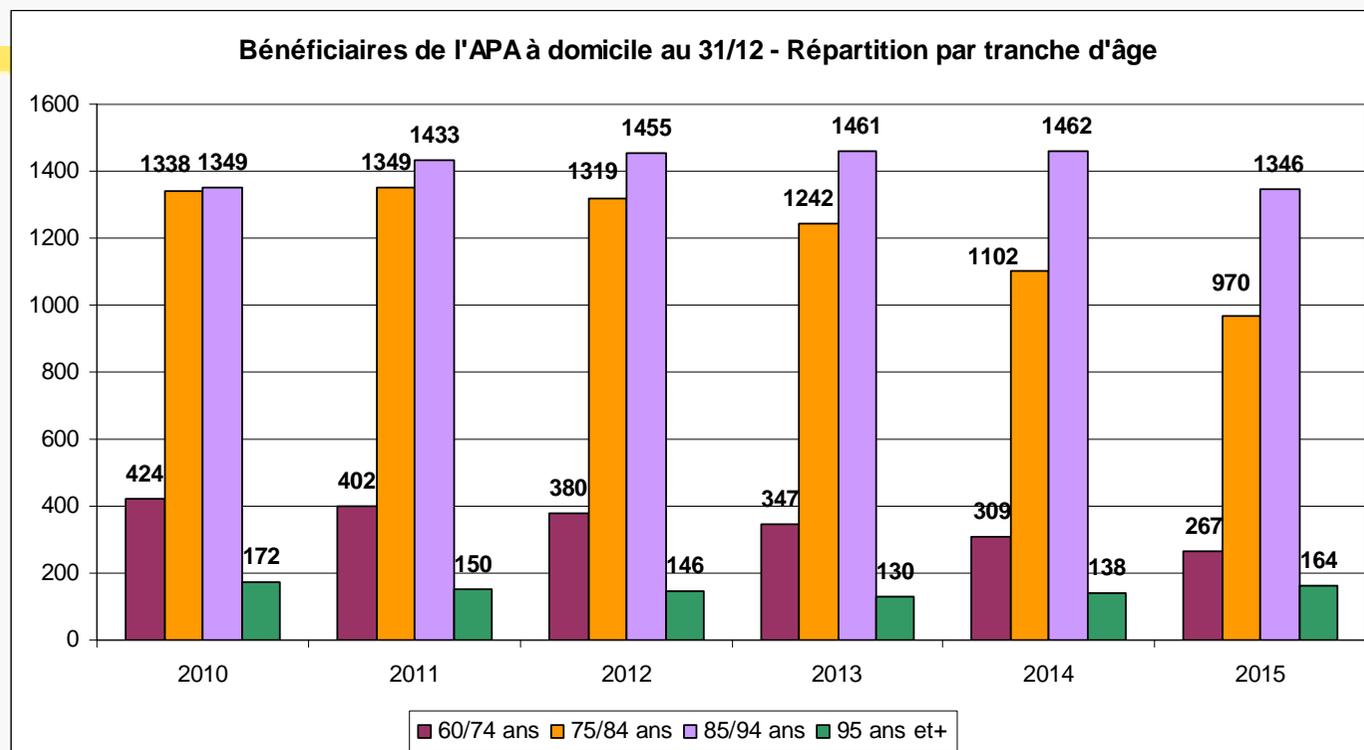
APA à domicile - Profil des bénéficiaires au 31/12/2015



Une part des hommes qui varie entre 26 et 34%, un peu plus importante en GIR 2 par rapport aux GIR 3 et 4.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Bénéficiaires

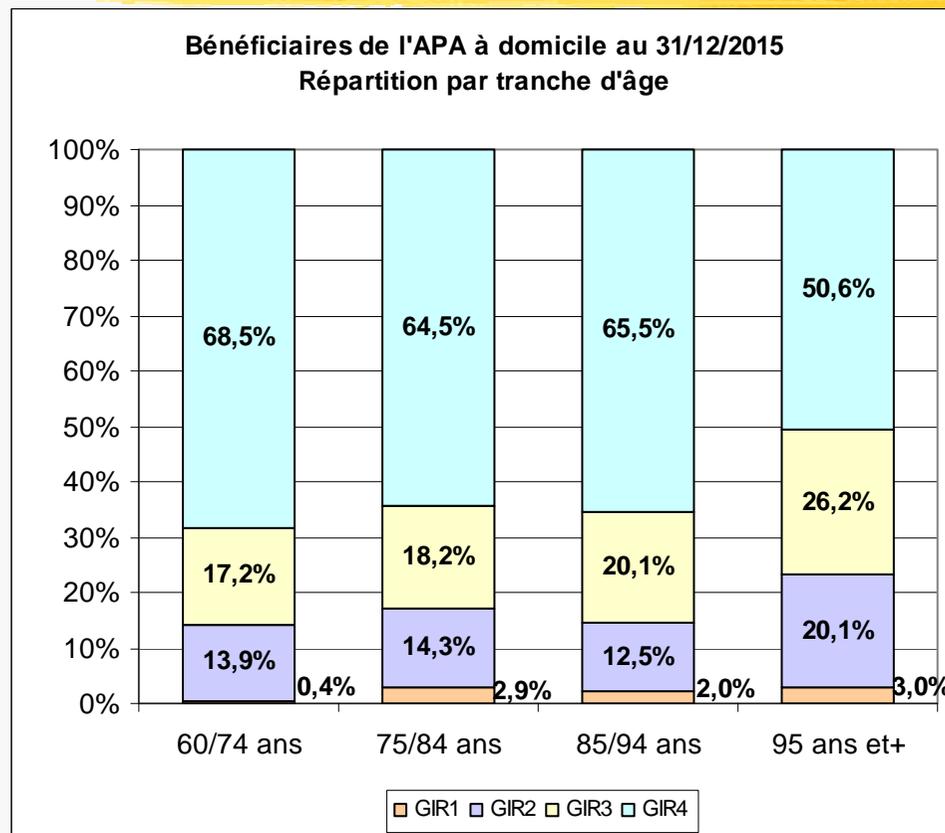


La tranche d'âge la plus représentée est celle des 85/94 ans. Au-delà de 95 ans, les bénéficiaires sont très peu nombreux mais stables.

Les moins de 85 ans semblent les plus touchés par la baisse de l'effectif des bénéficiaires. Ce moindre recours correspond à la baisse des demandes qui peut s'analyser par une moindre dépendance et une augmentation des phénomènes de non-recours.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Profil des bénéficiaires au 31/12/2015



Jusqu'à 95 ans, la répartition des GIR reste relativement stable avec 2/3 des GIR 4.

C'est seulement après 95 ans que la part des GIR 1, 2 et 3 atteint 50% et seulement 3% de très grande dépendance.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Nombre de bénéficiaires au 31-12-2015 par GIR et par tranche de plan d'aide par rapport au plafond GIR de 2015

Tranche Plafond	GIR 1 1 312,67€	GIR 2 1 125,14€	GIR 3 843,86€	GIR 4 562,57€	Total
100% et plus	25	122	133	250	530
de 75 à 99%	26	146	250	587	1 009
de 50 à 74%	4	67	86	481	638
de 25% à 49%	4	36	55	410	505
< à 25%	2	6	12	46	66
Total	61	377	536	1 774	2 748

Plus la dépendance est élevée, plus le plan d'aide est fortement utilisé : 83% des GIR 1 sont à plus de 75% du montant plafond du GIR, cependant pour les GIR 4, 75% des bénéficiaires sont à plus de 50% du montant plafond.

Explications

100% et plus
de 75 à 99%
de 50 à 74%
de 25% à 49%
< à 25%

Le montant du plan d'aide est \geq plafond du GIR
Le montant du plan d'aide est compris entre 75 et 99% du plafond du GIR
Le montant du plan d'aide est compris entre 50 et 74% du plafond du GIR
Le montant du plan d'aide est compris entre 25 et 49% du plafond du GIR
Le montant du plan d'aide est $>$ à 25% du plafond du GIR

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Heures aide humaine prévues et payées (effectuées)

Heures prévues	Prestataire			Mandataire			Gré à gré			TOTAL aide humaine		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
GIR 1	36 448	30 448	28 752	5 938	8 486	8 957	15 702	17 324	15 176	58 088	56 258	52 885
GIR 2	155 154	151 997	147 846	62 719	53 536	46 164	62 782	48 039	37 769	280 655	253 572	231 779
GIR 3	181 726	176 499	175 428	36 613	31 521	28 194	55 557	42 409	38 660	273 896	250 429	242 282
GIR 4	421 882	399 570	352 613	61 361	48 917	38 290	101 222	89 683	76 452	584 465	538 170	467 355
Total	795 210	758 514	704 639	166 631	142 460	121 605	235 263	197 455	168 057	1 197 104	1 098 429	994 301

Heures payées	Heures prestataire			Heures mandataire			Heures gré à gré			TOTAL aide humaine		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
GIR 1	29 601	26 874	25 171	5 694	7 939	8 731	13 778	16 684	14 644	49 073	51 497	48 546
GIR 2	118 829	127 478	123 482	58 963	51 736	44 274	57 540	45 231	35 438	235 332	224 445	203 194
GIR 3	141 449	148 375	149 394	35 113	29 990	26 968	51 041	37 448	35 926	227 603	215 813	212 288
GIR 4	333 775	344 912	305 591	57 579	46 337	36 300	93 248	84 427	69 933	484 602	475 676	411 824
Total	623 654	647 639	603 638	157 349	136 002	116 273	215 607	183 790	155 941	996 610	967 431	875 852

L'APA permet le financement de 900 000 heures d'aide à domicile par an, très majoritairement dans le cadre du mode prestataire (70%).

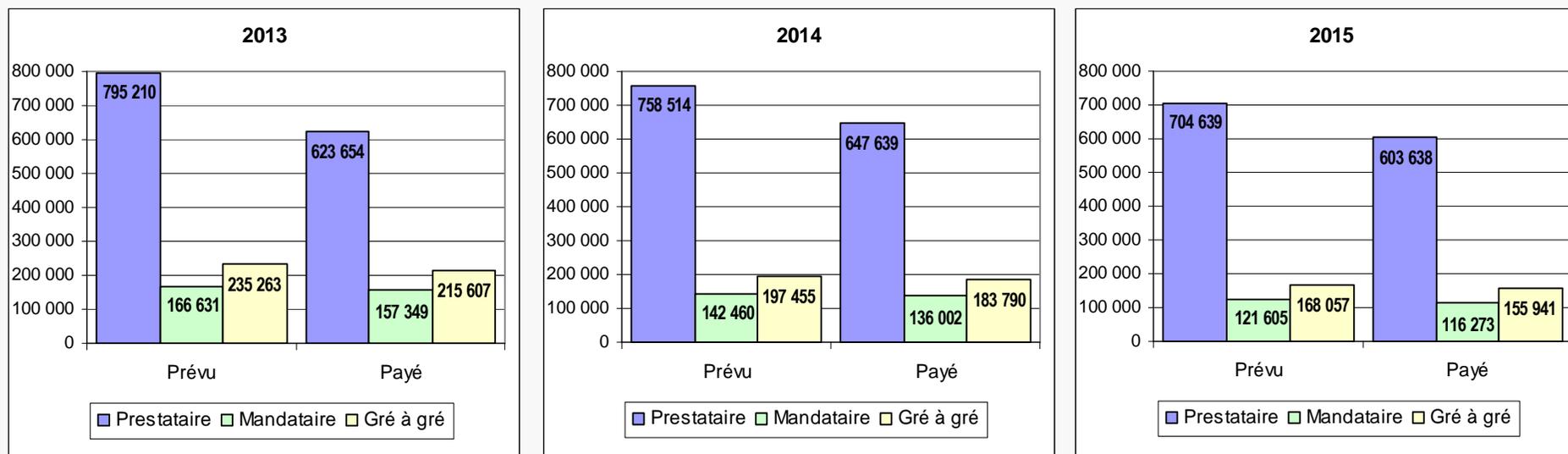
On note une baisse du nombre d'heures, plus importante en gré à gré et mandataire qu'en prestataire.

Il existe un écart de 10 à 12% entre les heures prévues et les heures payées (effectuées).

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Heures aide humaine prévues et payées (effectuées)

Evolution des heures d'aide humaine prévues/payées (effectuées) par mode d'intervention



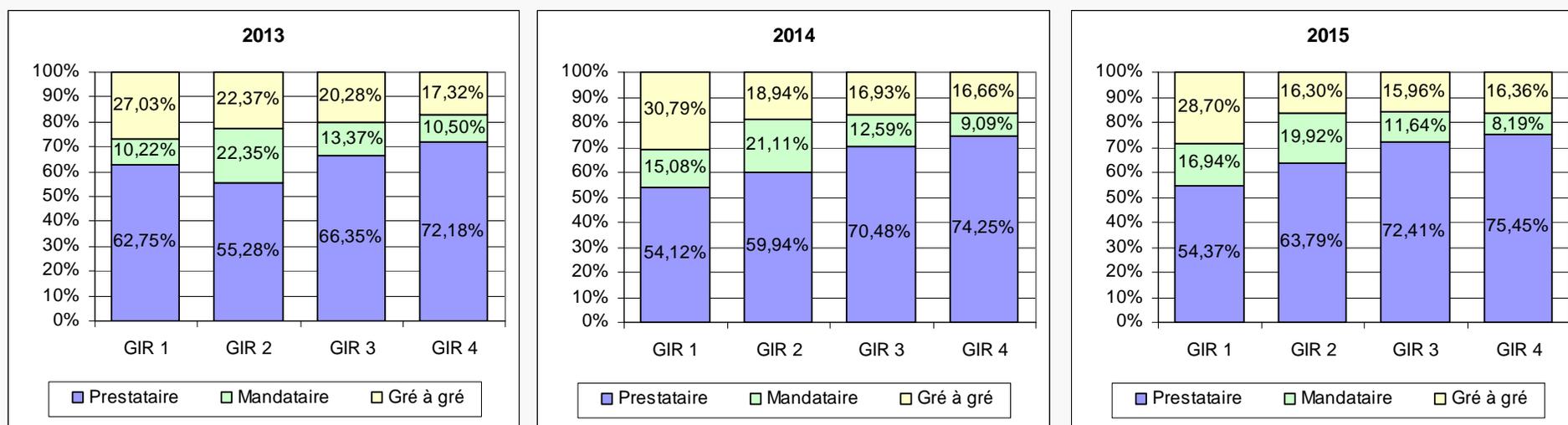
L'écart entre heures prévues et heures payées (effectuées) se constate surtout sur le prestataire, en cohérence avec la mise en place de la télégestion.

La baisse des heures en prestataire est surtout sensible dans les heures prévues témoignant de la vraisemblable adaptation du plan d'aide aux heures effectivement réalisées.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Heures aide humaine prévues dans le plan d'aide

Répartition des heures d'aide humaine prévues par GIR et mode d'intervention

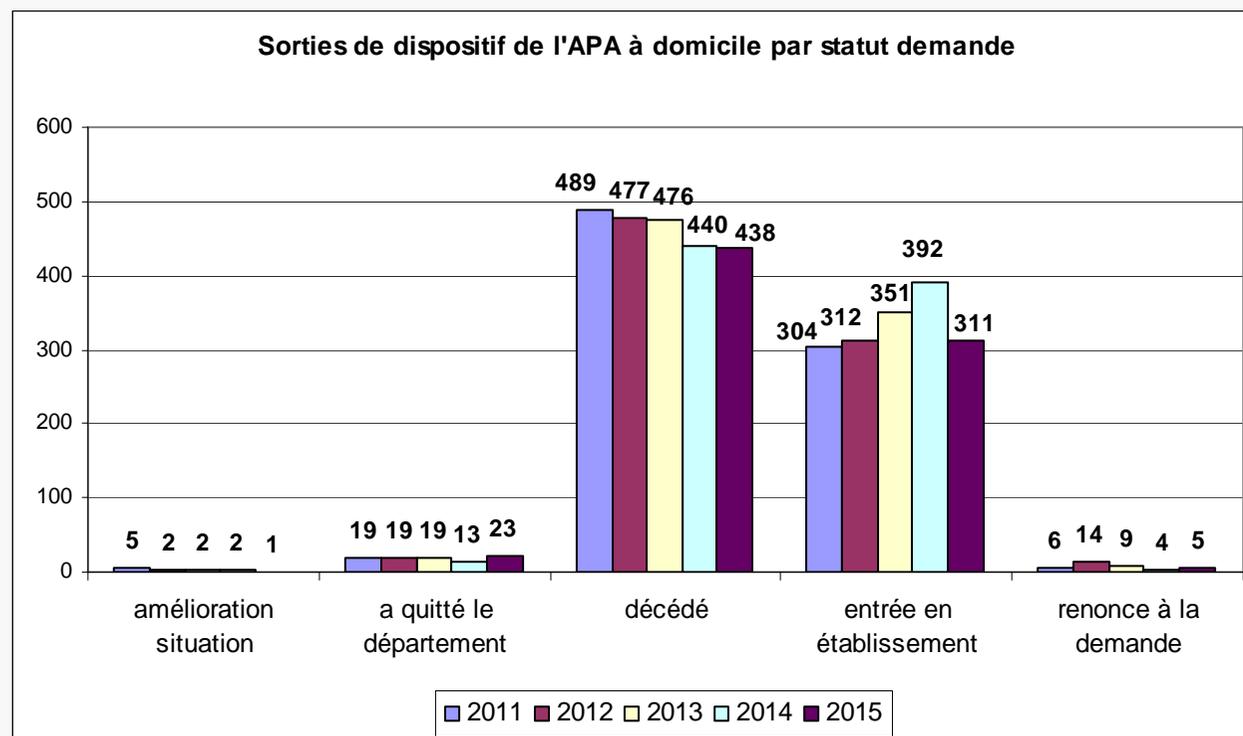


Un mode prestataire encore plus représenté sur les GIR 3 et 4 que sur les GIR 1 et 2 (conséquence vraisemblable de l'équation coût, besoin, plafond).

Une part relative du mandataire et du gré à gré qui se restreint.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *domicile*

APA à domicile - Sorties



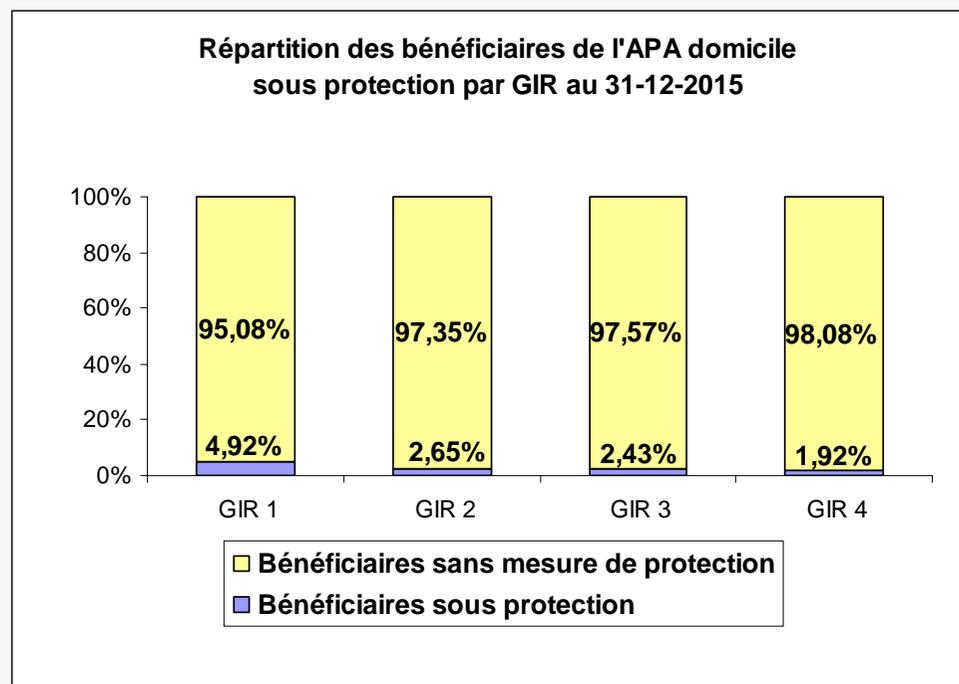
Le principal motif de sortie est bien le décès, en baisse.

Mais la part des entrées en établissement est quand même notable, supérieure à 300.

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 31/12/2015

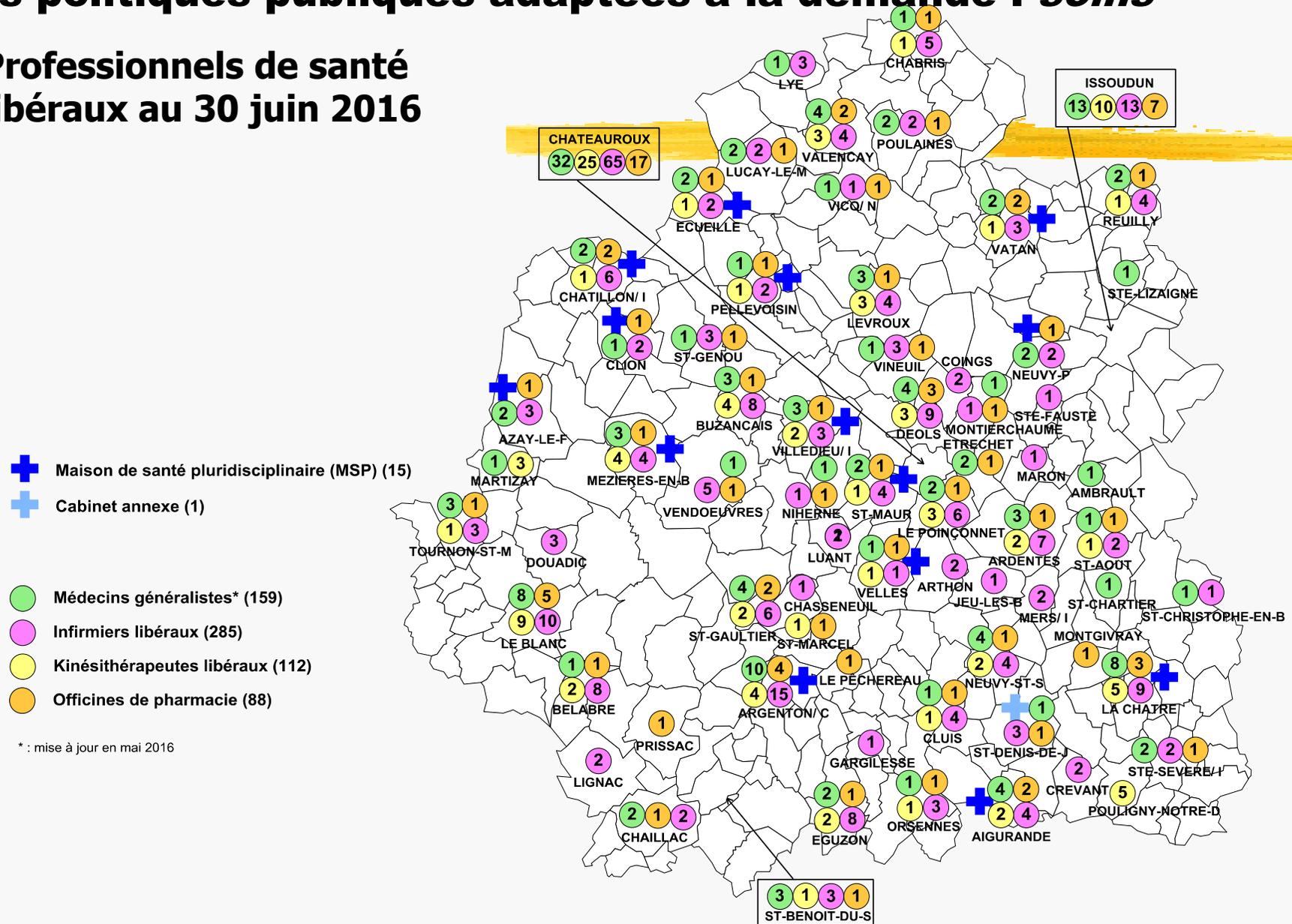
	Nombre de bénéficiaires sous protection	Nombre de bénéficiaires APA domicile	%
GIR 1	3	61	4,92%
GIR 2	10	378	2,65%
GIR 3	13	536	2,43%
GIR 4	34	1775	1,92%
Total	60	2750	2,18%



Un nombre très faible de bénéficiaires de l'APA à domicile sous protection quel que soit le GIR.

II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *soins*

Professionnels de santé libéraux au 30 juin 2016

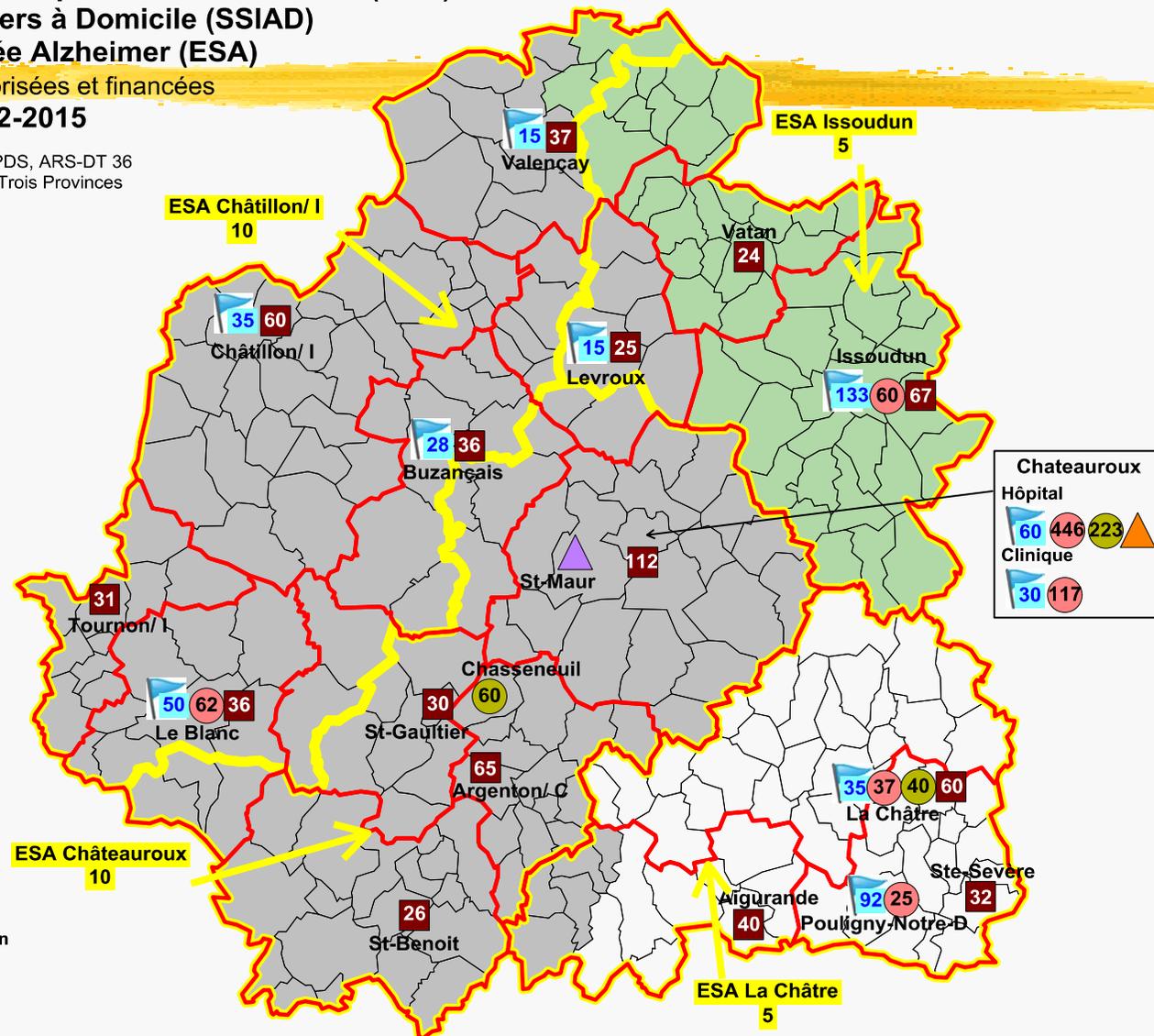


II. Une offre de services diversifiée permettant le déploiement des politiques publiques adaptées à la demande : *soins*

Hôpital, clinique, Soin de Suite et de Réadaptation (SSR)
 Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), Hospitalisation à domicile (HAD),
 Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
 et Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)

nombre de places autorisées et financées
 au 31-12-2015

Sources : CD36-DPDS, ARS-DT 36
 et HAD Pays des Trois Provinces



III. Actions de prévention et de coordination



- A- Les acteurs
 - L'ICGD et la coordination gérontologique départementale
 - Le CLIC
 - La MAIA

- B- Les dispositifs départementaux spécifiques
 - Le Fonds d'aide
 - Le PIG

III. Actions de prévention et de coordination

Activité des coordinations gérontologiques - Réunions et situations étudiées de 2010 à 2015

Une organisation de la coordination très ancienne dans le département, avec un niveau institutionnel de coordination entre acteurs (ICGD, Comité de pilotage et secrétariat) et une structuration du territoire en coordinations gérontologiques au plus près des personnes, au départ sur la base cantonale mais qui a donné lieu à des regroupements.

Les coordinations sont ouvertes à l'ensemble des acteurs de la politique à destination des personnes âgées, toutefois une mobilisation et une participation très variable selon le type d'acteur et le territoire.

Le déséquilibre Nord/Sud se retrouve également dans le nombre de réunions et de situations étudiées.

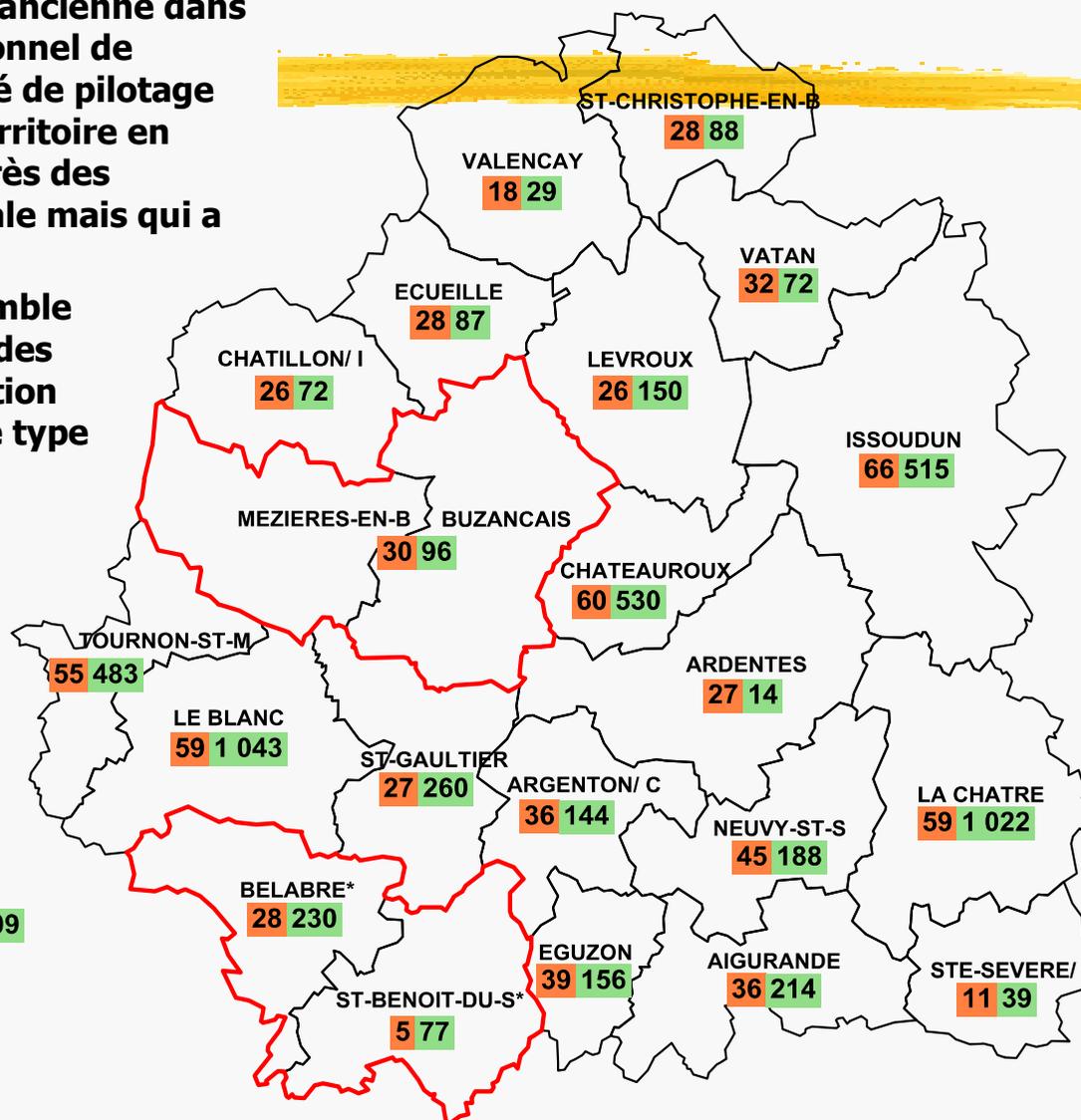
Selon les coordinations, l'activité d'évaluation des situations individuelles est plus ou moins déployée par rapport à l'activité d'échange d'informations.

Nombre de réunions : 741

Nombre de situations étudiées : 5 509

— Regroupement de coordinations

* : regroupement à compter de 2011



III. Actions de prévention et de coordination

Activité des coordinations gérontologiques

Ateliers Mieux vieillir, actions ICGD et autres actions de 2010 à 2015

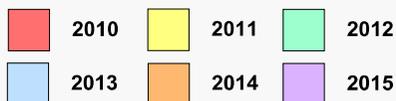
Source : CD 36 / DPDS

Des actions collectives nettement plus développées dans le sud du département.

Ateliers Mieux vieillir



Actions ICGD

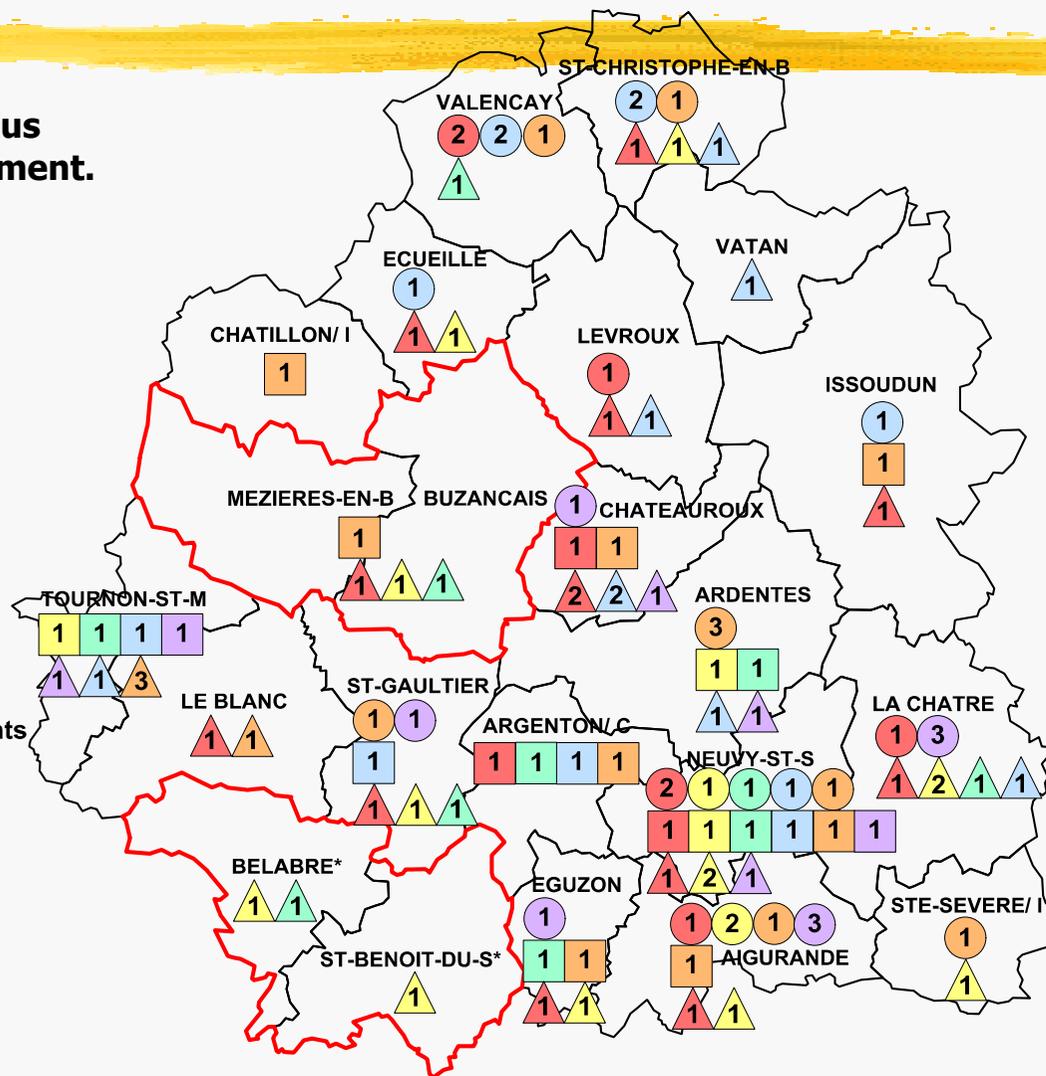


Autres actions avec ou sans financements



— Regroupement de coordinations

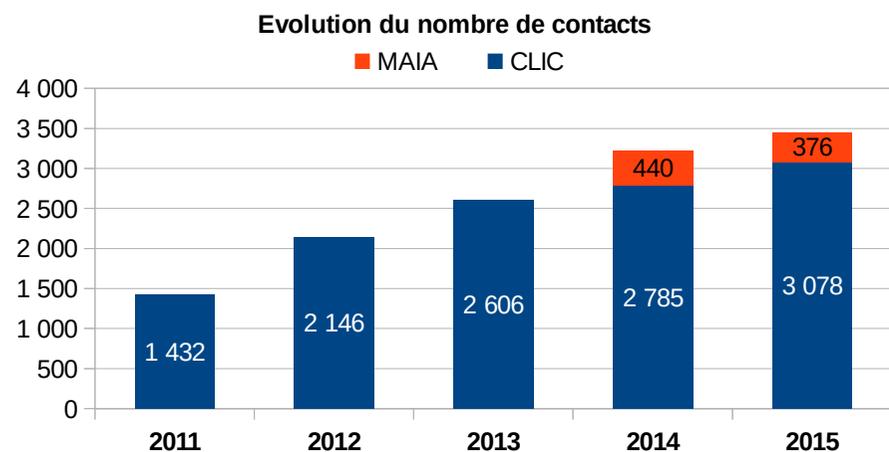
* : regroupement à compter de 2011



III. Actions de prévention et de coordination

CLIC

Année	Contacts			Présence manifestations Grand Public	Présence réunions de coordinations	Présence Commission inclusion MAIA
	CLIC	MAIA	TOTAL			
2011	1 432		1 432	1	10	
2012	2 146		2 146	5	14	
2013	2 606		2 606	5	34	
2014	2 785	440	3 225	7	28	22
2015	3 078	376	3 454	3	26	20
TOTAL	12 047	816	12 863	21	112	42

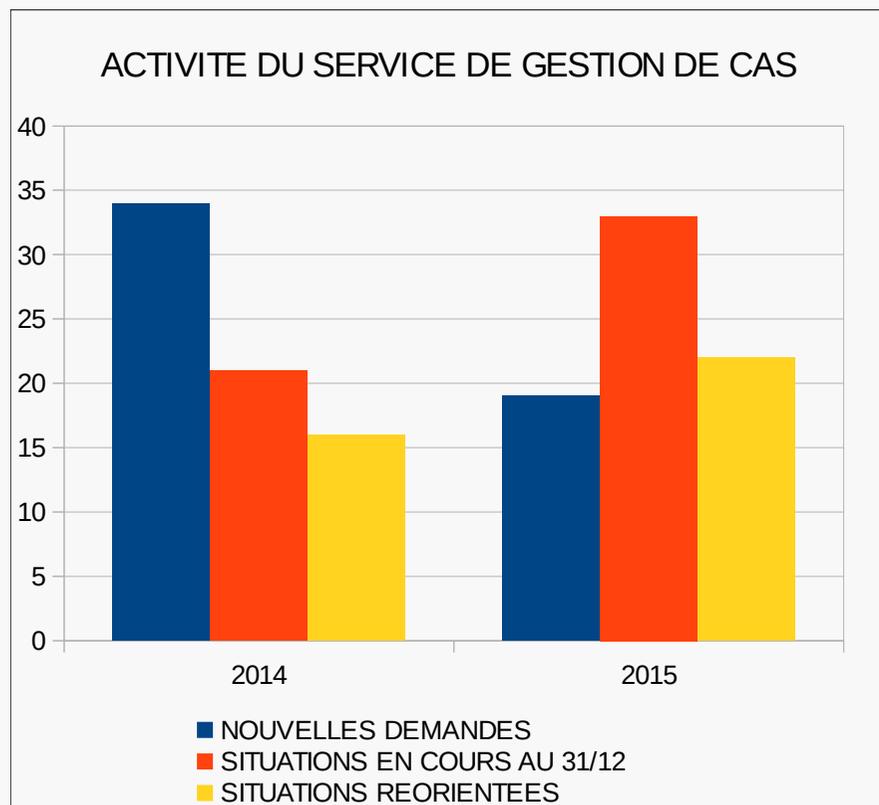


Une croissance régulière et importante du nombre de contacts qui intègre depuis 2014 l'activité de la MAIA.

III. Actions de prévention et de coordination

SERVICE DE GESTION DE CAS - MAIA

Activité du service de gestion de cas en 2014 et 2015



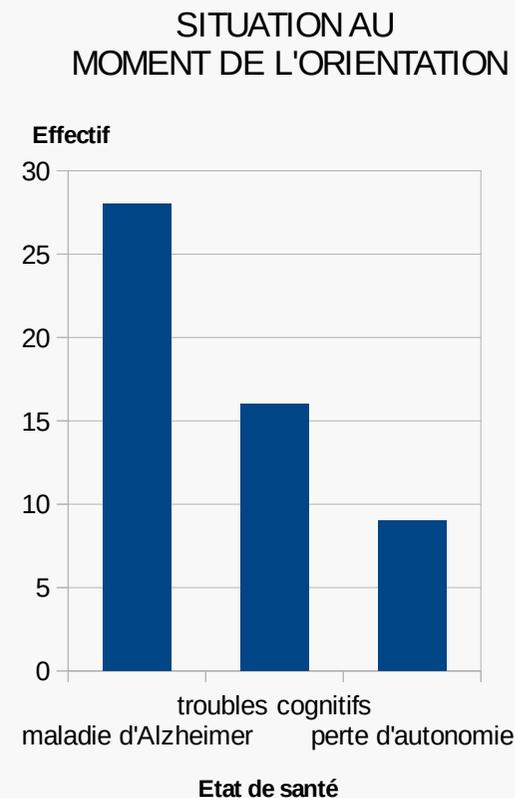
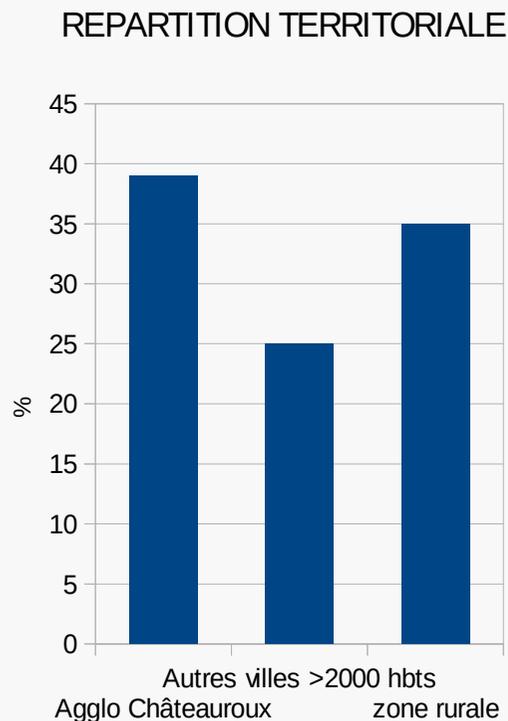
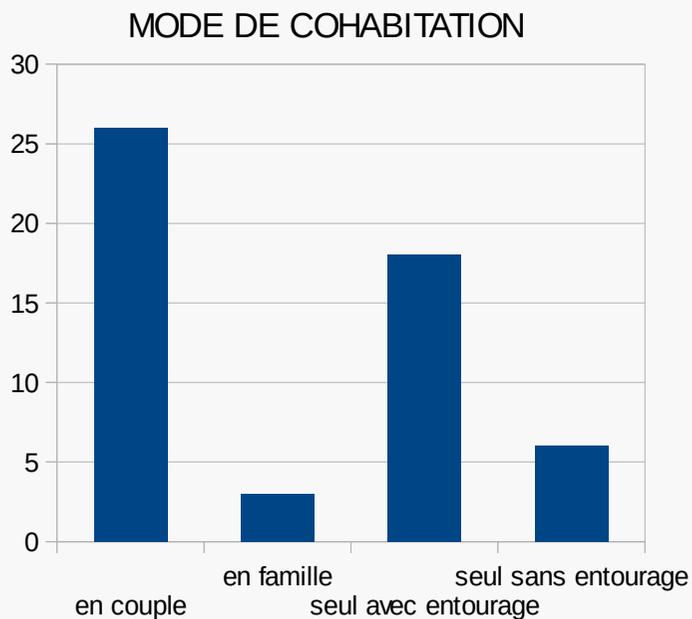
Une activité qui se déploie depuis 2014, des situations orientées par :

- CLIC
- Circonscriptions d'Action Sociale
- Services d'aide à domicile
- Équipe Mobile de Gériatrie Être-Indre
- Médecins et infirmiers libéraux
- Établissements de santé

III. Actions de prévention et de coordination

Présentation des personnes accompagnées en gestion de cas

Âge moyen = 81 ans.
Femmes 75 % ; Hommes 25 %
50 % déjà connues du service Aide et Actions Sociales



III. Actions de prévention et de coordination

Fonds d'aide

Fonds d'aide au Maintien à Domicile - Bilan 2010 à 2015

années	Subventions du Département au titre du Fonds d'aide à domicile	Subventions du Département pour l'adaptation de l'habitat		Financement Département Convention CNSA	TOTAL subventions département	Subventions ICGD	Financements caisses de retraites CARSAT ateliers Mieux Vieillir	TOTAL général
		OPAC	PIG					
2010	11 160,00	2 945,25	109 847,20	294 532,93	418 485,38	1 429,57	2 700,00	422 614,95
2011	15 612,00	4 624,59	110 610,89	155 447,59	286 295,07	803,25		287 098,32
2012	13 220,00	2 170,00	117 695,73	147 226,35	280 312,08	3 246,75		283 558,83
2013	53 832,00		100 459,77		154 291,77	1 917,43	9 663,00	165 872,20
2014	5 316,00		112 594,33		117 910,33	3 953,80	11 191,00	133 055,13
2015	28 690,00		127 099,15		155 789,15	417,22	8 070,00	164 276,37
TOTAL	127 830,00	9 739,84	678 307,07	597 206,87	1 413 083,78	11 768,02	31 624,00	1 456 475,80

Une organisation, via l'ICGD, et des financements déjà anciens, pour soutenir des actions de prévention dans le département.

Pour le Département, les financements sont prévus par le fonds d'aide à la prévention du vieillissement qui permet d'intervenir pour des actions de type : portage de repas, ateliers, actions collectives, aménagement de l'habitat (PIG), habitat regroupé...

Activité ICDG de 2010 à 2015, 23 actions subventionnées : conférences, salons, plaquettes... pour un montant de 11 768,02 € de subventions attribuées.

III. Actions de prévention et de coordination

Programme d'Intérêt Général (PIG) - Dossiers présentés

Années	2008/2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Nbre de dossiers(*) présentés en CAAP(**)	178	177	175	185	203	164	174	1256
Montant des travaux HT - En €	1 038 980,00	898 806,00	1 068 968,10	964 241,31	1 022 090,51	808 104,40	840 146,26	6 641 336,58
ANAH En €	370 062,00	389 327,00	426 479,25	395 643,28	433 593,22	359 735,17	370 139,21	2 744 979,13
Département En €	100 364,65	103 014,00	121 576,87	115 843,19	129 975,00	105 767,00	113 486,91	790 027,62
Région En €	100 364,65	103 014,00	121 576,87	115 843,19	129 975,00	105 767,00	113 486,91	790 027,62
MSA En €	7 320,00	14 630,00	45 263,07	47 753,05	47 095,45	33 232,85	37 345,37	232 639,79
RSI En €	6 496,00	10 210,00	11 982,21	19 219,32	29 793,39	12 610,82	13 671,61	103 983,35
Total subventions accordées En €	584 607,30	620 195,00	726 878,27	694 302,03	770 432,06	617 112,84	648 130,01	4 661 657,51
Taux de subventionnement HT PIG	56,27%	69,00%	68,00%	72,01%	75,38%	76,37%	77,14%	70,19%
Apport PCH logement En €	0,00	19 918,62	74 852,16	47 751,59	40 089,44	17 033,09	63 937,70	263 582,60

(*) 1 dossier = 1 opération d'aménagement de logement

(**) Commission d'Attribution des Aides du PIG : commission regroupant les partenaires du dispositif PIG

Le dispositif PIG est ouvert aux personnes âgées et personnes handicapées propriétaires occupant ou propriétaires bailleurs, sous conditions de ressources correspondant aux barèmes de l'ANAH, pour des opérations d'adaptation de logement à la perte d'autonomie avec un plafond de dépenses subventionnables variant de 10 000 € à 20 000 € suivant les partenaires.

497 demandes instruites en 2015 qui ont fait l'objet d'une analyse avec visite des travaux à réaliser.

Depuis 2008, le dispositif a permis l'aménagement de plus de 175 logements par an, pour un montant d'opérations de près de 7 millions € HT et un taux de subventionnement de près de 70%.

PARTIE II – LES AXES DU SCHÉMA

1. Favoriser le « Bien Vieillir » en Bonne Santé / Agir sur les facteurs de risque

Même si certaines différences observées dans l'état de santé des aînés sont d'ordre génétique, la plupart d'entre elles s'expliquent par l'environnement physique et social (notamment le logement, les caractéristiques sociales et culturelles du mode de vie : rural / urbain, sédentaire ou non, facilité d'accès aux soins, type d'alimentation, etc) ainsi que par les comportements individuels (hygiène de vie, souci de sa santé).

Le fait de conserver des comportements sains tout au long de la vie, en particulier d'avoir un régime équilibré, de pratiquer une activité physique régulière et d'éviter les substances néfastes, contribue à réduire le risque de maladies non transmissibles et à améliorer les capacités physiques et mentales.

Ces comportements demeurent importants même à un âge avancé. Des exercices visant à entretenir la masse musculaire et une bonne nutrition peuvent aider à préserver les fonctions cognitives, à retarder la dépendance pour les actes de la vie quotidienne et à inverser le processus de fragilisation.

Les environnements favorables sont ceux qui permettent aux personnes de continuer de faire ce qu'elles apprécient malgré les pertes de capacité, par exemple en veillant à maintenir accessible les lieux antérieurement fréquentés.

Il n'existe pas de personne âgée «type». Certains possèdent, à 80 ans, des capacités physiques et mentales comparables à nombre de personnes dites «jeunes». D'autres perdent fortement leurs capacités alors qu'ils sont bien plus jeunes.

La diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard. Elle est en grande partie la conséquence des comportements individuels développés tout au long de la vie.

Bien vieillir repose sur un juste équilibre entre ressources, logement, santé, vie sociale et vie intellectuelle. Ces cinq piliers évoluent dans le temps et demandent anticipation et adaptation. Ceci s'inscrit dans la continuité de l'existence, tout en étant caractérisé par un ralentissement de capacités d'adaptation et une modification des ressources disponibles.

Certes la politique gérontologique du département de l'Indre ne peut espérer modifier à elle seule les comportements. Toutefois, elle peut via ce schéma viser à informer, sensibiliser les personnes sur les comportements individuels favorables au bien vieillir et également tenter de développer les conditions d'un environnement collectif également adapté.

1.1. Lutter contre l'isolement

Parmi les facteurs intervenant très directement dans la survenue et l'accélération de la perte d'autonomie, l'isolement est aujourd'hui très clairement identifié.

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.

1.1.1 Maintenir le lien social

Ainsi la prévention de la perte d'autonomie, la volonté de favoriser le bien vieillir, passe par la promotion et le développement de toute action visant à maintenir la personne âgée dans le tissu social.

Il peut s'agir de la valorisation du recours aux seniors dans différents aspects de la vie sociale locale : animations locales, vie associative, rôle social des seniors dans la transmission des savoirs et des compétences, dans l'organisation d'activités et de services collectifs à destination d'autres membres de la communauté (co-voiturage, soutien scolaire, aides aux plus démunis, etc)

Il s'agit également de veiller à organiser à destination des personnes âgées dont on constate la disparition du cercle habituel de relations (décès d'un conjoint ou d'un aidant naturel, éloignement de la famille, arrêt des activités suite à un problème de santé) des actions permettant de les maintenir dans un réseau social (visites de convivialité, animations locales, etc). Il s'agit ici de valoriser la solidarité de proximité.

Cette vigilance, ces interventions ne peuvent reposer que sur la mobilisation des acteurs de très grande proximité, hors des professionnels de l'accompagnement et du soin.

Elles peuvent cependant être soutenues dans le cadre d'une politique publique : en valorisant leur importance pour le bien vieillir, en les faisant connaître et le cas échéant en prenant en charge financièrement tels ou tels frais induits d'organisation. C'était le cas via les fonds de l'instance de coordination gérontologique, cela devra continuer de l'être dans le cadre du programme de la Conférence des Financeurs. Cela rejoint également le programme développé par le ministère des affaires sociales, dénommé MONALISA (MOBilisation NAtionale de Lutte contre l'ISolement des personnes Agées).

1.1.2 Développer l'information

S'il est important de valoriser et de développer les actions permettant aux seniors de ne pas s'isoler, il faut également veiller à les faire connaître. Trop souvent, il est constaté que ces actions favorisant le lien social, sont certes fréquentées par des seniors...mais toujours les mêmes, et notamment ceux qui ont bien conscience de l'importance du maintien d'une vie sociale active. Il est donc fondamental de diffuser une information de proximité à la fois sur ce qui existe mais aussi sur l'importance que cela revêt pour le « bien vieillir ».

Au-delà des actions d'animation locale ou favorisant le lien social, l'information et la communication doivent aussi porter sur les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge. La complexité et la multiplication de nos systèmes sont telles qu'aujourd'hui le phénomène dit du « non-recours » ne fait que croître. Les personnes qui pourraient bénéficier de telle ou telle aide, ne la sollicite pas, parce que « c'est trop compliqué », « on ne sait pas où s'adresser », « il va falloir perdre un temps fou pour trouver le bon interlocuteur, le bon service », etc. La baisse des demandes d'APA, dans l'Indre, mais aussi ailleurs, est en partie liée à ce phénomène. Or l'absence de mobilisation des réponses, pourtant utiles et adaptées à la personne, va concourir à son isolement.

L'information est à diffuser auprès des seniors eux-même, mais aussi auprès des relais que sont les aidants naturels ou professionnels, et les acteurs de la solidarité de proximité.

Il est donc indispensable d'utiliser les relais locaux d'information et sous toutes les formes, papier (brochures, journaux locaux, etc), numérique (sites internet), média audiovisuels locaux.

Le CLIC peut et doit jouer dans ce domaine son rôle de plaque tournante des informations, en veillant à les récupérer des territoires et à les diffuser et les retransmettre sous toutes les formes possibles et par tous les canaux possibles au plus près du terrain.

1.1.3 Favoriser les modes d'habitat et les solutions de mobilité qui offrent des alternatives à un habitat diffus et isolé

Dans nos territoire ruraux, majoritairement terres de bocage, les personnes âgées peuvent se retrouver très rapidement isolées du fait même de leur habitat. Vivre dans une maison avec jardin au sein d'un hameau, sans commerces, ni services, n'est pas un problème quand on est en couple ou en famille, et que l'on conduit facilement, mais devient vite facteur de difficultés multiples et d'angoisses quand on se retrouve seul(e), que la perte de mobilité rend périlleux le fait de changer une ampoule, de fermer des volets, de sortir les poubelles, de conduire de nuit, etc. Et pour autant, il n'y a ni envie, ni besoin d'accéder à une vie en collectivité, en établissement.

Il existe aujourd'hui plusieurs modes d'habitat qui permettent d'éviter cette alternative binaire domicile/établissement. Ils sont toutefois mal connus, mal repérés, et de ce fait pas forcément conseillés à bon escient même par les professionnels.

Ainsi la catégorie des « foyers logements » devenus « résidences autonomie » est parfois confondue avec celle des « résidences services » devenues « résidences seniors ». Or les « résidences autonomie » sont des établissements médico-sociaux, et de ce fait organisent en marge du logement un quotidien en collectivité et 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 à proximité d'un panier de services (aide à domicile, portage de repas, télé-alarme, services à la personne) que peut utiliser librement le locataire ou le copropriétaire.

Habituellement, ces « résidences seniors » sont gérées par des promoteurs immobiliers privés (sur le même mode que les résidences étudiantes) dans de l'habitat collectif. Nous en avons d'ailleurs dans le département. Toutefois dans notre département nous avons depuis de nombreuses années favorisées ce type de formule, mais 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.

Nous avons également développé dans le département l'accueil familial, qui lui aussi permet une alternative entre habitat isolé et établissement. 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 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.

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, tant que la dépendance ne leur interdit pas cette autonomie et cette liberté de choix.

Il est donc important de continuer à les développer mais aussi de les faire connaître et d'en expliciter les caractéristiques.

Pour répondre à la difficulté qu'engendre un habitat isolé, le déménagement vers un habitat adapté avec des services à proximité en centre bourg paraît la solution à préconiser. Pour autant la réalité de vie des personnes ne le permet pas toujours. La raison peut en être financière, familiale, psychologique. Quelle qu'elle soit, elle justifie le choix de la personne qui reste ainsi dans son habitat isolé. Il convient alors de prendre en compte cette réalité en développant les actions permettant de favoriser la mobilité.

Au regard de la nature des besoins, ponctuels, non réguliers, diversifiés dans l'espace et dans le temps, il ne peut être envisagé d'y répondre par des circuits normalisés de transports collectifs.

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

1.2. Adapter l'environnement pour prévenir le risque de ruptures néfastes

La perte d'autonomie des personnes âgées fonctionne souvent par paliers. Elle s'aggrave brusquement par le fait d'une chute ou d'une hospitalisation due à des pathologies qui surviennent parfois du simple fait de ne pouvoir aisément gérer les actes du quotidien.

Il apparaît donc fondamental de prévenir ces facteurs de risque.

Si désormais la question de l'adaptation du logement pour faire face aux risques de chute est bien connue, il faut avoir une vision beaucoup plus large englobant l'adaptation de l'environnement. Le fait de ne plus pouvoir se faire à manger (par des ustensiles inadaptés, des placard 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 qui vont influencer sur l'état de santé.

1.2.1 Adapter le logement en anticipation de la perte d'autonomie : perte de mobilité, désorientation, déficits sensoriels.

Un logement encombré, un escalier difficile à monter, des volets ou des portes lourdes, une baignoire au lieu d'une douche sans rebord, des W.C trop bas, des entrées de portes ou un couloir trop étroits, un tapis, sont autant de difficultés qui limitent l'autonomie et favorisent les chutes.

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 dès 2005 en contractualisant avec l'ANAH, des caisses de retraite (RSI, MSA) et d'autres collectivités territoriales (la Région puis la Communauté de Commune Val de l'Indre Brenne), par le biais d'un « Programme d'Intérêt Général » (PIG) permettant d'organiser, développer et coordonner les aides à l'adaptation du logement à la perte d'autonomie.

L'intérêt de cette action pour le bien vieillir est désormais démontré. La convention est à son 2ème renouvellement. Le succès de l'opération est attesté par le nombre élevé d'opérations réalisées chaque année.

L'objectif désormais sera d'y intégrer les partenaires qui ont maintenu un dispositif propre (CARSAT, certaines collectivités locales), générant des doublons à la fois en terme d'expertise technique et de dossier à remplir pour les personnes.

De même de plus fortes articulations seront à organiser avec les autres programmes spécifiques de l'ANAH présents sur le territoire, notamment celui lié à la précarité énergétique et celui lié à l'habitat indigne.

Enfin, rançon du succès, les délais d'attente sont aujourd'hui importants (l'instruction de la demande passe par une visite technique, nécessaire pour élaborer l'adaptation la plus adaptée à la situation de la personne et aux caractéristiques de son habitat) et il conviendra de rechercher des solutions pour les réduire.

Par ailleurs si les dispositifs tels celui du PIG permet de répondre aux besoins des propriétaires occupants et que pour les locataires, les bailleurs ont d'autres dispositifs incitatifs ou coercitifs, il conviendra de veiller à ce que les personnes âgées locataires ne soient pas plus mal prises en compte que les propriétaires pour vivre dans un logement adapté. Pour autant dans leur cas, la solution peut être une procédure de mutation privilégiée plutôt qu'une adaptation lourde du logement.

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

Pouvoir continuer à vivre chez soi, c'est aussi avoir un environnement qui s'adapte continuellement à l'évolution des besoins de la personne en lui permettant de gérer sa vie quotidienne en compensant progressivement les déficiences qui s'installent.

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.

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.

- Bien sûr, l'attribution d' aides financières. Beaucoup existent déjà : via l'APA ou la PCH, ou encore certains fonds de secours des caisses de sécurité sociale ou organisme d'assurance santé complémentaire, la loi ASV a créé un nouveau dispositif via la conférence des financeurs.
- Toutefois d'autres sont peut être encore plus nécessaires. En effet, deux freins ont été repérés à l'utilisation des aides techniques et domotique : leur méconnaissance et la réticence psychologique.

Il conviendra donc de développer des actions d'information, permettant de recenser les aides techniques, leur rôle, leur mode d'emploi, leur mode de distribution, etc.

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-même dubitatifs, et avec les personnes elles-mêmes mais aussi leurs aidants, par le biais d'actions de proximité, par exemple de démonstration, de forum d'échanges, etc. Là encore, la proximité est essentielle.

1.3. Maintenir un bon état de santé général

On le sait aujourd'hui, chacun peut certes avoir un capital santé différent mais tous, nous avons la capacité par nos comportements, habitudes et modes de vie, d'influer sur ce capital et ce quel que soit son état.

1.3.1 Poursuivre et développer les actions de prévention par rapport à l'hygiène de vie

Une bonne hygiène de vie c'est un ensemble de bonnes habitudes quotidiennes qui mises bout à bout permettent de préserver le capital autonomie, le capital santé, et de stabiliser les capacités restantes en cas d'incapacité.

Adopter une bonne hygiène de vie quel que soit l'âge, c'est espérer vieillir en conservant son capital autonomie et son capital santé le plus longtemps possible.

Une bonne hygiène de vie permet parfois de prévenir certaines pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge.

Le Département de l'Indre s'est engagé depuis de nombreuses années dans une politique de prévention par le biais notamment du programme « Mieux vieillir dans l'Indre ».

Des actions collectives de prévention : information, ateliers, seront à réaliser en concertation avec les autres acteurs du terrain, afin de les proposer à tous les Indriens.

Les thèmes de prévention porteront, en outre, sur l'alimentation équilibrée, le sommeil, l'activité physique régulière et adaptée à l'âge, la lutte contre l'isolement, la cognition, la lutte contre les addictions.

1.3.2 Développer des activités favorisant le maintien en bonne santé (nutrition, activités cognitives, activités physique ...)

Toutefois au-delà de l'organisation d'actions collectives ou d'ateliers de prévention, c'est la prise en compte par chacun individuellement dans son comportement quotidien qu'il faut atteindre.

Il apparaît important de généraliser ses activités et de les développer sur l'ensemble du territoire, afin que le maximum d'Indriens puissent prendre en charge leur santé.

Les actions d'information permettant d'améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie seront axées sur :

- la promotion d'une alimentation favorable à la santé, la prévention de l'obésité, de la dénutrition,
- la pratique d'activités physiques et sportives pour lutter contre la sédentarité, les troubles de l'équilibre, les chutes et améliorer les capacités cardiaques et pulmonaires,
- la lutte contre l'isolement social, le stress liés au passage de la vie active à la retraite, les risques de dépression,
- la prévention des troubles sensoriels (audition et vue) et la prévention bucco-dentaire,
- la préservation des capacités cognitives et de la mémoire.

De nombreux acteurs, Coordinations gérontologiques, Caisses de retraites, club du troisième âge, CCAS, Clubs sportifs œuvrent déjà dans ce sens, leurs actions doivent être amplifiées.

1.3.3 Veiller à l'accès aux soins, favoriser les dépistages, bilans de santé et promouvoir les dispositifs de lutte contre la désertification médicale

1.3.3.1 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 indriens 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'assurances maladie une organisation permettant d'inviter systématiquement les personnes de plus de 65 ans à un bilan de santé complet à échéances régulières.

1.3.3.2 La désertification médicale

La lutte contre la désertification médicale a produit au niveau national, régional 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-même 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, or en octobre 2016, l'Agence Régionale de Santé estime que 25 000 à 30 000 Indriens n'ont pas de médecin traitant.

La démographie médicale catastrophique dans l'Indre avec 159 médecins généralistes en activité en mai 2016, et seulement 149 en octobre 2016, 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.

En conséquence, si les politiques incitatives à l'installation peuvent certes être poursuivies et les politiques coercitives peuvent certes continuer d'être débattues, d'autres initiatives devront être tentées pour faire concrètement face à l'absence de médecin traitant pour les seniors : délégation de tâches par exemple, remboursement exceptionnel de transport, consultation externe délocalisée, dérogation aux quotas moyens en matière de soins infirmiers (installation d'infirmières ou places de SSIAD, renforcement des équipes mobiles, etc)

2. Mieux accompagner la perte d'autonomie

2.1. Anticiper davantage pour préserver les choix de vie de la personne

2.1.1 Veiller encore et toujours à mettre à disposition des personnes l'information nécessaire pour leur permettre de prendre des décisions en toute connaissance de cause (coût, reste à charge, nature des prestations, localisation, ...)

Chacun est acteur de sa vie. Les principes républicains de liberté, d'égalité, et de fraternité structurent l'organisation de nos relations sociales. Pour autant, dans les situations de fragilité où apparaissent la dépendance et le besoin d'assistance pour les actes du quotidien, trop souvent le droit de la personne, même âgée, même dépendante à déposer et obtenir et à choisir son lieu de vie est oublié.

Les personnes doivent être mises en situation de s'exprimer et leur entourage qu'il soit familial ou professionnel doit se contraindre à entendre leurs choix.

L'anticipation n'est pas chose facile pour qui que ce soit, aussi il est important de promouvoir les dispositifs d'organisation et de protection, tout en les dédramatisant ; anticiper n'est pas prédictif. Il s'agit de décrire comment on souhaite être assisté si une altération de nos capacités survient, dans quel lieu on souhaite vivre et en présence de qui.

Différentes mesures permettent de notifier sa volonté par écrit comme les mandats de protection future, la désignation d'une personne de confiance, ou les directives anticipées quand on songe à la fin de sa vie. Le dialogue reste cependant le canal le plus simple pour dire à ses proches ce que l'on souhaite et discuter les aspects concrets du quotidien.

Pour faciliter la prise de décisions éclairées, il faut constamment veiller à diffuser une information complète et accessible sur les différentes options qui s'offrent aux personnes et sur leurs conséquences. Ainsi par exemple, le choix d'un lieu de vie doit s'envisager sous différents angles que sont le coût, le reste à charge, la nature des prestations disponibles, la localisation, etc. Chaque citoyen doit avoir conscience de l'importance de la notion de consentement, ainsi aucun lieu de vie ne peut être imposé à qui que ce soit, pas plus que des soins.

2.1.2 Favoriser le plus précocement possible la mobilisation de dispositifs de repérage des risques de la perte d'autonomie afin d'adapter les réponses au plus près des besoins (renforcer le rôle des coordinations locales)

Les professionnels, les bénévoles et les élus ont un rôle à jouer dans le repérage le plus précoce possible des risques de perte d'autonomie afin de proposer la mobilisation des dispositifs et les réponses les plus adaptées.

Un changement brutal de l'environnement habituel de la personne, l'apparition de difficultés nouvelles pour accomplir les gestes quotidiens et une modification dans l'attitude d'une personne sont des alertes.

Celles-ci doivent conduire à engager un dialogue avec la personne concernée pour lui permettre de prendre conscience de cette évolution et de la nécessité d'adapter son mode de vie et donc de faire face et proposer des adaptations de son quotidien, ou de son plan d'aide si elle est déjà accompagnée.

Dans nos territoires ruraux, deux bons exemples de ce repérage précoce des facteurs de risque sont la gestion des achats et des courses et la conduite automobile.

La dépendance psychique peut être repérée précocement par les commerçants habituels de la personne qui vont constater des achats réitérés à des fréquences anormales, des achats de produits inhabituels et inadaptés, des confusions dans les montants, ou par des voisins ou aidants qui vont constater des achats en ligne ou suites à démarchage.

De même les aidants, le voisinage peuvent assez facilement repérer des difficultés de conduite, des infractions inhabituelles au code de la route, une conduite dangereuse et inadaptée, qui sont des signes de perte d'autonomie fonctionnelle, physique, psychique ou sensorielle.

Ces constats faits individuellement dans l'entourage habituel de la personne, par des tiers qui ne sont ni des aidants professionnels ni des aidants naturels restent souvent non dits et non partagés, aussi parfois par l'un ou l'autre des aidants (professionnel ou famille), mais qui alors qu'explicités et discutés avec la personne et ses aidants (professionnels ou familles) pourraient permettre de prévenir une dégradation plus rapide et en tout cas d'adapter plus progressivement l'accompagnement.

Pour atteindre cet objectif, il semble important :

- de mieux diffuser l'information sur les signes précoces de la perte d'autonomie, et ce à l'ensemble de la population,
- de former les professionnels au repérage précoce de ces facteurs de risque,
- d'insister sur le fait que l'accompagnement des aînés n'est pas réservé qu'aux spécialistes ou aux proches,
- de faire des coordinations gérontologiques des lieux d'échanges ouverts (aux spécialistes et aux non spécialistes mais aussi aux familles le cas échéant) permettant d'aborder des thématiques générales mais aussi des situations individuelles pour un meilleur accompagnement de proximité des aînés.

2.1.3 Privilégier, lors des évaluations de professionnels, une vision à moyen et long terme au lieu de rester sur une approche limitée au contexte présent

A l'origine d'une évaluation du besoin d'aide et donc du plan d'aide proposé à la personne il y a en général de la part de la personne une demande précise liée au constat récent d'une incapacité. Le plan d'aide est donc en principe parfaitement adapté à ce besoin.

Or la perte d'autonomie peut évoluer rapidement. Des imprévus (nouvelle pathologie, décès ou maladie du ou des aidants naturels, modifications dans l'environnement : départ du médecin, du kinésithérapeute, d'un commerce de proximité, etc) peuvent survenir et bouleverser l'équilibre trouvé. La recherche d'un nouvel équilibre peut nécessiter du temps : pour le déterminer, pour le faire accepter à la personne et/ou son entourage, pour le mettre en place.

Un exemple fréquent est l'hospitalisation ou la disparition d'un aidant très présent auprès d'une personne très dépendante. La seule alternative semble alors être l'entrée en établissement, en urgence, imposant même parfois un accueil en hospitalisation, ajoutant ainsi à la rupture affective, une rupture complète avec l'environnement et le lieu de vie.

Ainsi, il apparaît nécessaire de promouvoir lors des évaluations menées par les professionnels un échange et une réflexion sur l'évolution à moyen et long terme de la situation.

Au-delà du plan d'aide élaboré à partir des conditions du moment, se posent d'autres questions : quelles perspectives ? quels souhaits ? quelles possibilités ? L'engagement de la réflexion peut amener les différents protagonistes à mettre à jour leurs limites tout aussi bien leurs ressources et n'a pas nécessairement comme objectif d'aboutir à une feuille de route figée et définitive.

Il s'agit en tout état de cause d'anticiper pour éviter autant que faire se peut une situation de crise à gérer dans l'urgence et susceptible du fait de l'absence de préparation d'aboutir à des décisions inadaptées, mal comprises et donc mal acceptées.

2.1.4 Promouvoir et préserver le droit au choix de vie pour permettre à la personne âgée de rester l'acteur de sa vie y compris lorsqu'elle touche à sa fin.

En complément de l'anticipation de l'évolution du plan d'aide, de la nécessaire préparation de cette évolution, il existe aujourd'hui des dispositifs légaux permettant à tout un chacun de se préparer, et de préparer ses proches, à la perte d'autonomie et de faire connaître ses choix.

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 mesure de l'exprimer.

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, familles) 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.

2.2. Adapter encore l'offre pour toujours améliorer l'accompagnement

2.2.1 Veiller à la qualité des prestations offertes : accompagner la mise en conformité des ESMS aux cahiers des charges publiés depuis décembre 2015

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement impose de nouvelles obligations aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) laissant le soin au pouvoir réglementaire d'en préciser les contours en particulier par l'édition de cahiers de charges auxquels devront se conformer les ESSMS.

L'idée du législateur est de créer un cadre permettant à l'ensemble des acteurs de se projeter dans l'avenir notamment en prenant mieux en charge la perte d'autonomie lorsqu'elle survient. Sa volonté vise ainsi à renforcer l'offre diversifiée en habitat collectif pour personnes âgées, à consolider l'offre du secteur de l'aide à domicile et à réaffirmer les droits individuels de la personne accueillie en ESSMS.

Ces trois volets ont été enrichis lors des travaux préparatoires au présent schéma mettant des points particuliers en perspective.

2.2.1.1 Consolider la diversification de l'offre en habitats collectifs

- **D'une part**, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement donne une base légale à la notion de panier de services et instaure **un socle de prestations minimales** dont le premier train réglementaire (décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015) vise les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il est à souligner que le contrat de séjour doit prévoir les prestations minimales relatives à l'hébergement. Elles se divisent en cinq pôles :

➤ **Les prestations d'administration générale :**

- la gestion administrative de l'ensemble du séjour, dont le décret précise le contour,
- l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et de ses avenants,
- les prestations comptables juridiques et budgétaires d'administration générale.

➤ **Les prestations d'accueil hôtelier :**

- la mise à disposition de la chambre et locaux collectifs,
- l'accès à une salle de bain équipée,
- la mise à disposition de l'équipement de l'EHPAD,
- l'électricité, l'eau et le gaz,
- l'entretien et le nettoyage des chambres et des locaux collectifs,
- la maintenance de l'établissement,
- la mise à disposition des connectiques,
- l'accès aux moyens de communication, y compris Internet.

➤ **Les prestations de restauration :**

- l'accès à un service de restauration,
- la mise à disposition de trois repas, d'un goûter et d'une collation.

➤ **Les prestations de blanchissage :**

- fourniture, renouvellement et entretien du linge plat et de toilette.

➤ **Les prestations d'animation de la vie sociale :**

- accès aux animations collectives et animations organisées au sein de l'établissement,
- accès aux activités en extérieur.

Par ailleurs, le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 est venu préciser les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement de ces établissements en intégrant les PASA et UHR.

Ont ensuite été concernées, par un train similaire de mesures, les prestations délivrées par les **résidences-autonomie**, les substituant aux foyers logements.

Les résidences-autonomie sont des établissements médico-sociaux dédiés aux personnes âgées autonomes à mi-chemin entre le domicile personnel et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (l'EHPAD). C'est le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 qui définit la liste des prestations minimales, individuelles ou collectives, délivrées aux personnes vivant dans les résidences-autonomie, à savoir :

- gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie et l'élaboration et le suivi du contrat de séjour,
- mise à disposition d'un logement privatif avec la possibilité d'installer le téléphone et de recevoir la télévision,
- mise à disposition et entretien des espaces collectifs,
- accès à une offre d'actions collectives ou individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence autonomie ou à l'extérieur,
- accès à un service de restauration,
- accès à un service de blanchisserie,
- accès à internet au moins dans une partie de la résidence-autonomie,
- accès à un dispositif de sécurité apportant aux résidents une assistance et un moyen de se signaler 24h/24h,
- accès aux animations et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement et organisation d'activités extérieures.

Ces prestations nécessairement proposées dans les résidences-autonomie, justifient la facturation, en sus du loyer, d'une redevance correspondant à ces services collectifs mutualisés.

D'autre part, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement généralise la conclusion des **contrats pluriannuels entre personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargée(s) de l'autorisation** et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, abandonnant ainsi le principe d'une tarification annuelle au profit d'une politique pluriannuelle d'allocation de ressources que le gestionnaire de la structure ou service a à sa disposition.

Ainsi, ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification qui devient une procédure d'allocation de ressources.

La loi impose le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en lieu et place des conventions tripartites.

Ce contrat prévoit, outre les obligations respectives des parties signataires, leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale.

Le CPOM est conclu pour une durée de 5 ans avec le ou les présidents du Conseil départemental et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Il fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services et les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. A compter du 1^{er} janvier 2017, et pour les établissements et les services relevant du contrat, la personne gestionnaire devra transmettre l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, en attente de publication au moment de la rédaction du présent schéma.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devra respecter le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale, arrêté également non publié au moment du présent schéma.

La loi impose aussi la passation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens aux résidences-autonomie qui veulent bénéficier du forfait autonomie qu'elle a créé et qui vise à participer au financement de leurs actions de prévention de la perte d'autonomie, individuelles ou collectives, mises en œuvre au profit de leurs résidents et, le cas échéant, de personnes extérieures.

En revanche, ne sont pas concernées par cette généralisation les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) qui restent soumises aux conventions pluriannuelles tripartites.

2.2.1.2 La refondation de l'offre du secteur de l'aide à domicile

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a souhaité simplifier le régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en réunissant sous le régime unique de l'autorisation les services d'aide et d'accompagnement à domicile prestataires intervenant auprès des publics fragiles, et notamment les personnes âgées et les personnes handicapées, pour l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne.

Ainsi, pour intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), un service d'aide et d'accompagnement à domicile doit y être autorisé spécifiquement s'il n'est pas détenteur de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour ce faire, les services d'aide et d'accompagnement à domicile doivent respecter un cahier des charges national défini par le décret n° 2016-502 du 22 avril 2016, doublé de l'obligation faite aux services d'accueillir, dans la limite de sa spécialité et de sa zone d'intervention autorisée, toute personne bénéficiaire des prestations APA ou PCH.

Le cahier des charges fixe les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement applicables aux services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés, qui interviennent auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, des personnes handicapées et des familles fragiles, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Il fixe notamment le cadre général de l'intervention des SAAD, les modalités d'accompagnement de la personne détaillant ainsi les obligations du gestionnaire et le canevas d'organisation et de fonctionnement interne à adopter par le service.

Il précise également la définition des services assurant des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles.

Il indique enfin que le gestionnaire du SAAD et le Département qui s'engagent dans une démarche de contractualisation peuvent conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le but de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions au service du public. Ce contrat devra préciser notamment :

- 1) le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année,
- 2) le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge,
- 3) les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre,
- 4) les modalités de calcul de l'allocation et de la participation des personnes utilisatrices et bénéficiaires de l'allocation personnalisée autonomie,
- 5) les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le Département
- 6) les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et par le schéma régional de santé, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées,
- 7) les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services,
- 8) les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance,
- 9) la nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire,

- 10) la nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au Département,
- 11) les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites.

De surcroît, la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoyait également la possibilité d'expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement regroupant :

- 1) les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles,
- 2) les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'article L.313-1-2 du même code, dans le cadre d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou d'une convention de coopération prévus à l'article L.312-7 dudit code.

Ces expérimentations dénommées Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) devaient, pour être mise en œuvre, faire l'objet durant l'année 2016 d'une contractualisation spécifique entre les services concernés, le Département et l'Agence Régionale de Santé.

Cette expérimentation des SPASAD peut sembler séduisante. Pour autant, au regard du contexte très chargé de la mise en œuvre de la réforme législative, de la situation des SAAD de l'Indre, dont aucun ne relevait avant 2016 du régime de l'autorisation, de la dynamique ancienne de coordination, l'entrée dans cette forme d'organisation ne paraît pas s'imposer prioritairement. En effet, il convient davantage d'amener les SAAD existants à tendre vers une appropriation du nouveau cahier des charges à compléter de référentiels adaptés au contexte départemental de l'Indre.

2.2.1.3 le renforcement des droits individuels aux personnes âgées hébergées ou accompagnées

Les personnes âgées résidant dans des établissements médico-sociaux ou faisant appel à un service médico-social ont désormais la possibilité de désigner une personne de confiance dans le cas où elles rencontreraient des difficultés dans la compréhension de leurs droits. La désignation de la personne de confiance était jusqu'alors uniquement réservée aux personnes hospitalisées. Le décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 en fixe les modalités de désignation.

La loi renforce la procédure d'acceptation du contrat de séjour au moment de sa signature à l'entrée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), permettant de mieux s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits. Elle garantit le respect de la liberté contractuelle en conférant un droit de rétraction au résident dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat de séjour. De même, elle définit les modalités de résiliation d'un contrat par le gestionnaire de l'établissement.

De nouvelles sanctions administratives sont introduites dans le code de l'action sociale et des familles (article L.314-14). Seront notamment passibles d'une amende les EHPAD qui hébergent une personne âgée sans avoir conclu un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge ou qui ne respectent pas les dispositions légales les concernant ou qui ne restituent pas dans les 30 jours suivant le décès du résident, les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non délivrées.

Par ailleurs, les EHPAD commerciaux feront l'objet de sanctions administratives, et non plus pénales, pour leurs manquements aux dispositions relatives à l'évolution des prix et aux contrats. A l'instar des EHPAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, l'amende administrative ne pourra excéder 3.000 euros pour une personne physique et 15.000 euros pour une personne morale et les manquements seront recherchés et constatés par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

En matière de libertés publiques, elle encadre les modalités de restriction de la liberté d'aller et venir au sein d'un établissement d'hébergement, admise uniquement dans le but d'assurer l'intégralité physique et la sécurité de la personne âgée soumise à cette restriction. Elle doit être formalisée dans une annexe au contrat de séjour après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment.

Il appartient donc aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de se mettre en conformité avec la réglementation en vigueur afin d'offrir aux personnes accueillies ou accompagnées une prestation de qualité. Cette opération passe par un suivi régulier de l'actualité législative et par une adaptation des structures à l'évolution réglementaire. Le Département apportera son ingénierie pour la mise en œuvre des mesures nécessaires à :

- une meilleure connaissance des prestations offertes par les ESMS du département,
- une meilleure information des droits et obligations des personnes accueillies ou accompagnées par les ESMS,
- une modélisation de l'admission en ESMS dans le respect de la réglementation en vigueur,
- l'actualisation des procédures des établissements et services en accord avec la législation et la réglementation en vigueur,
- la mise à disposition d'une documentation des textes en vigueur et à son actualisation régulière.

2.2.2 Mieux prendre en compte les aidants : reconnaître leur rôle et répondre à leur besoin

Le rôle de l'aidant dit « naturel » est fondamental dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Il peut être le conjoint, le concubin, un membre de la famille, un voisin ou d'autres personnes qui viennent en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante de leur entourage, pour des activités de la vie quotidienne.

Cette aide régulière est permanente ou non. Elle peut prendre différentes formes comme l'aide à la toilette, l'accompagnement à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination et la vigilance, le soutien psychologique, les activités domestiques, etc.

Il arrive que ces aidants s'épuisent car l'aide apportée devient très vite une charge. Ils seront souvent démunis quand il s'agit de dépendance psychique et sont rapidement confrontés aux troubles du comportement et/ou aux difficultés de communication. On remarque chez eux un épuisement physique, du stress, un manque de « savoir faire » ou de « savoir être » pour accompagner la personne aidée. Il peut y avoir également des difficultés financières si l'aidant s'est arrêté de travailler ou a réduit son temps de travail, une réduction du cercle amical.

Durant les travaux des groupes, il a souvent été évoqué le sentiment de culpabilité et la difficulté à déléguer les gestes d'accompagnement, ainsi que le refus de faire appel aux professionnels ressentis comme « intrusifs » dans l'intimité des familles.

La qualité de l'accompagnement de la personne aidée passe par l'appréciation que l'aidant peut avoir de la formation et des capacités des professionnels à accomplir certains actes techniques, ou à entrer en relation avec la personne dépendante en particulier lorsque celle-ci ne communique pas ou plus.

C'est pourquoi ces aidants ont besoin d'être formés et accompagnés.

La prise en compte des besoins des aidants a fortement progressé :

- la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) s'est vu confier un rôle d'appui méthodologique sur l'accompagnement des aidants.
- le rôle des aidants est reconnu par la loi du 28 décembre 2015 : dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), la loi permet aux proches aidants de bénéficier d'aides spécifiques :
 - dé plafonnement du plan d'aide APA à hauteur d'environ 500€ par an pour financer une prise en charge de la personne aidée et permettre à l'aidant de souffler (cette prise en charge peut être le financement d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou d'autres dépenses d'aide humaine),
 - une aide financière en cas de l'hospitalisation de l'aidant, elle vise à organiser une réponse adaptée à une situation d'urgence ou de répit de l'entourage,
 - des dispositions facilitant avec l'accord de son employeur le congé ou la réduction d'activité pour le proche aidant.

En complément de ces nouvelles dispositions, il conviendra de maintenir et d'amplifier dans le département les dispositions déjà développées :

- prise en compte dans le plan dès son évaluation du besoin de répit de l'aidant en y intégrant des heures d'aides humaines supplémentaires à ce titre,
- possibilité d'adaptation du plan d'aide pour prendre en compte la mise en œuvre d'hébergement temporaire régulier ou non,
- possibilité de recourir à l'accueil familial (sous réserve du besoin de médicalisation) pour permettre le répit,
- organiser des actions d'information et de formation à destinations des aidants, pour leur permettre de mieux comprendre et aider leur proche en perte d'autonomie,

et également de faire des propositions nouvelles :

- rendre plus accessibles l'offre existante en hébergement temporaire et accueil de jour, aujourd'hui trop souvent organisée comme une offre d'accueil pérenne et pas assez comme des opportunités facilement mobilisables pour soulager y compris en urgence les aidants à domicile,
- intégrer les aidants dans les coordinations gérontologiques pour prendre en compte leur regard et leur situation lors de l'analyse des situations individuelles,
- proposer un bilan de santé spécifique pour les aidants, afin qu'ils ne négligent pas leur propre santé et que puissent être repérés et traités les signes précurseurs de leur épuisement.

2.2.3 Accompagner les ESMS dans la mise en œuvre des formations des professionnels nécessaires à une offre de qualité

Le Département encourage le développement de la qualité des pratiques des professionnels exerçant dans les établissements médico-sociaux ou les services à domicile.

Certains établissements ou services sont confrontés à des difficultés de recrutement de personnel qualifié (notamment aides soignantes et infirmières), en raison de la pénurie de ces catégories de professionnels, mais aussi en raison d'une situation géographique défavorable.

Il est également constaté des « glissements de tâches », et plus particulièrement des agents de services exerçant des tâches d'aide soignant. Ce glissement a pour origine les contraintes financières en matière de soins (enveloppe limitative) et un épuisement du personnel qui peut engendrer des prises en charge et des pratiques inadaptées des personnes accueillies (risque de maltraitance).

Aussi, il est nécessaire de développer les compétences et la qualité d'intervention des professionnels qui travaillent auprès des personnes âgées accueillies dans les établissements médico-sociaux ou accompagnées à domicile en mettant en place :

- des formations professionnalisantes,

- des formations qualifiantes par la voie classique ou par la Validation d'Acquis de l'Expérience (VAS). La VAE permet de reconnaître et valoriser les compétences acquises par l'expérience, d'améliorer les compétences, de promouvoir un parcours professionnel et de fidéliser les personnels.

Les salariés se forment dans le cadre du plan de formation de leur entreprise. Ils peuvent accéder à l'ensemble des dispositifs de formation continue accessible à tout salarié.

Le financement de la formation et la rémunération sont alors traités par l'organisme collecteur (Opcv, Opacif) dont relève l'établissement.

Les établissements et services doivent également mettre en place une politique de ressources humaines leur permettant d'anticiper les risques psycho-sociaux et de permettre une meilleure prise en charge des usagers ou résidents. Il apparaît notamment indispensable de suivre les indicateurs d'absentéisme. Cette politique peut passer par la mise en place d'outils de gestion spécifique à chaque secteur d'activité (procédure de recrutement, plan de formation, indicateurs de l'absentéisme...).

Enfin, en ce qui concerne spécifiquement les services à domicile et notamment leur difficulté de recrutement, et de fidélisation de leur personnel qualifié, un travail a d'ores et déjà été engagé avec les gestionnaires, la DIRECCTE et le Département pour mieux cerner les caractéristiques de ces difficultés et proposer un plan d'actions adaptées.

2.2.4 Veiller à ce que les bâtiments répondent aux besoins et aux normes techniques

Les établissements accueillant des personnes âgées et en particulier les EHPAD accueillent des résidents dont les besoins sont différents et évolutifs. Les futurs résidents sont plus dépendants (l'entrée en EHPAD se fait de plus en plus tardivement et avec une autonomie plus réduite), ce qui nécessite une adaptation importante du bâti et de l'environnement.

Par ailleurs, tant la réglementation qui tend à considérer la personne résidant en établissement médico-social comme relevant d'un « logement » que les demandes croissantes des personnes en matière de confort, aboutissent à des exigences toujours plus fortes en matière de qualité des espaces mis à disposition (chambre individuelle avec sanitaires, espace disponible, etc.).

Les établissements doivent donc adapter et moderniser leurs bâtiments à travers des opérations de réhabilitation, de restructuration voire par des reconstructions.

Toutefois, ces opérations doivent appliquer les contraintes et exigences de qualité sociale, architecturale, fonctionnelle, technique, économique, d'insertion dans le paysage et de protection de l'environnement.

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

- 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 : les établissements et services ont dû mettre en place un agenda d'accessibilité programmé (Ad'Ap) basé sur le décret n° 2014-1326 du 5 novembre 2014 et l'arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R.111-19-7 à R.111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public,
- et enfin le respect des normes de sécurité en lien avec le public accueilli.

De plus, les EHPAD doivent respecter le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle fixé par l'arrêté du 26 avril 1999 et modifié par l'arrêté du 13 août 2014 qui stipule les recommandations à mettre en place pour rafraîchir les locaux des établissements d'accueil des personnes âgées.

Enfin, dans le respect de l'environnement, les travaux devront appliquer des éléments techniques et économiques afin d'adapter les nouveaux bâtiments à un niveau de performance énergétique supérieur à celui constaté avant restructuration.

Pour autant encore aujourd'hui la charge financière du cadre bâti des établissements repose sur le résident via le tarif hébergement.

La restructuration du bâti est donc à la fois une nécessité pour les EHPAD mais l'ensemble des acteurs, dont le Département, doivent se coordonner pour harmoniser leurs exigences et aboutir à des programmes soutenablement financièrement grâce aux aides financières apportées par tous les partenaires.

2.2.5 Permettre une mobilisation optimale sur le territoire de la diversité des offres (habitat, établissements médico-sociaux, services à domicile, services de soins, structures sanitaires, ...)

Le département de l'Indre dispose d'une diversité d'offres d'accompagnement, d'habitat et d'accueil pour les personnes âgées : services à domicile prestataires et mandataires, services de soins infirmiers, infirmiers libéraux, réseaux de soins et de santé, habitat regroupé, résidences services, résidences autonomie, EHPAD, USLD, hébergement temporaire, accueil de jour. Cette diversité d'offre est globalement bien répartie sur tout le territoire départemental.

L'étude de la démographie départementale, de ses tendances pour les années à venir, des taux d'activité des établissements, fait ressortir pour les prochaines années, une absence de besoin de places nouvelles en établissement en particulier en EHPAD, mais une nécessité de développer certaines réponses comme les HRP, l'accueil familial, l'hébergement temporaire ou les accueils de jour pour accompagner la demande toujours croissante de rester le plus longtemps possible à domicile.

La poursuite du besoin de prise en charge « à médicalisation renforcée » en établissement apparaît également : développement des UHR (Unité d'hébergement renforcée), des PASA.

En revanche, les services de soins sont plus difficilement accessibles à l'ensemble de la population en raison de différents facteurs : diminution du nombre de médecins libéraux, manque de professionnels spécialisés (psychiatre, ophtalmologues...), intervention de certains services uniquement sur une partie du territoire indrien (comme par exemple, l'HAD jusqu'à fin 2016 non présente sur le sud-est du département)... A ce titre une prise en compte des caractéristiques spécifiques du territoire indrien pourrait amener à s'affranchir légitimement des « quotas » ou « normes moyennes » guidant aujourd'hui l'affectation mécanique des ressources en soins.

En outre, il est nécessaire de veiller à une mobilisation optimale des moyens disponibles et pour cela d'organiser une articulation efficace des différents acteurs, services et établissements, acteurs de l'habitat et professionnels du soin, bénévoles et professionnels, pour offrir aux personnes âgées, une prise en charge la plus large et la mieux adaptée à leurs besoins. Les différents dispositifs de coordination doivent être mobilisés et organisés dans cet objectif, en veillant à ce que chacun dispose du niveau de connaissance et d'information suffisant pour pouvoir orienter la personne vers les dispositifs et acteurs répondant réellement à ces besoins.

2.3. Coordonner encore et toujours

2.3.1 Mieux identifier les dispositifs de coordination et clarifier leur rôle : qui et quoi coordonne quoi et qui ?

Très tôt le Département de l'Indre a perçu l'intérêt de mettre en place des outils et des dispositifs de coordination entre les acteurs de terrain. Depuis les années 1990, il a été à l'initiative de la création des **coordinations locales** couvrant l'ensemble du territoire indrien, instances certes informelles au point de vue juridique, mais permettant la rencontre régulière d'acteurs locaux concernés par la politique gérontologique et animés d'une volonté d'œuvrer ensemble pour le bien-être de la personne âgée.

Les coordinations gérontologiques permettent d'associer l'ensemble des partenaires de la gérontologie : partenaires sanitaires et médico-sociaux, associations locales, bénévoles, mairies, animateurs..., de les mobiliser sur les actions collectives qui pourraient être développées et d'examiner les situations individuelles pour lesquelles une coordination et un suivi sont utiles.

Cependant, parce que les problématiques sociales sont diverses et mobilisent un spectre étendu d'acteurs, l'interconnaissance des acteurs reste insuffisante.

En effet, la connaissance des partenaires est indispensable et doit surtout s'inscrire dans une perspective de stratégie commune sur le territoire.

Pour appuyer cette démarche de coopération et d'articulation des actions mises en place sur le terrain, le Département dispose du **Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)**, à l'écoute du public et des professionnels de la gérontologie, dont le rôle est :

- ✗ d'informer sur les dispositifs existants, les aides mobilisables :
 - par un accueil physique du public avec une large amplitude horaire,
 - par la réalisation d'un guide pratique édité et mis à jour tous les ans qui dresse une liste exhaustive de tous les services et associations d'aide, les établissements pour personnes âgées existants sur le territoire indrien,
 - par la mise en ligne sur le site internet www.indre.fr, rubrique SOLIDARITÉ/SENIORS pour tout savoir sur les aides et services en faveur des seniors.
- ✗ d'apporter un appui technique auprès des animateurs des coordinations pour l'organisation et la réalisation des actions collectives de prévention (ateliers de prévention routière, protection contre les chutes, ateliers équilibre, nutrition, mémoire, forums, salons ou manifestations ouvertes au public ...).
- ✗ d'organiser la coordination stratégique entre acteurs des territoires pour agir ensemble. Les acteurs de terrain se connaissent et, parce que la complexité des situations sociales rend nécessaire une intervention à plusieurs, la coordination se crée naturellement fondée sur des connaissances interprofessionnelles. Cependant, pour durer et porter des fruits, ces réseaux doivent faire l'objet d'un portage institutionnel et d'une reconnaissance de leur compétences. Sans un réel portage, le réseau s'étiole.

Le renforcement de la coordination des acteurs autour des personnes âgées notamment à domicile et dans les situations de grande dépendance apparaît donc toujours indispensable. La création des coordinations gérontologiques locales a permis de renforcer la prise en charge et l'articulation des services autour de la personne âgée mais qui reste encore insuffisante. La coopération et l'articulation entre les coordinations gérontologiques locales et la plate-forme départementale du CLIC doivent permettre davantage d'harmoniser leur fonctionnement et d'apporter un soutien logistique permanent, une rationalisation et une efficacité dans les moyens mis en œuvre par les différents partenaires.

La mise en place d'une gouvernance territoriale nécessite une acceptation partagée du rôle de chef de filat représenté par le CLIC et une approche décloisonnée, territorialisée de la conduite de l'ensemble des politiques sociales en faveur des personnes âgées. Pour autant, le partage de l'information, indispensable dans le cadre d'un travail en réseau, nécessite de rappeler le cadre éthique pour que ce partage soit une opportunité d'intervention partagée en faveur de la personne âgée et non un frein.

Toutefois en complément des CLIC et des dispositifs locaux existants comme les coordinations gérontologiques, de nouveaux dispositifs de coordination sont apparus au niveau national avec des cadres juridiques qui se sont organisés progressivement jusqu'à être inscrits dans des textes législatifs successifs, et des dotations de moyens qui ont été mises en œuvre successivement.

Ainsi en est-il des MAIA (d'abord « maison d'accompagnement pour l'intégration des malades d'Alzheimer » désormais avec un objectif plus large puisque « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ») qui ont vocation à coordonner le réseau d'acteurs à l'échelle d'un territoire et également individuellement autour des cas complexes, des PAERPA, des « Plate-forme territorial d'appui », sans oublier la fonction de coordination incluse dans les missions des équipes mobiles, et des services de soins infirmiers.

Il conviendra donc de veiller à établir une cartographie précise de tous ces dispositifs afin d'éviter que cette profusion n'induit de la confusion et donc étouffe finalement toute possibilité de réelle coordination efficace.

Les efforts de formation et de transmission de connaissances entre les acteurs sont à poursuivre, en effet la multiplication de ces instances de coordination témoigne également de la difficulté de chaque acteur à comprendre et positionner ce que fait (et ne fait pas) l'autre partenaire.

2.3.2 Éviter la politique du mille-feuilles pour davantage d'efficience : organiser la coordination des interventions « au pied du lit » de la personne

La profusion des dispositifs de coordination témoigne tout de même du besoin en la matière.

À domicile, il s'avère indispensable de renforcer au quotidien la coordination des différents intervenants par la définition d'un projet individuel d'intervention conduit pour et avec la personne âgée. L'objectif consiste à mobiliser l'ensemble des moyens nécessaires et disponibles autour du projet défini et de veiller à une bonne cohérence des interventions. Il s'agit de renforcer le partenariat existant entre les différents intervenants à domicile (services sociaux du département, SSIAD, professions médicales et paramédicales, services d'aide à la personne, aidants, organismes tutélaires...), afin d'assurer aux personnes âgées un suivi médico-social de qualité et de proximité.

Par ailleurs, il est nécessaire de favoriser la prévention de la perte d'autonomie qui s'exprime de manière très diverse que ce soit socialement, physiquement ou psychologiquement.

Enfin la prise en compte des aidants et autres intervenants non professionnels s'avère indispensable pour avoir une vision exhaustive et réelle de l'environnement de vie de la personne.

L'insuffisance de la connaissance des dispositifs, des rôles de chacun, et l'insuffisante coordination des acteurs au « pied du lit » est notamment perceptible lors des hospitalisations et sorties d'hospitalisation des personnes âgées notamment pour un retour à domicile (sortie sans ordonnance, manque d'anticipation des sorties, sorties de nuit, méconnaissance des acteurs présents au domicile de la personne), ce qui peut être particulièrement perturbant et traumatisant pour les personnes âgées seules à leur domicile.

Il est nécessaire que les acteurs sociaux et sanitaires puissent davantage anticiper les sorties d'hospitalisation. Des outils (« fiche de liaison » et « cahier de liaison ») ont été créés lors du précédent schéma. La fiche de liaison, à transporter lors d'une hospitalisation, permet de préparer cette sortie et le cahier de liaison, qui reste au domicile de la personne âgée, permet la transmission d'informations entre les différents acteurs du domicile. Ils sont très peu utilisés, pourtant la nécessité d'avoir des outils communs a été de nouveau affirmée par les acteurs de terrain.

Ces outils devront donc être améliorés au niveau des informations qu'ils contiennent et faire l'objet d'une meilleure connaissance par une communication et une explicitation de leur utilisation auprès de la personne âgée, sa famille, ses aidants, les professionnels concernés. Il est rappelé qu'en cas d'urgence, les professionnels ont des difficultés à trouver l'information nécessaire à la prise en charge et il apparaît évident de mettre en place des outils de travail permettant une anticipation de la crise.

2.3.3 Mettre en place les instances de la loi ASV (conférence des financeurs, CDCA)

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 crée deux instances nouvelles, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie, à mettre en place sur le territoire départemental.

2.3.3.1 La Conférence des Financeurs

La Conférence des Financeurs s'inscrit dans le cadre général de la politique de prévention de la perte d'autonomie. Sa finalité est de développer une « prévention globale » entendue comme la gestion active et responsabilisée de son « capital autonomie » par chaque personne ou groupe de personnes.

Cette instance est présidée par le Président du Conseil départemental et le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, ou son représentant, en assure la vice-présidence. Elle réunit les personnes physiques ou morales qui contribuent aux financements d'actions entrant dans son champ de compétences. Elle est chargée dans chaque département :

- d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental,
- de recenser les initiatives locales,
- de définir un programme coordonné de financement d'actions individuelles et collectives d'information et de prévention en complément des prestations légales et réglementaires.

Le rôle de la conférence est d'assurer « un effet de levier sur les financements que les membres de la conférence consacrent à la prévention de la perte d'autonomie ». Il s'agit de s'appuyer sur les actions et les circuits financiers existants et propres à chaque acteur sans créer une logique de fonds dédiés.

Le Conseil départemental s'est doté depuis plus de 20 ans d'un fond spécifique : le fond d'aide au Maintien à Domicile et à la Prévention du Vieillissement permettant de soutenir le développement des actions de prévention auprès d'une population qui est de plus en plus sensibilisée à cette nécessité, pour bien vieillir, de préserver et d'entretenir ses capacités. Il peut ainsi intervenir aux côtés des autres acteurs et partenaires traditionnels de ce type d'action (Caisses de retraite, Communes).

Son volet prévention de la perte d'autonomie pourra être inscrit dans le programme coordonné de la conférence des financeurs. Un diagnostic auprès des financeurs historiques a été lancé afin de

répertorier leurs actions de prévention de perte d'autonomie en vue de les intégrer également dans le programme coordonné et faire de celui-ci l'outil nécessaire à la mobilisation des différents dispositifs évitant la politique de saupoudrage souvent en vigueur dans ce domaine.

2.3.3.2 Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (C.D.C.A.)

Le C.D.C.A. résulte de la fusion du Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CO.DER.PA.) et du Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (C.D.C.P.H.) et assure la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

Il est présidé par le Président du Conseil départemental et comporte des représentants énumérés à l'article L 149-2 du code de l'action sociale et des familles, à savoir :

- des personnes âgées, des personnes retraitées issues notamment des organisations syndicales représentatives, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants,
- du Département,
- d'autres collectivités territoriales et d'établissements publics de coopération intercommunale,
- de l'Agence Régionale de Santé,
- des services départementaux de l'État,
- de l'Agence Nationale de l'Habitat dans le département,
- du recteur d'académie,
- de la Direction Régionale des Entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi,
- des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurances maladie,
- des fédérations des institutions de retraite complémentaire A.G.I.R.C. et A.R.R.C.O.,
- des organismes régis par le code de la mutualité,
- des autorités organisatrices de transports,
- des bailleurs sociaux,
- des architectes urbanistes,
- des organisations syndicales représentatives des employeurs et salariés des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ou intervenant à leur domicile,

- des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées.

Toute personne physique ou morale concernée par la politique de l'autonomie peut participer aux réunions du C.D.C.A., sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

Il est **compétent** en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques. Il est également compétent en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.

Il est **consulté** pour avis sur :

- le schéma régional de santé ainsi que les schémas régionaux et départementaux d'organisation sociale et médico-sociale,
- la programmation annuelle ou pluriannuelle des moyens alloués par l'Agence Régionale de Santé, le Département et les régimes de base de retraite d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie,
- le programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention établi par la conférence des financeurs,
- les rapports d'activité de la M.D.P.H., de la conférence des financeurs et des services du Département chargés des personnes âgées, avant leur transmission à la C.N.S.A. et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé,
- les conventions signées entre le Département et ses partenaires en vue de définir leurs objectifs communs en faveur de la politique départementale de l'autonomie et leur mise en œuvre,
- la constitution d'une maison départementale de l'autonomie.

Il doit également être **tenu informé** :

- du contenu et de l'application du plan départemental de l'habitat, du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département,
- de l'activité et des moyens de la maison départementale de l'autonomie.

C'est aussi une instance de **réflexion** qui peut débattre de toute question concernant la politique de l'autonomie, formuler des recommandations et des orientations visant :

- au respect des droits et de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département,
- à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques.

Le C.D.C.A. peut aussi être saisi par toute institution souhaitant le consulter.

Il **rédige** un rapport biennal sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, transmis au plus tard le 30 juin de l'année concernée au Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age, au Conseil National Consultatif des personnes handicapées et à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (C.N.S.A.).

PARTIE III - FICHES ACTIONS

Fiche n° 1

Développer les actions de proximité permettant de préserver le lien social des personnes âgées

Objectif : lutter contre l'isolement des personnes âgées, agir sur un des déterminants essentiels du bien vieillir

Public visé :

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

Modalités :

Recenser les actions déjà existantes pour les valoriser et les faire connaître ;

Repérer les territoires dépourvus, diffuser les bonnes pratiques aux acteurs locaux, pas forcément « repérés » en matière de politique gérontologique, mais bien reconnus en matière d'animation locale et de lien social

Faire émerger et partager un discours positif sur le lien social et la prévention de vieillissement

Veiller à intégrer les seniors comme acteurs ou comme participants de ces actions

Partenaires :

Département, communes, intercommunalité, associations locales

Financement :

Mobilisation et valorisation des financements existants et Conférence des financeurs si nouveaux financements nécessaires

Fiche n° 2

Renforcer la communication autour du CLIC

Objectif :

Veiller à mettre à disposition de l'ensemble de la population une information exhaustive, adaptée et de proximité pour répondre aux enjeux du vieillissement

Public visé :

Ensemble de la population

Modalités :

Faire du CLIC le pôle ressource départemental pour l'ensemble des acteurs afin d'informer des actions, dispositifs, initiatives, de les partager et de favoriser leur diffusion

Renforcer la communication du CLIC et de son rôle

Développer et multiplier les supports permettant aux personnes âgées ou à leur entourage d'accéder à l'information de proximité

Partenaires :

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

Financement :

Département

Fiche n° 3

Mieux faire connaître aux personnes âgées les modes d'habitat qui leur sont destinés

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

Faire connaître et promouvoir les différents type d'habitat pour personnes âgées en précisant leurs caractéristiques

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, ...)

Partenaires :

CLIC, Communes, organismes HLM, acteurs de la politique gérontologique (services sociaux, services d'aides à domicile, professionnels médicaux et paramédicaux, etc)

Financement :

Département

Fiche n° 4

Poursuivre le développement de l'habitat regroupé pour personnes âgées (HRPA)

Objectif :

Offrir aux personnes âgées dont l'habitat initial ne correspond plus à la situation (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

Modalités :

Faire connaître et promouvoir cette alternative résidentielle

Accompagner les projets communaux dans les études préalables

Soutenir les nouvelles initiatives dans le cadre du fonds d'aide au maintien à domicile et à la prévention des effets du vieillissement

Révision du fonds d'aide au maintien à domicile et à la prévention des effets du vieillissement pour porter l'aide réservée au HRPA à 4000€, sous condition d'un habitat adapté

Partenaires :

Communes, acteurs de la construction et du logement

Financement :

État (aides à la pierre), Département, communes

Fiche n° 5

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

Répondre à certains freins :

- permettre l'accueil temporaire,
- créer et organiser un « pool » de remplaçants,
- développer des outils communs pour faciliter le rôle de l'accueillant et l'accueil de la personne (dossier de suivi avec l'ensemble des informations)

Partenaires :

Services d'Accompagnement à l'Accueil Familial (SAAF), organismes tutélares, communes, acteurs et partenaires de la politique gérontologique

Financement :

Département, personnes âgées

Fiche n° 6

Mieux faire connaître 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

Partenaires :

CLIC, communes, associations locales, services de transport

Financement :

CNSA, Département, communes, Conférence des financeurs

Fiche n° 7

Favoriser l'adaptation du logement

Objectif :

Bien vieillir le plus longtemps possible chez soi en adaptant son logement

Public visé :

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

Modalités :

Mieux faire connaître le dispositif du Programme d'Intérêt Général (PIG), améliorer les procédures d'instruction pour réduire les délais et veiller à la coordination des différents dispositifs d'aide.

Intégrer l'ensemble des organismes attribuant des aides dans ce domaine au dispositif

Partenaires :

État, ANAH, Région, Département, Caisses de retraites, communautés de Communes non signataires du PIG 2014-2019

Financement :

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

Fiche n° 8

Soutenir et développer la domotique et l'accès aux aides techniques

Objectif :

Bien vieillir le plus longtemps chez soi

Public visé :

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

Modalités :

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

Organiser des démonstrations, mettre à disposition des fiches techniques, orienter vers des opérateurs susceptibles de réaliser des démonstrations

Faire connaître les possibilités d'aides financières pour les aides techniques et domotiques (APA, Conférence des financeurs)

Partenaires :

Ensemble des acteurs

Financement :

Département (APA), partenaires financiers de la Conférence des financeurs.

Fiche n° 9

Promouvoir et développer les actions de prévention favorisant le bien vieillir

Objectif :

Favoriser le bien vieillir en maintenant le capital santé et autonomie

Généraliser les actions de prévention concernant la nutrition, la mobilité, l'activité physique, la cognition

Public visé :

Personnes âgées

Modalités :

Développement et soutien aux activités organisées : forum, conférence, ateliers, actions collectives...

Information grand public pour les manifestations

Coordination des manifestations de prévention

Partenaires :

État, ARS, Région, assurance maladie, Département, communes ou communauté de communes, caisses de retraite, mutualité française, fédérations sportives, associations locales et/ou de prévention santé,...

Financement :

État, Région, assurance maladie, Département, Conférence des financeurs, communes ou communautés de communes, caisses de retraite

Fiche n° 10

Favoriser l'accès et développer les activités permettant le maintien en bonne santé

Objectif :

Favoriser le bien vieillir

Promouvoir les activités permettant de préserver son capital santé

Public visé :

Personnes âgées

Modalités :

Développer les actions d'information et de sensibilisation sur les bienfaits des activités physiques, sociales, culturelles en terme de prévention du mauvais vieillissement

Soutenir les accès des seniors aux activités physiques, culturelles, sociales, ludiques et toute activité permettant le maintien en bonne santé

Partenaires :

État, Région, Assurance maladie, Département, Conférence des financeurs, communes ou communautés de communes, Réseaux de santé, associations de loisirs et sportives

Financement :

État, CNSA, Région, Assurance maladie, Département, Conférence des financeurs, communes ou communautés de communes

Fiche n° 11

Promouvoir la lutte contre la désertification médicale

Objectif :

Participer à la lutte contre la désertification médicale, enjeu majeur pour le Département de l'Indre et notamment pour le bien vieillir de la population âgée tant à domicile qu'en EHPAD

Public visé :

Professions médicales et paramédicales

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 médecins généralistes et spécialistes

Aide à la création d'annexes de Maison de santé pluridisciplinaires

Aide au logement des internes

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 fragilité du département de l'Indre dans le projet régional de santé

Partenaires :

État, Région, ARS, Assurance maladie, Département, communes ou communautés de communes, établissements de santé, conseil de l'ordre, organisations professionnelles

Financement :

État, Région, Assurance maladie, Département, communes ou communautés de communes

Fiche n° 12

Organiser des bilans de santé et dépistages systématiques pour les seniors

Objectif :

Favoriser le dépistage précoce des maladies et des déficits sensoriels

Sensibiliser les seniors au suivi de leur santé hors état psychologique

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

Partenaires :

Assurance maladie, caisses de retraite, Département

Financement :

Assurance maladie

Fiche n° 13

Améliorer l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées

Objectif :

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

Public visé :

Personnes âgées

Modalités :

Faire connaître aux acteurs l'organisation des soins, les possibilités de consultation psychiatriques et d'hospitalisations psychiatriques, 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 fragilité du département de l'Indre dans le projet régional de santé

Partenaires :

État, Assurance maladie, Département, Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes

Financement :

État, Assurance maladie

Fiche n° 14

Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ESMS) dans l'Indre

Objectif :

Faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du département et ce dans le respect de la réglementation en vigueur

Permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents, toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS.

Public visé :

Personnes âgées, familles, relais d'informations (élus, acteurs sociaux, professionnels médicaux et paramédicaux, média), etc

Modalités :

Application de la réglementation en vigueur, et en particulier les décrets relatifs au socle des prestations (EHPAD, résidence autonomie, services d'aide à domicile)

Diffuser de manière claire et précise l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge

Utilisation des différents supports à disposition des ESMS : livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site Senior 36....

Partenaires :

Établissements et service sociaux et médico-sociaux, ARS, Département

Financement :

Néant

Fiche n° 15

Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile (en facilitant les interventions des bénévoles en leur sein)

Objectif :

Permettre à la personne âgée dépendante accueillie en établissement de conserver un lien social

Développer la communication

Faciliter les relations résident-famille-établissement

Public visé :

Personnes âgées dépendantes en établissement

Modalités :

Veiller à la mise en place et au fonctionnement du Conseil à la Vie Sociale au sein des établissements

Proposer d'autres modes de participation

Inciter les bénévoles à suivre des formations

Faire vivre la charte du bénévolat

Inciter les établissements à organiser des réunions d'information régulières en direction des familles

Partenaires :

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, ARS, Département, associations, familles

Financement :

Néant

Fiche n° 16

Former les professionnels sociaux ou médico-sociaux au repérage précoce des risques de perte d'autonomie

Objectif :

Favoriser le maintien à domicile en anticipant les risques de situation de crise ou d'inadaptation du plan d'aide

Garantir un maintien à domicile de meilleure qualité pour la personne âgée

Public visé :

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

Modalités :

Développer des actions de formation communes entre les différents acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires permettant de repérer les clignotants de la perte d'autonomie

Partenaires :

Associations et services de maintien à domicile, Services de soins infirmiers à domicile, travailleurs sociaux du département, intervenants para-médicaux

Financement :

CNSA, Département, Fonds de formation continu, Conférence des financeurs

Fiche n° 17

Favoriser la prise en compte par les coordinations des situations à risque le plus précocement possible

Objectif :

Anticiper les situations de crise, les risques de rupture, qui fragilisent les personnes et leur entourage et provoque une aggravation de la dépendance

Public visé :

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

Modalités :

Sensibiliser l'ensemble des partenaires à la nécessité d'aborder précocement et régulièrement en réunion de coordination les situations justifiant un accompagnement partenarial

Veiller à réfléchir et organiser « à froid », hors situation de crise, les évolutions nécessaires et 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

Partenaires :

CLIC – Ensemble des acteurs et partenaires des Coordinations gérontologiques

Financement :

Néant

Fiche n° 18

Veiller à intégrer dans l'évaluation et l'élaboration des plans d'aide 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 de l'évolution de la dépendance

Public visé :

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

Modalités :

Réaliser une évaluation multidimensionnelle par les travailleurs sociaux lors des visites à domicile

Sensibiliser les personnes et leur entourage sur l'intérêt d'élaborer un plan d'aide 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 réglementaires de prise en charge de la dépendance auprès de la personne âgée

Sensibiliser les professionnels sur l'importance d'accompagner les personnes dans l'élaboration de l'évolution de leur accompagnement

Partenaires :

Département (service APA), organismes tutélaires, associations des tutelles privées

Financement :

Néant

Fiche n° 19

Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance

Objectif :

Anticiper les situations de crise et d'urgence

Favoriser l'expression des choix de la personne

Public visé :

Personne âgée à domicile ou accueillie en établissement, famille, aidants, personnels soignants ou non soignants, organismes tutélares.

Modalités :

Faire connaître à tous les différents dispositifs et leurs caractéristiques

Réaliser des supports d'information claires et accessibles à tous pour informer le public des droits de protection et de représentation apportés par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Former le personnel des ESMS, les travailleurs sociaux et médico-sociaux

Partenaires :

Établissement d'hébergement, services et associations de maintien à domicile, Département, ARS

Financement :

Néant

Fiche n° 20

Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD

Objectif :

Formaliser la procédure d'admission au sein des EHPAD dans le respect de la réglementation en vigueur : recherche du consentement, délai de rétractation, personne de confiance, modalités de transfert des résidents...

Informers le grand public des droits et obligations des résidents en EHPAD

Public visé :

Personnes âgées dépendantes recherchant un établissement, familles, personne de confiance, personnels des ESMS, personnels des établissements et services de soins

Modalités :

Information du grand public sur les conditions et modalités d'admission (pas de « placement », pas « d'orientation » sur prescription médicale, etc)

Information et formation des professionnels sanitaires et sociaux de l'accompagnement des personnes âgées

Mise à jour des différents documents au sein des EHPAD

Utilisation des outils existants : dossier d'admission CERFA, déclaration de la personne de confiance... et protocolisation dans le strict respect du cadre juridique de l'utilisation des outils numériques de fluidification des « parcours » (Via Trajectoire)

Partenaires :

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, ARS, Département

Financement :

Néant

Fiche n° 21

Accompagner, en tant que de besoin, les établissements et services dans la mise en œuvre des évolutions législatives et réglementaires

Objectif :

Mettre à jour les procédures des établissements et services en accord avec la législation et la réglementation en vigueur

Disposer d'une documentation des textes en vigueur et d'une actualisation régulière.

Public visé :

Etablissement et services sociaux et médico-sociaux

Modalités :

Suivi régulier de l'actualité législative et réglementaire, à travers une documentation régulière et actualisée (Légifrance, revues spécialisées...)

Application des nouveaux textes (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, décrets d'application...)

Partenaires :

ARS, Département, DIRECCTE

Financement :

Département, assurance maladie, usagers

Fiche n° 22

Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire

Objectif :

Permettre un projet durable de maintien à domicile en soulageant ponctuellement les aidants naturels

Préparer à une entrée en établissement d'hébergement permanent

Public visé :

Personnes âgées dépendantes à domicile

Modalités :

Inciter les établissements à offrir une prestation de qualité d'hébergement temporaire

Définir avec les établissements des modalités d'admission en hébergement temporaire qui permettent leur mobilisation facile et rapide, voire même en urgence

Mettre à disposition des acteurs locaux du maintien à domicile et des familles des informations actualisées sur les capacités disponibles d'accueil

Obtenir une médicalisation des lits à un niveau identique à celui des lits d'hébergement permanent

Identifier clairement les lits d'hébergement temporaire au sein de l'établissement, et les réserver exclusivement à cet accueil, en adaptant les règles de comptabilisation de ces lits dans les budgets

Respecter les durées maximales de séjour

Assurer une communication suffisante sur l'existence et le fonctionnement de ce type d'accueil

Partenaires :

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, ARS, Département, familles, coordinations gérontologiques, CLIC

Financement :

Département, assurance maladie, usagers

Fiche n° 23

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

Objectif :

Reconnaître le statut de l'aidant

Public visé :

Tout public

Modalités :

Informé sur les dispositifs relatifs à la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement

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

Partenaires :

CLIC, coordinations gérontologiques, associations et réseaux

Financement :

Département, Réseaux associatifs, CNSA

Fiche n° 24

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

Objectif :

Reconnaître le rôle des aidants et les prendre en compte dans celui-ci

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

Partenaires :

Assurance maladie, Département, MDPH, IRSA

Financement :

Assurance maladie pour le bilan

Département pour l'organisation

Fiche n° 25

Intégrer les aidants aux coordinations gérontologiques

Objectif :

Reconnaître les aidants comme des acteurs à part entière de l'accompagnement des personnes âgées

Public visé :

Tout public

Modalités :

Prendre en compte la parole des aidants, les associer à l'élaboration des plans d'aide, les inviter dans les réunions de travail des coordinations gérontologiques

Partenaires :

CLIC, coordinations gérontologiques

Financement :

Néant

Fiche n° 26

Expliciter la présence et le rôle des aidants dans les plans d'aide pour les personnes âgées

Objectif :

Reconnaître les aidants comme des acteurs à part entière de l'accompagnement

Public visé :

Aidants des personnes âgées dépendantes du département

Modalités :

Expliciter dans les plans d'aide l'apport des aidants, continuer d'intégrer les prestations d'aides aux aidants (heures d'aides à domicile pour suppléer l'aidant et lui permettre de « souffler »)

Partenaires :

Département, service APA

Financement :

Département

Fiche n° 27

Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

Objectif :

Aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines

Mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme...

Public visé :

Direction des ESMS, personnel

Modalités :

Formation du personnel

Mise en place de bilans sociaux et analyse de ces documents

Réalisation d'une étude avec la DIRECCTE relative aux difficultés de recrutement et d'un plan d'actions à destination des SAD autorisés

Élaboration de différents tableaux de bord

Partenaires :

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, Services d'aide à domicile, ARS, Département, DIRECCTE

Financement :

Financements existants

Fiche n° 28

Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS

Objectif :

Veiller à la bientraitance

Sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance

Insister sur l'importance de l'accompagnement et de la relation humaine dans l'accueil des personnes en établissement et l'accompagnement à domicile

Public visé :

Personnes âgées dépendantes, personnels et direction des établissements et services

Modalités :

Accompagner les personnels, en mettant en place des formations, en veillant à maintenir en adéquation leurs tâches et leurs qualifications

Veiller à ce que les CPOM et les projets d'établissement et de service contiennent cette dimension qualitative de l'accompagnement et de la prise en charge

Évaluer régulièrement les établissements et services en leur demandant les actions mises en place pour améliorer la qualité de la prise en charge

Vérifier que les droits des résidents et usagers sont bien respectés

Présenter un bilan annuel de l'activité de la commission des plaintes mise en place avec les services de l'État

Partenaires :

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, service d'aide à domicile autorisés, ARS, Département, organismes de formation.

Financement :

Néant

Fiche n° 29

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

Partenaires :

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

Financement :

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

Fiche n° 30

Consolider la couverture départementale en accueil de jour

Objectif :

Permettre un projet durable de maintien à domicile en soulageant ponctuellement les aidants naturels
Préparer à une entrée en établissement d'hébergement permanent

Public visé :

Personnes âgées dépendantes à domicile dont celles souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés

Modalités :

Développer la capacité d'accueil de jour, en créant :

- quelques places au sein des établissements dans le cadre du projet d'établissement
- des unités spécifiques

Favoriser la fréquentation du service, en acceptant un fonctionnement le plus souple possible

Inciter les établissements à mettre en place une organisation des transports adaptés aux besoins des personnes à accueillir

Assurer une information sur l'existence et le fonctionnement du service auprès d'un large public, et de façon régulière

Organiser des journées « portes ouvertes »

Partenaires :

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, ARS, assurance maladie, Département, Coordinations gérontologiques, CLIC

Financement :

Département, assurance maladie, usagers

Fiche n° 31

Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisations inter établissements et/ou services

Objectif :

Rationalisation et maîtrise des dépenses

Adaptation de leurs organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires

Public visé :

Établissements et services sociaux et médico-sociaux

Modalités :

Accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation des coûts

A l'image du secteur sanitaire par la création des GHT (groupements hospitaliers de territoire), s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges : échanges de moyens techniques et échanges de services. La mutualisation 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

Échange de compétence

Partenaires :

Établissements d'hébergement pour personnes âgées, Services d'aide à domicile, ARS, Département,

Financement :

Financements existants

Fiche n° 32

Établir une cartographie et une typologie des différents dispositifs de coordination avec l'ensemble des acteurs

Objectif :

Permettre à chacun de se positionner entre tous les dispositifs et comprendre leurs apports et leurs intérêts

Public visé :

Ensemble des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées

Modalités :

Élaborer des fiches techniques accessibles tant aux professionnels qu'au grand public permettant de repérer les différents dispositifs de coordination et leurs caractéristiques (pour qui, pour quoi, comment)

Partenaires :

CLIC

Financement :

Département

Fiche n° 33

Réaffirmer la place et le rôle des coordinations gérontologiques sur le territoire allant jusqu'à l'accompagnement dans la mise en œuvre de la réponse

Objectif :

Veiller à prendre en compte l'ensemble des partenaires de proximité intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées

Public visé :

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

Modalités :

Ouvrir la coordination à l'ensemble des intervenants y compris les non professionnels

Veiller à aborder en coordination toutes les situations justifiant un échange pluri-partenarial et ce le plus précocement possible

Accompagner et suivre la réponse aux besoins puis évaluer

Partenaires :

CLIC départemental, réseaux gérontologiques locaux

Financement :

Département

Fiche n° 34

Faire évoluer et Promouvoir l'utilisation des outils de liaison existants entre le domicile et les services hospitaliers

Objectif :

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

Public visé :

Personnes âgées susceptibles de faire l'objet d'hospitalisation

Modalités :

Adapter les outils de liaison (fiche et cahier) déjà existants pour faciliter leur utilisation

Diffusion large auprès des associations et des services d'aide à domicile, des services sanitaires, des personnes âgées

Partenaires :

Secteur sanitaire, social et médico-social

Financement :

Département

Fiche n° 35

Mettre en place le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

Objectif :

Permettre une participation commune des personnes âgées et des personnes handicapées à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département

Public visé :

Personnes âgées et/ou handicapées

Modalités :

Mise en place de l'instance au niveau organisationnel et de fonctionnement

Partenaires :

Département, représentants énumérés à l'article L.149-2 du code de l'action sociale et des familles

Financement :

Néant

Fiche n° 36

Mettre en place et faire fonctionner la Conférence des Financeurs

Objectif :

Harmoniser les actions et les financements destinés à prévenir et anticiper la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile

Public visé :

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

Modalités :

Élaboration et mise en œuvre du programme coordonné de financement pour 5 ans des actions individuelles et collectives ainsi que du plan d'actions envisagés chaque année

Partenaires :

Département, partenaires de la Conférence des financeurs

Financement :

CNSA, partenaires de la Conférence des financeurs

**COMPTES RENDUS DES GROUPES
DE TRAVAIL**

COMPTE RENDU REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL N°1 SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Structurer et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées à domicile

Lundi 14 mars 2016

Présents : voir liste d'émargement jointe.

L'objectif de la réunion de ce jour est de définir les thèmes à aborder et les champs de réflexion en prenant pour bornes le cadre légal et réglementaire existant, l'articulation entre les travaux de chaque groupe de travail du schéma départemental et les thèmes relevant des travaux de la filière gériatrique et en plaçant l'offre de services pour les personnes âgées qui vivent à domicile au cœur de la réflexion de ce groupe.

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

- Lundi 04 avril 2016

L'évaluation des besoins : « pour qui, pour quoi » avec notamment les « entrées » suivantes :

- évaluation de la dépendance / du besoin de soins
- évaluation des besoins globaux de la personne : diagnostic complet de la personne (contexte, environnement, familles, besoins humains, matériel, besoin de l'aidant...),
- évaluation des besoins dans le cadre de l'urgence /
- évaluation pour élaborer le projet de vie (respect des choix de vie de la personne)

- Lundi 2 Mai 2016

Les interventions des aides à domicile : définition, contenu et limites :

- nature des interventions (aide à la personne, actions sur l'environnement),
- les facteurs de limites ou de facilitations : adhésion de la personne, ressources, contenu de l'intervention, mesure de protection, existence d'aidant...
- difficultés de recrutement, de formations, limites financières et difficultés à mettre en place.

Nouveau cadre juridico financier des services d'aide à domicile.

- Lundi 06 juin 2016

L'articulation des parcours : accompagnement dans le grand âge : quel contenu ? Quelle coordination ?

L'accompagnement de la personne âgée à domicile, la coordination, l'articulation entre les différents acteurs (sociaux, médico-sociaux et soins) et autour des parcours.

Les sorties d'hospitalisation, organisation et préparation de la sortie, élaboration du nouveau projet.

Les solutions de répit, accueils de jour et hébergement temporaire

Par ailleurs lors des échanges a été rappelé l'importance de la problématique de la désertification médicale, qui constitue une toile de fond très préoccupante pour le maintien de la vie sur notre territoire. La capacité de modifier cette situation ne relève pas des travaux du schéma gérontologique, toutefois certaines initiatives pourraient émerger en palliatif à cette situation.

De même les thèmes des aidants, des transports, de l'isolement, de l'habitat, de l'accès à l'information ont été évoqués. Ces sujets pourront évidemment être abordés lors des travaux de ce groupe mais seront surtout la matière du groupe 3 sur l'environnement nécessaire au bien vieillir.

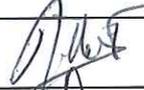
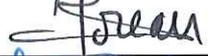
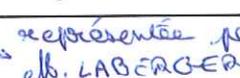
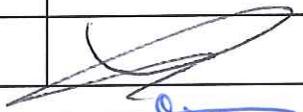
La répartition de la réflexion en distinguant vie à domicile et établissement, chacun ayant un groupe de travail, a également été questionnée. Il convient de la prendre à la fois comme le reflet d'une réalité : il y a bien des problématiques qui se posent différemment selon le lieu de vie de la personne, et comme un moyen pour faciliter, en l'organisant, la réflexion.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022

LISTE DES PARTICIPANTS

GROUPE DE TRAVAIL N° 1

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fontion	Emargement
Madame	ALAPETITE Séverine	EHPAD Le Castel	Directrice	
Madame	AUMARECHAL Gaëlle	ADSPA-SSIAD Argenton sur Creuse	Infirmière coordonatrice	
Madame	BARDIOT-MONNET Sylvie	SSIAD Centre Hospitalier La Châtre	IDE Coordonatrice	
Madame	BARTAUD Sylvie	France Alzheimer	Présidente	
Madame	BERTRAND Maud	DPDS - SAAS	Assistante sociale	
Monsieur	BIAUNIER Pascal	UDAF 36	Directeur	
Madame	BRIALIX Claudette	BVE 36	Présidente	
Madame	CHAPUIS Mélanie	CD 36	Conseillère départementale	
Madame	COURTHIAL Sandrine	Association MIEUX VIVRE	Responsable du secteur service prestataire	
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DAVID Morgane	ARS Centre - Pôle offre de soins et médico-social	Responsable cellule personnes âgées	
Madame	DE BRIE Ségolène	SSIAD Centre Hospitalier Issoudun	IDE Coordonatrice	
Monsieur	DUSSERRE Francis	Conseil départemental de l'Ordre des Masseurs-Kiné	Vice-président	
Monsieur	GALLAY Philippe	Association Petits frères des Pauvres	Directeur	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GRESSIER Sylvic	AMD Aigurance / la Châtre	Directrice	
Madame	GUICHARD Véronique	ASMAD	Directrice	
Madame	LABAYE Sandrine	SSIAD Saint-Plantaire	IDE Coordonatrice	
Monsieur	LABERGERE Cyrille	Centre Hospitalier La Tour Blanche	Assistant social	
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Madame	LEFEBVRE Marie-Thérèse	Fédération FAMILLES RURALES	Membre du Bureau Fédéral	
Madame	LEVEQUE Stéphanie	DPDS - SAAS	Contrôleur APA	
Madame	MAHEN Audrey	SSIAD Centre Hospitalier Issoudun	IDE Coordonatrice	
Madame	MALGAT Laure	ADMR	Directrice	

Monsieur	MILLET Francis	Fédération FAMILLES RURALES	Directeur	
Madame	MOREAU Christine	EMG ETRE INDRE	Cadre de santé	
Madame	PIPEREAU Annie	AIDE à DOM 36	Directrice	aide3636wanadoc.fr 
Madame	RENAUD-INCLAN Odette	ADMR / ALMA 36	Présidente	
Madame	RIT Virginie	Centre Hospitalier La Tour Blanche	Assistante sociale	représentée par → M. LABERGÈRE
Madame	ROCHET Cynthia	CCAS du Blanc	Directrice	
Madame	ROY Capucine	Résidence les 3 roues	Directrice	
Madame	SZYMURSKI Laëticia	Présence verte	Directrice	
Monsieur	TIMMERMAN Jean-Yves	MSA Berry-Touraine	Vice-président	
Madame	VILLENEUVE Isabelle	AIDE aux FAMILLES à DOMICILE - AFD	Directrice	

Nonnen BARRAULT Christyke

DPDS - Tarification

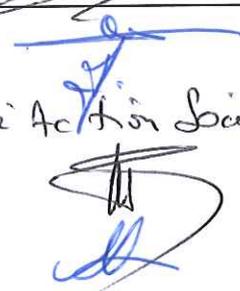
Madame TICHET Claudine

DPDS Tarification

SEUERON Nicole, Conseillère départementale chargée Action Sociale...

TOREDO-JOANNES Veronique

Adjointe Le Blanc
CCAS "



COMPTE RENDU REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL N°1 SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Structurer et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées à domicile

Lundi 04 avril 2016

Présents : voir liste d'émargement jointe

Les membres présents ont pris connaissance du compte rendu de la réunion de travail du 14 mars 2016. Il a également été remis en séance des documents de travail statistiques concernant en particulier la population dite âgée.

Rappel des thèmes à aborder lors de cette réunion et définis lors de la réunion du 14 mars 2016 :

L'évaluation des besoins : « pour qui, pour quoi » avec notamment les entrées suivantes :

- évaluation de la dépendance/ du besoin de soins
- évaluation des besoins globaux de la personne : diagnostic complet (contexte, environnement, familles, besoins humains, matériel, besoin de l'aidant...),
- évaluation des besoins dans le cadre de l'urgence
- évaluation pour élaborer le projet de vie (respect des choix de vie de la personne)

Évaluation de la dépendance / du besoin de soins

L'évaluation de l'état de santé est différent de l'évaluation de l'autonomie même si la pathologie de la personne peut entraîner une déficience ou un handicap pour exécuter les actes essentiels de la vie. Trois notions sont à distinguer : la pathologie, la déficience, le handicap.

L'évaluation et les conséquences de chacune de ces notions ne répondent pas aux mêmes règles. Pour autant la prise en compte des besoins d'une personne âgée à domicile doit se faire selon tous ces aspects, « globalement ».

Parallèlement la qualification et la technicité des actes répondant à un besoin de soins et des actes relatifs à la compensation de la perte d'autonomie ne sont pas identiques et ne doivent pas être confondues. Or cette confusion est régulièrement pointée.

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer ce constat :

Est ce qu'aujourd'hui, il y a réellement une évaluation du besoin de soins à domicile ? Elle est faite par le SSIAD ou l'infirmière libérale mais une fois leur intervention prescrite par le médecin.

Le niveau d'information et de maîtrise des dispositifs par les médecins prescripteurs est-il suffisant pour s'assurer d'une « bonne allocation des moyens en fonction des besoins » ?

Les familles peuvent également faire pression pour maintenir des prises en charge par les SSIAD ou IDE du fait de l'absence de reste à charge.

La lourdeur des actes infirmiers à réaliser dans le contexte de l'actuelle tarification des SSIAD peut conduire à ne pas intégrer des pathologies lourdes.

Les modalités de fonctionnement des SSIAD (contraintes horaires, surcharge sur certains horaires), manque de places, peuvent également générer un déport sur les service d'aide à domicile.

De même la répartition des IDE et leur charge de travail peut avoir des incidences sur les tâches qu'elles effectuent ou pas et donc sur l'éventuelle mobilisation en cascade des SSIAD et des SAD.

Dans ce contexte, l'expérimentation des SPASAD peut sembler séduisante. Pour autant dans la mesure où ils s'inscrivent dans un périmètre constant de moyens en soins et dans un contexte local marquée par une absence de SAD « autorisés » mais une coordination existante forte, l'entrée précipitée dans l'expérimentation ne paraît pas s'imposer.

Des actions pourraient déjà être développées : structuration des SAD, définition des référentiels des différents acteurs (SSIAD, infirmière libérale, SAD...), meilleure communication et diffusion de ces référentiels, élaboration et diffusion des référentiel d'évaluation (sous réserve des travaux nationaux), meilleure utilisation des outils et instances de coordination, développement des connaissances des proches-aidants aux actes techniques de base.

Évaluation des besoins globaux de la personne et son environnement

Outre la question des besoins liée à la distinction soin/ dépendance, il convient d'apprécier les deux aspects dans une vision « globale » (notion de « situation ») et donc de prendre en compte l'existence, le rôle, et les limites des aidants, l'environnement matériel de la personne (conditions de logement, apport des aides technique, etc), environnement social de la personne (isolement ou pas, etc.). A pathologie et dépendance égale, le besoin de soins et le besoin de compensation de la dépendance ne seront pas identiques pour une personne vivant en couple en milieu urbain, à côté d'un centre de soins, dans un appartement adapté avec ascenseur et pour une personne seule habitant un lieu dit, sans commerces ni services à proximité, dans une maison à étage.

Dans un objectif d'accompagnement adapté de la personne âgée, l'ensemble de ces paramètres doivent être pris en compte, et par chaque dispositif.

Évaluation des besoins dans le cadre de l'urgence

Deux aspects de « l'urgence » :

- *Mise en place d'aide en urgence* : le maillage du territoire, les coordinations existantes, la réactivité des intervenants et services permettent globalement de répondre à ce type d'urgence ou en tout cas d'anticiper. La question des sorties d'hospitalisations restent toujours à améliorer mais avec une volonté effective de prise en compte.

- *Prise en compte dans l'urgence d'un changement de situation* : il s'agit notamment des situations pour lesquelles le maintien à domicile repose très largement sur la présence d'un aidant qui subitement vient à être indisponible (hospitalisation, décès...). Plusieurs questions se posent donc dans l'urgence : La personne peut-elle rester seule ? Combien de temps ? Peut-on augmenter rapidement le temps de présence des intervenants extérieurs ? ...Mettre en place en urgence des services nouveaux (SAD, portage de repas,...) ? Qui décide des actions à mettre en œuvre, qui dispose des informations ? Si la personne ne peut rester seule, quelle solution lui proposer, peut-on lui imposer ? Ces questions se posent avec une acuité d'autant plus grande le week-end alors même que dans certaines situations, les plans d'aide permettaient le maintien à domicile.

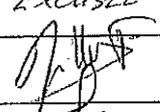
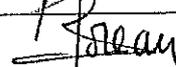
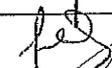
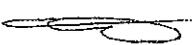
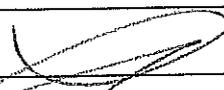
Plusieurs actions pourraient être développées : mobilisation en urgence des places d'hébergement temporaire et de l'ensemble des dispositifs d'accompagnement (accueil de jour, SAD, portage de repas), définition d'un protocole au sein des services pour définir les conditions de cette mobilisation en urgence, accompagnement des familles dans l'élaboration d'une « conduite à tenir » en cas d'urgence.

Évaluation pour élaborer le projet de vie (respect des choix de vie de la personne)

La question de la prise en compte du choix de vie de la personne est transversale aux trois aspects précédents. Elle doit être présente au moment de l'évaluation des besoins de soins et des besoins liés à la vie quotidienne. Elle fait partie intégrante de « l'évaluation globale » des besoins. L'anticipation des situations d'urgence répond également à cette préoccupation de respecter les choix de la personne.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022
LISTE DES PARTICIPANTS
GROUPE DE TRAVAIL N° 1

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fonction	Emargement
Madame	ALAPETITE Séverine	EHPAD Le Castel	Directrice	
Madame	AUMARECHAL Gaëlle	ADSPA-SSIAD Argenton sur Creuse	Infirmière coordonatrice	
Madame	BARDIOT-MONNET Sylvie	SSIAD Centre Hospitalier La Châtre	IDE Coordonatrice	
Madame	BARITAUD Sylvie	France Alzheimer	Présidente	
Monsieur	BARRAULT Christophe	DPDS - Tarification	Adjoint au chef de service	
Madame	BERTRAND Maud	DPDS - SAAS	Assistante sociale	
Monsieur	BIAUNIER Pascal	UDAF 36	Directeur	
Madame	BRIALIX Claudette	BVE 36	Présidente	
Madame	CHAPUIS Mélanie	CD 36	Conseillère départementale	
Madame	COURTHIAL Sandrine	Association MIEUX VIVRE	Responsable du secteur service prestataire	
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DAVID Morgane	ARS Centre - Pôle offre de soins et médico-social	Responsable cellule personnes âgées	
Madame	DE BRIE Ségolène	SSIAD Centre Hospitalier Issoudun	IDE Coordonatrice	
Madame	DIF-THIERY Delphine	GIP MATA	Directeur	
Monsieur	DUSSERRE Francis	Conseil départemental de l'Ordre des Masseurs-Kiné	Vice-président	
Monsieur	GALLAY Philippe	Association Petits frères des Pauvres	Directeur	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GRESSIER Sylvie	AMD Aigurance / la Châtre	Directrice	
Madame	GUICHARD Véronique	ASMAD	Directrice	
Madame	LABAYE Sandrine	SSIAD Saint-Plantaire	IDE Coordonatrice	
Monsieur	LABERGÈRE Cyrille	Centre Hospitalier La Tour Blanche		
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Madame	LEFEBVRE Marie-Thérèse	Fédération FAMILLES RURALES	Membre du Bureau Fédéral	
Madame	LEVEQUE Stéphanie	DPDS - SAAS	Contrôleur APA	

Madame	MAHEN Audrey	SSIAD Centre Hospitalier Issoudun	IDE Coordonnatrice	
Madame	MALGAT Laure	ADMR	Directrice	EXCUSEE
Monsieur	MILLET Francis	Fédération FAMILLES RURALES	Directeur	
Madame	MOREAU Christine	EMG ETRE INDRE	Cadre de santé	
Madame	MOREAU-JOANNES Véronique	CCAS du Blanc	Adjointe	
Madame	PIPEREAU Annie	AIDE à DOM 36	Directrice	
Madame	RENAUD-INCLAN Odette	ADMR / ALMA 36	Présidente	
Madame	RIT Virginie	Centre Hospitalier La Tour Blanche	Assistante sociale	
Madame	ROCHET Cynthia	CCAS du Blanc	Directrice	
Madame	ROY Capucine	Résidence les 3 roues	Directrice	
Madame	SELLERON Michèle	CD 36	Conseillère départementale	
Madame	SZYMURSKI Laëtitia	Présence verte MSA Service Tutelle 36	Directrice	
Madame	TICHIT Claudine	DPDS - Tarification		
Monsieur	TIMMERMAN Jean-Yves	MSA Berry-Touraine	Vice-président	
Madame	VILLENEUVE Isabelle	AIDE aux FAMILLES à DOMICILE - AFD	Directrice	

COMPTE RENDU REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL N°1 SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Structure et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées à domicile

Lundi 02 mai 2016

Présents : voir liste d'émargement jointe

Les membres présents ont pris connaissance du compte-rendu de la réunion de travail du 04 avril 2016 et n'ont pas émis de remarques.

Il a également été remis en séance des documents de travail statistiques concernant les résidents dans les EHPAD et USLD de 2011 à 2015. On y constate un niveau moyen de dépendance élevé mais ayant peu évolué, une moyenne d'âge des personnes hébergées qui continue de croître.

Les statistiques « démographiques » transmises lors de la précédente réunion montrent un vieillissement de la population de l'Indre, des ressources financières assez faibles et une situation d'isolement de plus en plus forte.

Rappel des thèmes à aborder ce jour définis lors de la réunion du 14 mars 2016 :

- x les interventions des aides à domiciles - Définition, contenu et limites :
 - nature de l'intervention (aide à la personne, actions sur l'environnement),
 - les facteurs de limites ou de facilitations (adhésion de la personne, ressources, contenu de l'intervention, mesure de protection, existence d'aidants...),
 - difficultés de recrutement, de formations, limites financières et difficultés à mettre en place.

A noter que le nouveau cahier des charges des services d'aides à domicile est publié au Journal Officiel du 22 avril 2016.

Nature de l'intervention : aide à la personne, actions sur l'environnement :

L'intervention de l'aide à domicile diffère selon l'état de dépendance de la personne et de sa pathologie. En effet, pour les personnes les plus dépendantes l'accompagnement dans les actes essentiels de la vie courante s'impose et mobilise la totalité de l'intervention, à l'inverse pour les plus autonomes, l'intervention tend plus à concerner l'environnement. Toutefois, certaines pathologies ou natures de dépendances justifient que l'intervention de l'aide à domicile soit fortement mobilisée sur la gestion de l'environnement de vie (exemples : personne totalement incontinente, personne démente mettant à mal son cadre de vie...).

L'idée retenue est que l'aide à domicile intervienne en accompagnement de la personne pour les actes essentiels de la vie mais, comme on le définit en établissement pour les aides-soignantes au titre de la prise en charge de la dépendance, aussi pour l'entretien de tout ce qui « touche » la personne au titre de ces actes essentiels (literie, vaisselle, lieu et matériel d'hygiène et de toilette).

Cette définition des interventions des aides à domicile (et de leur limite) nécessite d'être rappelée en permanence auprès de l'ensemble des parties : services d'aide à domicile, acteurs de l'emploi et de l'insertion professionnelle, organismes de formation, acteurs des politiques sociales et de la gérontologie, acteurs du soin et de la gériatrie et bien sûr personne aidée et ses proches.

Il s'agit de différencier les missions de l'aide à domicile destinée à « compenser » la dépendance de la personne de celles d'une femme de ménage. Il faut également rappeler que les aides publiques (essentiellement l'APA) ont été créées pour permettre cette prise en compte de la dépendance et non pas pour solvabiliser l'aide au ménage.

Sur ces questions du contenu, et de l'évaluation des besoins d'intervention d'aide à domicile, des référentiels doivent être établis, prévus par la loi ASV, afin de déterminer les gestes essentiels selon la dépendance (gestes techniques, durée...), à l'image de ce qui existe au titre de la PCH.

Il est toutefois souhaitable que soit conservée une certaine souplesse. En effet, à niveau de dépendance égale, les besoins d'intervention d'aide à domicile, en temps et en contenu, ainsi que le curseur entre aide ménagère et aide à la personne, peuvent beaucoup varier, en fonction de la nature de la dépendance, de l'existence de troubles psychiques, de l'environnement humain et matériel, des habitudes antérieures de vie. L'évaluation par un professionnel formé, en présence de la personne, et en cherchant à prendre en compte ses souhaits, et le suivi de proximité restent essentiels.

Est également abordée la question des aides techniques, qui peuvent influencer sur la nature du besoin (et la quantité) d'intervention d'aide à domicile. Les actes de la vie quotidienne et l'environnement de la personne sont liés et les aides techniques doivent être exploitées ou mieux connues pour qu'elles puissent être proposées pour rendre le quotidien plus facile.

Bien que les personnes âgées soient encore assez réfractaires à ces changements dans leur mode de vie et leur environnement, les aides techniques pourraient permettre de faciliter la vie des personnes dépendantes et d'optimiser le coût en permettant de recentrer le travail des aides à domicile sur les actes essentiels.

Il paraît nécessaire de développer les informations sur les aides techniques possibles et finançables, de pouvoir le proposer sans obligation aux personnes âgées afin de permettre de faciliter la vie de chacun (personnes âgées, aide à domicile et aidant naturel).

Les facteurs de limites ou de facilitations (adhésion de la personne, ressources, contenu de l'intervention, mesure de protection, existence d'aidants...) :

L'adhésion de la personne peut être un frein psychologique à la demande de prise en charge. Les interventions des aides à domicile doivent être particulièrement bien explicitées et détaillées en amont pour permettre le consentement et éviter tout malentendu. Les aidants naturels doivent également être pris en compte dans cette communication.

Les différents documents prévus par la loi, contrat de prestation, livret d'accueil, etc, doivent être utilisés comme support mais ces supports doivent faire l'objet d'échanges (trop souvent les personnes signent rapidement les documents pour que l'intervention se mette en place mais ne les lisent pas).

L'incitation à la désignation d'une personne de confiance est étendue au secteur médico-social dans la loi ASV.

Le gestionnaire du service d'aide à domicile doit préciser dans son livret d'accueil que le recours à une personne de confiance doit être systématique. De même, le dossier APA intègre une question sur la désignation de la personne de confiance et l'existence d'aidants.

Cependant, cette personne a un rôle d'information ou d'explication auprès de la personne âgée mais elle n'est pas décisionnaire et surtout elle n'est pas forcément là au quotidien, ni n'est forcément le seul aidant. En conséquence, si sa généralisation est une bonne chose, elle ne suffit pas à répondre à tous les besoins d'explicitation soulignés avant.

Les ressources financières de la personne âgée interviennent également de différentes façons dans le recours ou pas à telle ou telle prestation :

- reste à charge au titre de l'APA / SSIAD,
- capacité à financer une mutuelle, à financer des heures d'aide ménagères, et à l'inverse barème CARSAT, barèmes aide sociale.

Il existe aussi des effets d'éviction liés à l'articulation entre les dispositifs et les financeurs : impossibilité de mobiliser des heures de sortie d'hospitalisation pour des personnes déjà bénéficiaires de l'APA, alors que leur besoin d'aide peut être accru en suite d'hospitalisation du fait de la convalescence. Il peut y avoir ensuite, si la récupération ne se fait effectivement pas, une révision d'APA, mais encore faut-il attendre de s'en assurer.

Mesure de protection :

Le cadre juridique a beaucoup évolué, de nombreuses « mesures » ont été développées afin de permettre un accompagnement dans les explications ou dans la prise de décisions, mais les différents dispositifs restent très encadrés :

- désignation d'une personne référente,
- habilitation familiale,
- mandat de protection future,
- jugement de curatelle ou tutelle.

Ces procédures sont définies, cadrées et limitées.

La décision d'engager la personne dans ce parcours doit être évaluée par les équipes intervenantes, la famille, les proches. Elle ne peut appartenir à une seule personne qui « saurait ». Trop souvent c'est ce qu'on attend du médecin traitant ou des services sanitaires.

Les services d'aide à domicile expriment être souvent en difficulté, car les seuls à rester et à constater. Il est donc important de rappeler la nécessité des échanges pluridisciplinaires.

Le rôle du service d'aide à domicile doit être d'alerter sur les situations.

Il est nécessaire d'améliorer l'accès à l'information sur les mesures qui peuvent être mises en place, sur les protocoles de saisine, sur l'évaluation de la situation et la décision qui en découle.

Les coordinations restent le premier lieu d'échanges afin de mettre en place une évaluation de la situation pour pouvoir ensuite mobiliser les différentes orientations plus spécialisées (MAIA, EMG...). Les services d'aide à domicile doivent participer à cette évaluation, l'aide à domicile reste la personne qui connaît le plus finement la situation. Il est nécessaire qu'elle partage ses observations sans se sentir contrainte de « porter » la décision. C'est l'évaluation pluridisciplinaire, à partir des observations partagées avec l'ensemble des acteurs, qui permettra ensuite d'aider à la décision ceux qui doivent la prendre : juge des tutelles, proche, personne elle-même.

Limite du maintien à domicile :

La notion de « placement » n'existe plus. La loi ASV a supprimé le terme, en outre le placement en tant qu'admission contrainte n'a jamais existé en médico-social. Même sous tutelle la personne reste seule décisionnaire de son lieu de vie. La limite est la même que pour tout un chacun, à savoir la mise en danger de sa vie ou de celle d'autrui, sanctionnée par une hospitalisation sous contrainte.

En conséquence, personne n'est en mesure de prendre la décision du maintien ou non à domicile, et notamment pas le médecin, même si souvent l'entourage, familial ou professionnel, attend de lui qu'il assume cette décision. Au-delà du fait qu'il n'en a pas juridiquement le pouvoir (seules les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie font intervenir le médecin), la désertification médicale et la maîtrise parfois limitée des différents dispositifs sociaux ou médico-sociaux, font que le recours à un médecin pour prendre cette décision n'est pas adapté.

De plus en plus, des transferts de personnes âgées vers les EHPAD sont organisés suite à une hospitalisation. Or, si cette orientation est faite en urgence, sans concertation avec l'ensemble des intervenants, sans évaluation des conditions possibles d'un éventuel retour à domicile, la situation

va être inadaptée en droit et en fait.

Il est important de prendre en compte le choix de la personne, d'anticiper la sortie d'hospitalisation, d'examiner l'hypothèse d'un retour à domicile, en s'appuyant sur les professionnels du domicile et sur les équipes internes à l'hôpital comme l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière.

C'est d'ailleurs pour éviter ces risques de transferts trop rapides et sans respect du choix de la personne que l'utilisation de l'outil « via trajectoire » pour l'admission en EHPAD sera précisément et explicitement différencié de son utilisation pour l'orientation de patient du sanitaire vers le sanitaire.

Difficultés de recrutement, de formation, limites financières et difficultés à mettre en place :

Sur la question de la **formation continue** des aides à domicile : les services indiquent avoir la capacité d'avoir recours à des formations continues adéquates. Cependant, ils constatent que si une partie de l'effectif souhaite progresser, évoluer, s'investir dans ce type de formation, une autre est peu motivée. Il est à noter que l'intervention des réseaux, des institutions, auprès des aides à domicile sur des situations participent indirectement à la formation des aides à domicile.

Les services sont confrontés à de forts taux d'absentéisme avec difficultés de remplacement et un certain nombre de licenciements pour inaptitude physique du fait d'une usure physique et psychologique dû à la difficulté du travail demandé.

Par ailleurs, certaines aides à domicile, par le biais de la formation, souhaitent s'orienter vers des formations plus qualifiantes de type aide soignante ou AMP.

Le besoin de soutien des salariés est important mais la capacité des services à mobiliser du temps pour le leur apporter est trop faible. Les efforts effectués ces dernières années pour la structuration de ces services ont permis une meilleure gestion administrative mais ne sont pas suffisants pour permettre l'accompagnement des aides à domicile par le biais d'heures indirectes permettant l'échange et l'esprit d'équipe.

Les services font face à des problèmes de recrutement (recrutement par défaut) liés à la réalité économique, gestion des kilomètres, de la mobilité géographique, difficultés des tâches, manque de valorisation...

La reconnaissance du travail des aides à domicile est encore peu mise en valeur et l'image de l'aide à domicile est encore trop souvent celle de la « femme de ménage » pour un grand public.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022
LISTE DES PARTICIPANTS
GROUPE DE TRAVAIL N° 1

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fonction	Emargement
Madame	ALAPEITTE Séverine	EHPAD Le Castel	Directrice	
Madame	AUMARECHIAL Gaëlle	ADSPA-SSIAD Argenton sur Creuse	Infirmière coordonatrice	
Madame	BARDIOT-MONNET Sylvie	SSIAD Centre Hospitalier La Châtre	IDE Coordonatrice	
Madame	BARITAUD Sylvie	France Alzheimer	Présidente	
Monsieur	BARRAULT Christophe	DPDS - Tarification	Adjoint au chef de service	
Madame	BERTRAND Maud	DPDS - SAAS	Assistante sociale	
Monsieur	BIAUNIER Pascal	UDAF 36	Directeur	
Madame	BRIALIX Claudette	BVE 36	Présidente	
Madame	CHAPUIS Mélanie	CD 36	Conseillère départementale	
Madame	COURTHIAL Sandrine	Association MIEUX VIVRE	Responsable du secteur service prestataire	
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DAVID Morgane	ARS Centre - Pôle offre de soins et médico-social	Responsable cellule personnes âgées	
Madame	DE BRIE Ségolène	SSIAD Centre Hospitalier Issoudun	IDE Coordonatrice	
Madame	DIF-THIERY Delphine	GIP MAIA	Directeur	
Monsieur	DUSSERRIE Francis	Conseil départemental de l'Ordre des Masseurs-Kiné	Vice-président	
Monsieur	GALLAY Philippe	Association Petits frères des Pauvres	Directeur	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GRESSIER Sylvie	AMD Aigurance / la Châtre	Directrice	
Madame	GUICHARD Véronique	ASMAD	Directrice	
Madame	LABAYE Sandrine	SSIAD Saint-Plantaire	IDE Coordonatrice	
Monsieur	LABERGÈRE Cyrille	Centre Hospitalier La Tour Blanche		
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Madame	LEFEBVRE Marie-Thérèse	Fédération FAMILLES RURALES	Membre du Bureau Fédéral	
Madame	LEVEQUE Stéphanie	DPDS - SAAS	Contrôleur APA	

Madame	MAHEN Audrey	SSIAD Centre Hospitalier Issoudun	IDE Coordonnatrice	
Madame	MALGAT Laure	ADMR	Directrice	<i>exusee</i>
Monsieur	MILLET Francis	Fédération FAMILLES RURALES	Directeur	<i>J. Millet</i>
Madame	MOREAU Christine	EMG ETRIE INDRE	Cadre de santé	<i>Moreau</i>
Madame	MOREAU-JOANNES Véronique	CCAS du Blanc	Adjointe	
Madame	PIPEREAU Annie	AIDE à DOM 36	Directrice	
Madame	RENAUD-INCLAN Odette	ADMR / ALMA 36	Présidente	<i>[Signature]</i>
Madame	RIT Virginie	Centre Hospitalier La Tour Blanche	Assistante sociale	<i>[Signature]</i>
Madame	ROCHET Cynthia	CCAS du Blanc	Directrice	
Madame	ROY Capucine	Résidence les 3 roues	Directrice	<i>[Signature]</i>
Madame	SELLERON Michèle	CD 36	Conseillère départementale	<i>[Signature]</i>
Madame	SZYMURSKI Laëticia	Présence verte MSA Service Tutelle 36	Directrice	<i>[Signature]</i>
Madame	TICHT Claudine	DPDS - Tarification		
Monsieur	TIMMERMAN Jean-Yves	MSA Berry-Touraine	Vice-président	
Madame	VILLENEUVE Isabelle	AIDE aux FAMILLES à DOMICILE - APD	Directrice	<i>[Signature]</i>

Lacou Lydie

CD 36

[Signature]

COMPTE RENDU REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL N°1 SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL

Structure et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées à domicile

Lundi 06 juin 2016

Présents : voir liste d'émargement jointe

Les membres présents ont pris connaissance du compte-rendu de la réunion de travail du 02 mai 2016.

Il a également été remis en séance des documents de travail statistiques concernant l'évolution des demandes d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

Ces documents démontrent une diminution du nombre des demandes d'APA à domicile mais aussi une diminution des heures et du nombre de bénéficiaires.

Les facteurs possibles d'explication sont :

→ une stagnation démographique

→ un non recours aux dispositifs et un travail non déclaré croissant du fait :

- de devoir justifier des dépenses
- des difficultés et lourdeurs administratives
- de la confusion qui perdure entre l'aide sociale et l'APA sur la récupération sur succession
- du reste à charge croissant

Néanmoins, le taux d'accord APA est quand à lui stable et avoisine les 85 % .

Rappel des thèmes à aborder lors de cette réunion (définis lors de la réunion du 14 mars 2016) :

L'articulation des parcours : accompagnement dans le grand âge, l'accompagnement de la personne âgée à domicile, la coordination, l'articulation entre les différents acteurs et autour des parcours

Les sorties d'hospitalisation, organisation et préparation de la sortie, élaboration du nouveau projet.

Les solutions de répits, accueil de jour et hébergement temporaire....

Les sorties d'hospitalisation :

Ce thème est également traité dans le cadre des différents travaux de la filière gériatrique.

Globalement le département dispose des différents services médicalisés ou non pour l'ensemble du territoire (SSR, SSIAD, SAD, infirmière libérale, EHPAD, EHPA...), en revanche l'HAD ne couvre pas tout le territoire. Mais les spécificités de chaque réponse ne sont pas forcément connues de tous. Surtout, on note une mauvaise coordination lors de la sortie d'hospitalisation de la personne âgée pour un retour à domicile (sortie sans ordonnance, manque d'anticipation des sorties, aucune coordination et une méconnaissance des acteurs présents au domicile de la personne).

Il en ressort donc qu'il faut améliorer la communication et la coordination entre tous les acteurs de terrains.

Par ailleurs, il est souhaitable de limiter les sorties de nuits (notamment des urgences) qui peuvent être particulièrement perturbantes et traumatisantes pour les personnes âgées seules à leur domicile ou pour un retour en EHPAD.

Il est nécessaire de faire un travail d'anticipation de cette sortie et que les soignants intègrent une « check list » afin de préparer la sortie dans les meilleures conditions et prévoient de prendre contact avec les acteurs qui interviennent au domicile de la personne âgée.

Un travail de fond doit aussi être envisagé avec les soignants afin qu'ils acceptent d'avoir une vision globale et pas seulement médicale. On note également souvent un défaut de communication, de coordination entre les professionnels médicaux libéraux et les soignants hospitaliers sur la situation des personnes.

Les coordinations gérontologiques doivent davantage s'ouvrir et accueillir les professionnels de santé, les acteurs du sanitaire et les acteurs de terrain œuvrant directement ou indirectement auprès de la personne âgée.

Le service social des établissements hospitaliers doit être doté d'outils faciles à mobiliser afin de permettre un retour optimal à domicile ou en EHPAD pour la personne âgée hospitalisée. Les situations à risque doivent être repérées par les cadres de santé et mentionnées à l'assistante sociale du service hospitalier.

Il est nécessaire de distinguer deux types de sorties à savoir les sorties des urgences et les sorties d'un service hospitalier.

Les sorties de service hospitalier permettent une meilleure anticipation, préparation et activation des acteurs. Pour les sorties des urgences, le problème est surtout le retour de nuit et l'absence totale de prise en compte des conditions de ce retour nécessaire pour permettre une meilleure préparation du retour à domicile de la personne âgée.

L'articulation du parcours :

Afin de faciliter l'accompagnement de la personne âgée, l'outil « fiche de liaison » et « cahier de liaison » ont été créés lors du précédent schéma mais sont très peu utilisés. Il est nécessaire de renforcer cette utilisation et de communiquer l'existence de ces outils. La fiche de liaison permet de préparer l'entrée et la sortie d'hospitalisation. Elle contient la « check list » évoquée précédemment.

Le cahier de liaison pourrait être amélioré en le scindant en deux parties : une partie informations générales et une autre partie pour les liaisons et transmissions entre les différents acteurs qui interviennent au domicile de la personne âgée.

Néanmoins, le principe et le contenu de ce cahier est approuvé par chacun.

Ce cahier doit rester au domicile de la personne et devenir un outil interprofessionnel. Il doit être validé et connu par tous les services intervenants, les familles, les aidants et la personne âgée.

Les associations précisent que les aides à domicile ont besoin d'un cahier de transmissions quotidiennes et favorisent en priorité l'utilisation de cahier interne à la structure dont elles dépendent au détriment du cahier de liaison mis en place lors du précédent schéma gérontologique.

Or, celui-ci doit permettre la transmission entre les différents acteurs pour coordonner la prise en charge, informer et communiquer. Il est également nécessaire pour l'utilisation de cet outil de relancer les partenaires médicaux, d'améliorer l'information auprès des IDE.

Il est proposé de prévoir une hiérarchie des informations avec un volet regroupant les informations essentielles, ajouter les propositions retenues pour anticiper les cas d'urgence, les crises, la conduite à tenir, les souhaits de la personnes âgées ... et un volet pour les transmissions régulières entre les différents professionnels permettant aux aides à domicile et IDE d'enregistrer et de transmettre les informations importantes et aux autres intervenants qui n'interviennent pas quotidiennement .

Il est rappelé qu'en cas d'urgence les professionnels ont des difficultés à trouver l'information nécessaire à la prise en charge et il apparaît évident de mettre en place des outils de travail permettant une anticipation de la crise.

La personne âgée doit communiquer sur ses volontés, ses choix, ses souhaits et si possible désigner une personne référente.

Le choix de la personne de confiance est prévue mais il peut y avoir un rôle distinct du « référent de proximité ».

Il est important d'insister sur le rôle et la notion de référent distinct ou non de la personne de confiance. Cela peut se faire à l'occasion de la rédaction d'un projet ou dans le remplissage du cahier de liaison. La personne de confiance est celle qui est associée aux décisions importantes, elle n'est pas forcément en proximité ; le référent est celui qui au quotidien assure le suivi du projet de vie.

Les coordinations gérontologiques doivent associer l'ensemble des partenaires de la gérontologie : partenaires sanitaires et médico-sociaux, associations locales, bénévoles, Mairie, Animation, prévention santéafin de coordonner tous les acteurs mais dans la confidentialité sans obligatoirement expliciter tous les détails des situations à l'ensemble des personnes présentes. Cependant, les coordinations ont des difficultés à être attractives, à mobiliser un grand nombre d'acteurs et déterminer le niveau d'intervention de chacun.

Les solutions de répit :

Diverses solutions de répit existent sur le département de l'Indre mais la fréquentation n'est pas importante et certaines sont méconnues.

Hébergement Temporaire

Les règles de fonctionnement de hébergement temporaire doivent être rappelées, en effet, aujourd'hui, elles ne sont pas suffisamment souples pour répondre correctement aux besoins.

Accueil de jour

L'accueil de jour, solution de répit proposée doit faire face au problème de transport des personnes surtout celles habitant à plus de 15 kilomètres de ces structures. A noter qu'un forfait journalier est attribué afin de prendre en charge le transport, en l'organisant ou en remboursant les frais. Il est demandé aux structures de rappeler ce remboursement possible. Certaines structures proposent un mini bus afin d'organiser le transport mais cela ne peut pas se faire sur un territoire trop grand qui induirait des temps de transport trop longs.

Des solutions de mutualisation de transport individuel pourraient être promues.

L'accueil de jour est considéré comme une vraie solution de répit mais la fréquentation y est faible notamment due à la peur et à la méconnaissance des familles sur ce type de structure et aux démarches administratives à entreprendre afin de s'y inscrire.

Le plus difficile étant de faire le premier pas pour y venir.

L'accueil de jour est un accueil médico-social qui ne nécessite pas de prescription ou de validation.

L'idée d'un accueil de jour itinérant est évoquée mais ce type d'accueil rend difficile la mobilisation des personnes et ne répond pas toujours à l'adéquation bon endroit/bon moment.

Plate forme de répit :

Pas encore de retour sur ce type de dispositif financé par l'ARS et qui vient d'être déployé dans le département. Une seconde plate forme est prévue.

L'intervention porte sur un accompagnement aux aidants.

Baluchonnage :

Problème juridique constaté sur la gestion du personnel pour ce type de répit qui est de ce fait pour le moment gelé ou maintenu mais dans des conditions très expérimentales sur un département.

Hébergement Temporaire d'urgence.

Les structures actuelles proposant l'hébergement temporaire peuvent l'utiliser en urgence. Le seul frein constaté est la disponibilité des places

Accueil Familial :

Solution pour accueillir en temporaire ou permanent la personne âgées. Ce répit est très méconnu et limité du fait de la non prise en charge médicale en continu. Des places sont disponibles pour ce type d'accueil. Aucun listing n'est formalisée mais le service de la DPDS et les Services d'Accompagnement à l'Accueil Familial (SAAF) peuvent renseigner sur les accueillantes familiales qui seraient disposées à accueillir.

Habitat en collocation :

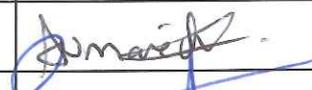
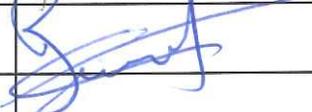
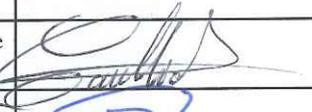
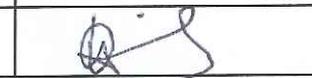
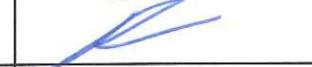
Cette solution de répit pose des difficultés liées au « turn over » des personnes, avec le cadre de la co-location.

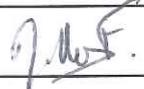
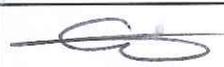
Cette réunion était la dernière pour le groupe de travail n° 1.

Madame de Gouville remercie les personnes présentes pour leur implication et du travail réalisé.

Une réunion sera organisée fin septembre pour une première synthèse.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022
LISTE DES PARTICIPANTS
GROUPE DE TRAVAIL N° 1

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fontion	Emargement
Madame	ALAPETITE Séverine	EHPAD Le Castel	Directrice	
Madame	AUMARECHAL Gaëlle	ADSPA-SSIAD Argenton sur Creuse	Infirmière coordonatrice	
Madame	BARDIOT-MONNET Sylvie	SSIAD Centre Hospitalier La Châtre	IDE Coordonatrice	
Madame	BARITAUD Sylvie	France Alzheimer	Présidente	
Monsieur	BARRAULT Christophe	DPDS - Tarification	Adjoint au chef de service	
Madame	BERTRAND Maud	DPDS - SAAS	Assistante sociale	
Monsieur	BIAUNIER Pascal	UDAF 36	Directeur	
Madame	BRIALIX Claudette	BVE 36	Présidente	
Madame	CHAPUIS Mélanie	CD 36	Conseillère départementale	
Madame	COURTHIAL Sandrine	Association MIEUX VIVRE	Responsable du secteur service prestataire	
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DAVID Morgane	ARS Centre - Pôle offre de soins et médico-social	Responsable cellule personnes âgées	
Madame	DE BRIE Ségolène	SSIAD Centre Hospitalier Issoudun	IDE Coordonatrice	
Madame	DIF-THIERY Delphine	GIP MAIA	Directeur	
Monsieur	DUSSERRE Francis	Conseil départemental de l'Ordre des Masseurs-Kiné	Vice-président	
Monsieur	GALLAY Philippe	Association Petits frères des Pauvres	Directeur	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GRESSIER Sylvie	AMD Aigurance / la Châtre	Directrice	
Madame	GUICHARD Véronique	ASMAD	Directrice	
Madame	LABAYE Sandrine	SSIAD Saint-Plantaire	IDE Coordonatrice	
Monsieur	LABERGERE Cyrille	Centre Hospitalier La Tour Blanche		
Madame	LACOU Lydie	CD 36	Conseillère départementale	
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Madame	LEFEVRE Marie-Thérèse	Fédération FAMILLES RURALES	Membre du Bureau Fédéral	

Madame	LEVEQUE Stéphanie	DPDS - SAAS	Contrôleur APA	
Madame	MAHEN Audrey	SSIAD Centre Hospitalier Issoudun	IDE Coordonnatrice	
Madame	MALGAT Laure	ADMR	Directrice	Excusée
Monsieur	MILLET Francis	Fédération FAMILLES RURALES	Directeur	
Madame	MOREAU Christine	EMG ETRE INDRE	Cadre de santé	Excusée
Madame	MOREAU-JOANNES Véronique	CCAS du Blanc	Adjointe	
Monsieur	PINAULT Fabrice	Présence Verte	Responsable	
Madame	PIPEREAU Annie	AIDE à DOM 36	Directrice	
Madame	RENAUD-INCLAN Odette	ADMR / ALMA 36	Présidente	
Madame	RIT Virginie	Centre Hospitalier La Tour Blanche	Assistante sociale	
Madame	ROCHET Cynthia	CCAS du Blanc	Directrice	
Madame	ROY Capucine	Résidence les 3 roues	Directrice	
Madame	SELLERON Michèle	CD 36	Conseillère départementale	Excusée
Madame	SZYMURSKI Laëtitia	Présence verte MSA Service Tutelle 36	Directrice	Excusée - Représenté par M. PINAULT Fabrice 
Madame	TITCHIT Claudine	DPDS - Tarification		
Monsieur	TIMMERMAN Jean-Yves	MSA Berry-Touraine	Vice-président	
Madame	VILLENEUVE Isabelle	AIDE aux FAMILLES à DOMICILE - AFD	Directrice	

SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Compte rendu de la réunion du 21 mars 2016

Groupe n° 2 « structurer et adapter l'offre en ESMS
pour les personnes âgées en hébergement »

Présents : voir liste jointe

Cette première réunion de lancement du groupe de travail n° 2 relatif à la structuration et l'adaptation de l'offre en ESMS pour les personnes âgées en hébergement, a pour objet de définir le périmètre de la réflexion. Il est rappelé que le schéma ne peut prétendre modifier le cadre législatif et réglementaire, et que les aspects relevant du soin ont vocation à être plutôt traités dans le cadre des réflexions menées par l'ARS (PTS, filières gériatriques).

Les points retenus qui seront débattus lors des prochaines réunions du groupe n° 2 sont les suivants :

1^{er} thème : l'évolution qualitative et quantitative de l'offre (quel public ? pour quels établissements et quelles prestations ?)

Ce thème abordera l'évolution :

- du public : troubles du comportement et troubles psychiques, choix de l'hébergement par impossibilité de rester à domicile (isolement, perte d'autonomie, disparition de l'aidant)
- des établissements : adaptation de l'hôtellerie des structures aux prises en charge des troubles de comportements en terme architectural, recensement du besoin de places en quantité et qualité (si besoin d'hébergement : combien et quels types?), optimisation des moyens par la mutualisation, travail en réseau
- des prestations : au regard du public accueilli (le problème des UHR, la place de l'HT), de la réglementation (socle de prestations), de la diversité de l'offre (diversité des prestations en fonction du type d'établissement)
- des tarifs : au regard des possibilités financières des résidents (correspondance possible ou pas avec les souhaits des usagers, le niveau des tarifs), de la réglementation tarifaire (tarification libre ou administrée ? Quel type d'habilitation à l'aide sociale ?)

2^{ème} thème : l'entrée en établissement (admission, contrat de séjour, les aidants, la protection juridique)

Quelle politique d'admission ? : accueillir des personnes de plus en plus dépendantes et malades dans le contexte indrien de désertification médicale, admission en urgence notamment quand hospitalisation de l'aidant (qui détermine l'« urgence médico-sociale » ? cadre et moyens particuliers ou pas?)

Réflexion sur les modalités d'accueil : quel sens donné au consentement de la personne alors que les personnes peuvent être touchées par des troubles cognitifs ou bénéficiaires d'une mesure de protection ? quelle place donnée à la personne de confiance voire à l'aidant ? quelle protection juridique des résidents ?

La relation contractuelle du résident avec l'établissement : le contrat de séjour, la capacité des publics à se maintenir en Ehpad, la liberté de choix de vie du résident vs ses capacités à en décider vs son besoin de soins

3^{ème} thème : le personnel des ESMS (recrutement, formation, prévention, absentéisme des personnels)

Recrutement du personnel : difficulté de recrutement de personnels qualifiés dans les zones rurales

(implantation géographique, difficultés de déplacement et des moyens de communication, différences d'attractivité liées au statut de l'établissement privé/public), absence de médecins et de professionnels paramédicaux.

Formation du personnel : besoins quantitatifs et qualitatifs, question du remplacement du personnel lors des formations.

Absentéisme dans les ESMS : Quelle réalité (qualitative, quantitative) ? Quelles possibilités d'action ?

Prochaine réunion le 11 avril 2016

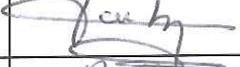
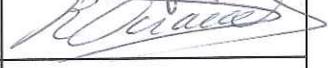
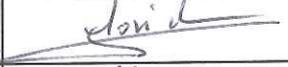
SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022

LISTE DES PARTICIPANTS

GROUPE DE TRAVAIL N° 2

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fontion	Emargement
Madame	ALAPETITE Séverine	EHPAD Le Castel	Directrice	
Madame	ASNIERE Sophie	EHPAD Béthanie	Directrice	
Madame	BARBIER Lucie	CD 36	Conseillère départementale	
Monsieur	BARRAT Serge	EHPAD de Châtillon sur Indre EHPAD de Mézières-en-Brenne	Directeur	
Monsieur	BEUGRI Hermann	UDAF 36	Adjoint responsable service Actions Sociales et Judiciaires	
Madame	BOISSIERE Nathalie	EHPAD Centre Hospitalier La Châtre	Cadre de santé	
Madame	BRAGOULET Auriane	EHPAD La Chaume EHPAD Notre Dame du Sacré Cœur	Directrice adjointe	
Madame	BRIALIX Claudette	BVE 36	Présidente	
Monsieur	DALLOT Jacques	CT 36 Mutualité Française		
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DAVID Morgane	ARS Centre - Pôle offre de soins et médico-social	Responsable de la cellule personnes âgées	
Monsieur	DEVINEAU François	CDGI / CH Levroux / CH Valençay / EHPAD Vatan	Directeur	
Madame	DIF-THIERY Delphine	MAIA 36	Directeur	Excusée
Monsieur	DUPONCHEEL Jean-Luc	Résidence ESPOIR SOLEIL	Directeur	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	
Madame	GORRY Anne	EHPAD Saint Joseph	IDE Coordonnatrice	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GRENON Murielle	EHPAD La Chaume EHPAD Notre Dame du Sacré Cœur	Directrice	
Madame	GUENAND Valérie	DPDS - SAAS	Adjoint au chef de service	
Madame	GUILLET Sylvie	EHPAD Saint Joseph	Directrice	
Monsieur	JOUBERT Aurélien	EHPAD Korian Hameau d'Eguzon	Directeur	
Madame	LAKHFIF Isabelle	EHPAD La Roseraie	Directrice	
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	

21 - mars 2016

Madame	POUTRIN Marie-Anne	CDGI	Directrice des soins	
Monsieur	RAFFAULT François	EHPAD La Roche Bellusson	Cadre administratif	
Madame	RAMBOZ Bernadette	Centre Hospitalier Issoudun	Cadre de santé	
Monsieur	VIRAUD Roger	Résidence ESPOIR SOLEIL	Administrateur	
Monsieur	BARRAULT Christophe	DPDS	Service Tarification	
Monsieur	FLORECHON Ludovic	DPDS	Service Tarification	
Mme	SEUERON Diélele	Conseillère départementale	Centre la dia tre	

SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Compte rendu de la réunion du 11 avril 2016

Groupe n° 2 « structurer et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées en hébergement »

Présents : voir liste d'émargement jointe

Les membres présents ont pris connaissance du compte rendu de la réunion de travail du 21 mars 2016. Il a également été remis en séance des documents de travail statistiques concernant en particulier la population dite âgée.

Le thème de cette seconde réunion est l'évolution qualitative et quantitative de l'offre d'hébergement pour personnes âgées dans le département examinée sous trois angles :

- cerner le public concerné par cette offre,
- appréhender la réponse des établissements à cette demande aujourd'hui,
- identifier les prestations offertes.

Le public cible : les constats et évolutions

Il est tout d'abord rappelé que la population indrienne des ESMS est marquée par une forte dépendance avec des troubles du comportement de plus en plus présents chez les résidents. Il est noté que la population accueillie comprend une part d'hommes en constante évolution qui rentre plus jeune que celle des femmes.

L'entrée en établissement devient de plus en plus un accompagnement de fin de vie avec une durée de séjour de plus en plus courte dans les EHPAD et les USLD (environ 1 an).

Par ailleurs, il est souligné qu'il y a dans les ESMS une visibilité importante des résidents touchés par la maladie d'Alzheimer et moindre des personnes atteintes de Parkinson ou par la Sclérose en plaque ainsi que des personnes âgées avec des troubles psychiatriques.

Pour autant, toutes ces pathologies se retrouvent chez les résidents et sont bien à l'origine de la demande d'hébergement en EHPAD.

La nécessité d'un bon diagnostic à l'entrée de la personne en établissement est indispensable afin de préconiser et organiser la meilleure prise en charge possible. Les symptômes allant de la maladie d'Alzheimer, à la Sclérose en plaque ou à la maladie de Parkinson doivent parfaitement être ciblés afin d'être abordés correctement pour permettre la prise en charge la mieux adaptée.

Néanmoins, il est rappelé que le secteur médico-social doit rester sur la prise en charge des situations stabilisées et développer des passerelles avec le secteur soins. En effet, toute la problématique pour ces types de prise en charge est de savoir si la stabilisation des personnes concernées engendre un besoin de soins ou un besoin d'accompagnement qui ne peut en aucun cas se substituer à des soins actifs.

Ainsi, pour les personnes issues du secteur « psychiatrique », il est nécessaire de délimiter le suivi psychiatrique dans les EHPAD car cette mission n'est pas la priorité de prise en charge pour ce type d'établissement, cette dernière nécessitant un encadrement soignant plus important. Il est relevé qu'actuellement la prise en charge dans l'Indre par le secteur spécialisé de la psychiatrie sanitaire est peu développée.

En conclusion, il est acté que la demande d'hébergement en EHPAD intervient de plus en plus tardivement, pour des personnes souffrant de pathologies importantes, engendrant des pertes d'autonomie fortes, notamment psychiques. Le risque de cette évolution peut être de demander aux EHPAD d'accueillir des personnes non stabilisées, notamment en matière de pathologies psychiatriques mais pour lesquelles l'hospitalisation active ne peut perdurer,

Du fait de cette évolution de la demande (le plus tard possible), il est également acté que la capacité actuelle en EHPAD dans le département apparaît suffisante. Il peut certes y avoir des listes d'attente pour tel ou tel établissement pour des raisons de choix personnel ou de demandes de proximité, pour autant, il y a en permanence des places disponibles dans l'Indre, certains établissements pouvant même rencontrer des problèmes de taux d'occupation.

La question d'un besoin d'hébergement en amont de ce besoin d'EHPAD, qui répond à la forte dépendance, est évoquée.

Dans le cadre des nouvelles dispositions législatives et réglementaires, c'est la réponse proposée désormais par les « résidences autonomie » (ex « Foyer-logement ») qui relèvent de la catégorie des « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées » (EHPA).

Ces structures sont clairement installées dans une organisation juridique et financière relevant de la réglementation des « établissements médico-sociaux ». Dans ce cadre, ils ne peuvent accueillir des personnes dépendantes, et doivent respecter l'ensemble des réglementations attachées à la notion d'établissements sociaux (sécurité incendie, organisation du fonctionnement, gestion des ressources humaines, etc).

Or, la demande d'hébergement de la part des personnes, est, elle, clairement liée à l'installation de la dépendance qui ne permet plus de rester à domicile.

La réponse proposée par les résidences autonomie, en tant qu'établissement réglementé réservé aux non-dépendants, ne paraît pas correspondre à un besoin important et en croissance de la population.

Toutefois, il convient de prendre en compte un autre frein au maintien à domicile qui est celui de l'inadaptation des conditions d'habitat et de l'isolement. Ces deux difficultés peuvent mettre à mal le maintien à domicile, hors situation de dépendance, et être donc à l'origine d'une recherche de solution adaptée de la part de la population.

Dans ce cadre, les solutions adaptées et alternatives au maintien à domicile que peuvent constituer

- l'habitat regroupé,
- l'accueil familial,
- la colocation,
- l'habitat transgénérationnel,

constituent des réponses intéressantes. Elles restent dans une logique de « domicile » mais adaptée et permettent un recours optimisé aux ressources du maintien à domicile.

La réponse médico-sociale en terme d'architecture et de qualification des professionnels

Dans ces conditions d'attente forte des résidents en établissement (et de leur famille) de prise en charge de la dépendance, quels sont les éléments à mettre en avant pour un accompagnement médico-social de qualité ?

- augmenter le nombre d'aide médico-psychologique en remplacement des aides soignants,
- mettre en place des projets de vie individuels et spécifiques pour les différentes incapacités,
- adapter les compétences,

- adapter les locaux,
- sectoriser certaines populations (une « non-mixité » des personnes au regard de leur pathologie semble se justifier car un résident psychiatrique peut, par ses attitudes, modifier le comportement des autres résidents au sein d'un groupe et ainsi entraîner des régressions pour d'autres résidents).

Le travail en petite unité peut être une réponse à la prise en charge de ces pathologies. Toutefois, la capacité de l'unité doit être suffisante pour une gestion adaptée du personnel. La notion de sécurisation des espaces doit également être intégrée tout en cherchant à concilier la notion de liberté de circulation pour les résidents (aire de déambulation intérieure et extérieure...).

Les efforts de restructuration des établissements doivent être axés sur la sécurisation des unités qui passe inévitablement par la technologie (digicode, bracelets...) mais aussi par du personnel (avec un taux d'encadrement suffisant), ce qui dans tous les cas a un coût non négligeable pour les structures.

Les UHR (Unités d'Hébergement Renforcé) peuvent-elles résoudre l'ensemble des problèmes ?

Le fonctionnement des UHR pose des questions d'ordre juridique sur la durée de prise en charge et le contrat de séjour signé par les résidents. La prise en charge est temporaire (l'objectif est de stabiliser le résident) alors que l'UHR répond aux cadres juridiques des établissements médico-sociaux où le contrat de séjour est signé pour une durée indéterminée, sur demande d'admission de la personne et non orientation médicale.

De plus, le nombre de places d'UHR est limité dans l'Indre (2 unités, une en EHPAD et une en USLD) entraînant principalement des admissions en intra de l'établissement doté de l'UHR.

L'UHR peut être une alternative mais se pose le problème de son positionnement, de sa clarification et de son développement, car juridiquement sa mise en œuvre reste compliquée.

Il faut également prendre en compte les notions de financement de l'UHR et des admissions dans ces unités.

L'UHR est une unité délimitée et renforcée, il est donc également indispensable de savoir ce qu'il faut faire ou ne pas faire en terme d'aménagement et de délimitation d'espace ?

Il est nécessaire de mieux définir ce qui est à préconiser dans ce sens et donner des orientations d'aménagement et d'organisation architecturale dans le futur schéma gérontologique : définir des items généraux permettant d'apporter des préconisations d'organisation (notion sur les circulations au sein des établissements, organisation des unités...).

Quel type de prestation ? Quelle tarification libre ou administrée ?

Outre l'aspect technique et les questions de sécurité de l'accueil des résidents, la nature de la prise en charge au quotidien est également touchée par l'augmentation de la dépendance et des différents troubles psychiques inhérents à cette dépendance. Les fonctions d'hôtellerie ne sont pas non plus complètement déconnectées de la dépendance des personnes accueillies.

L'étanchéité des sections entraîne un cloisonnement des prestations.

Le principal problème se situe entre les besoins des résidents et les exigences des familles, qui ont l'impression de payer très cher et de ne pas recevoir les prestations correspondantes en contrepartie.

L'importance de l'information sur le coût, sa composition, la part du tarif hébergement est primordiale. Il est indispensable de faire comprendre, principalement aux familles, l'impact sur le coût, et donc le tarif, de l'embauche de nouveaux personnels que ce soit pour faire le ménage ou améliorer d'autres prestations. Il est donc préconisé que les établissements mettent à disposition des familles des documents explicites et détaillés du coût et du tarif facturé aux résidents.

La loi ASV conduit à engager la réflexion sur le maintien ou non de la tarification administrée pour l'ensemble des lits des établissements habilités à l'aide sociale.

En effet, la loi prévoit que dès lors qu'un établissement accueille moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale, il peut fixer son tarif hébergement, le Département fixant le tarif applicable pour les ressortissants de l'aide sociale.

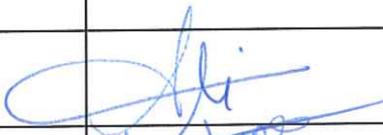
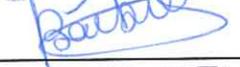
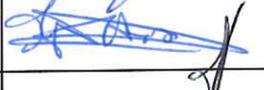
Pour mémoire, dans le département de l'Indre, la quasi totalité des lits des établissements du département sont habilités à l'aide sociale alors que les résidents bénéficiaires de l'aide sociale représentent moins de 20 % des hébergés.

Ainsi, l'augmentation de la capacité habilitée ne paraît pas nécessaire, d'autant que dans les établissements non habilités, un résident accueilli depuis plus de 5 ans peut accéder à l'aide sociale.

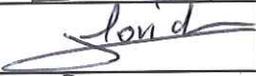
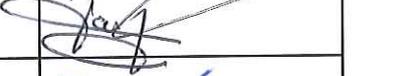
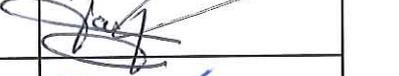
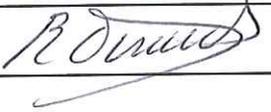
Les modalités de la tarification posées par la loi ASV seront précisées par décret.

Toutefois, cette réforme amènera à s'interroger sur les conditions d'établissement des tarifs. Le risque d'une tarification double est bien sûr celui d'un « accueil à deux vitesses ». Pour autant le nouveau cadre budgétaire des établissements oblige à repenser les responsabilités respectives du Département et de l'établissement dans la fixation du tarif hébergement.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022
LISTE DES PARTICIPANTS
GROUPE DE TRAVAIL N° 2

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fonction	Emargement
Madame	ALAPETITE Séverine	EHPAD Le Castel	Directrice	
Madame	ASNIERE Sophie	EHPAD Béthanie	Directrice	
Madame	BARBIER Lucie	CD 36	Conseillère départementale	
Monsieur	BARRAT Serge	EHPAD de Châtillon sur Indre EHPAD de Mézières-en-Brenne	Directeur	
Monsieur	BARRAULT Christophe	DPDS - Tarification	Adjoint au chef de service	
Monsieur	BEUGRE Hermann	UDAF 36	Adjoint responsable service Actions Sociales et Judiciaires	
Madame	BOISSIERE Nathalie SUCROT Laurence	EHPAD Centre Hospitalier La Châtre	Cadre de santé FFCS	
Madame	BRAGOULET Auriane	EHPAD La Chaume EHPAD Notre Dame du Sacré Cœur	Directrice adjointe	
Madame	BRIALIX Claudette	BVE 36	Présidente	
Monsieur	DALLOT Jacques	CT 36 Mutualité Française		
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DAVID Morgane	ARS Centre - Pôle offre de soins et médico-social	Responsable de la cellule personnes âgées	
Monsieur	DEVINEAU François	CDGI / CH Levroux / CH Valençay / EHPAD Vatan	Directeur	
Madame	DIF-THIERY Delphine	MAIA 36	Directeur	Excusée
Monsieur	DUPONCHEEL Jean-Luc	Résidence ESPOIR SOLEIL	Directeur	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	Excusée
Madame	GORRY Anne	EHPAD Saint Joseph	IDE Coordinatrice	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GRENON Murielle	EHPAD La Chaume EHPAD Notre Dame du Sacré Cœur	Directrice	
Madame	GUENAND Valérie	DPDS - SAAS	Adjoint au chef de service	
Madame	GUILLET Sylvie	EHPAD Saint Joseph	Directrice	Excusée
Monsieur	JOUBERT Aurélien	EHPAD Korian Hameau d'Eguzon	Directeur	
Madame	LAKHFIF Isabelle	EHPAD La Roseaie	Directrice	

11 avril 2016

Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Monsieur	MORICHON Ludovic	DPDS - Tarification		
Madame	POUTRIN Marie-Anne	CDGI	Directrice des soins	
Monsieur	RAFFAULT François	EHPAD La Roche Bellusson	Cadre administratif	
Madame	RAMBOZ Bernadette	Centre Hospitalier Issoudun	Cadre de santé	
Madame	SELLERON Michèle	CD 36	Conseillère départementale	Exclusee
Monsieur	VIRAUD Roger	Résidence ESPOIR SOLEIL	Administrateur	

SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Compte rendu de la réunion du 09 mai 2016

Groupe n° 2 « structurer et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées en hébergement »

Présents : voir liste d'émargement jointe

Les membres présents ont pris connaissance du compte-rendu de la réunion de travail du 11 avril 2016 et n'ont pas émis de remarques.

Il a également été remis en séance des documents de travail statistiques concernant les résidents dans les EHPAD et USLD de 2011 à 2015. On y constate un niveau moyen de dépendance élevé mais ayant peu évolué, une moyenne d'âge des personnes hébergées qui continue de croître.

Les statistiques « démographiques » transmises lors de la précédente réunion montrent un vieillissement de la population de l'Indre, des ressources financières assez faibles et une situation d'isolement de plus en plus forte.

Rappel des thèmes à aborder ce jour concernant l'admission en établissement :

L'admission en établissement :

- L'admission en urgence
- Le travail préparatoire à l'entrée en établissement,
- La clarification des rôles de chacun,
- La place des familles et des aidants.
- Le débat a également conduit à aborder d'autres points particuliers.

En préalable, la séance a débuté par un retour d'expériences sur la mutualisation des moyens dans les établissements.

Il apparaît que la mutualisation porte essentiellement sur la coopération matérielle, la procédure des achats et le personnel.

La coopération matérielle apparaît la mutualisation la plus aisée à mettre en place. C'est la plus traditionnelle. En revanche, sur la procédure d'achats, l'apport de la mutualisation est plus intéressant sur les structures les plus importantes.

Un établissement souligne que la direction commune de plusieurs établissements est un facteur de facilitation de mutualisation des moyens et notamment pour le recrutement de professionnels à temps non complet. Il est précisé qu'une zone géographique réduite est également un facteur facilitant la mutualisation des moyens, même s'il est souligné que la fragmentation des postes est une fragilité pour conserver les personnels et donc stabiliser l'organisation des services.

En revanche, il est signalé des difficultés d'accès aux cursus des formations. Il y aurait une différence entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé. Le secteur public disposerait d'un nombre de places « réservées ». Une certitude se dégage quant à la capacité financière amoindrie des établissements, alors qu'ils doivent remplacer les professionnels partant en formation (10 mois à temps plein pour une formation d'AS). Il est relevé que les réponses de financement sont plus tardives. Toutefois, l'apport de l'ARS permet de financer les formations des infirmières. L'ARS continue cette année à mobiliser des CNR pour les formations d'AS et ASH.

L'admission en urgence

Il est retenu que l'admission en urgence pour un accueil en établissement d'hébergement est toujours très compliquée et est souvent synonyme d'échec. En effet, les situations d'urgence concernent la plupart du temps des personnes âgées touchées par des affections liées à leur polyopathie.

L'admission en EHPAD doit être préparée, travaillée

Les EHPAD ne sont pas un nouveau type d'établissements de la catégorie « services de soins de suite et de réadaptation (SSR) » (auparavant dénommés « moyen séjour »). Trop souvent, les admissions en urgence concernent des personnes sortant d'hospitalisation orientées par le milieu hospitalier qui considère nécessaire l'entrée en EHPAD. Or une admission en EHPAD n'est pas régie par la même législation que l'hospitalisation ce qui entraîne des difficultés dans les familles, notamment en raison des questions financières liées au règlement des frais de séjour, mais plus généralement sur la question du projet de vie. Ce point de l'admission en EHPAD via les services hospitaliers est aussi à retravailler dans les groupes mis en place pour la filière gériatrique.

Pour ce qui est de la réflexion de ce groupe plusieurs éléments ont été soulignés.

Il est nécessaire de rappeler qu'un EHPAD n'est pas un établissement de soins et que son admission n'est pas une décision médicale. Il est noté que le passage en établissement sanitaire relève d'un parcours de soins alors que le séjour en établissement médico-social est un projet de vie.

L'admission directe en EHPAD d'une personne âgée sortant de l'hôpital peut également s'effectuer sous la pression de la famille, alertée par les services hospitaliers sur les besoins de la personne et qui ne voit pas comment elle va pouvoir faire face.

L'admission en EHPAD est un cheminement qui doit être préparé en amont et en accord avec la personne âgée. Il faut veiller à respecter davantage le parcours de vie de la personne âgée.

Les mesures à adopter pour faire en sorte que les admissions en EHPAD soient mieux préparées :

- Anticiper et associer l'environnement familial : il faut pouvoir préparer le projet de vie pour le cas où la dépendance s'accroît. Les aides à domicile, les intervenants libéraux, doivent s'appuyer sur les familles. Les professionnels intervenant au domicile devraient parler d'une éventuelle entrée, présenter ce type de solution et ainsi aider à l'accueil en établissement. La personne de confiance, désormais proposée très tôt, dès la signature du contrat avec l'association d'aide à domicile, peut aussi faire le lien entre la personne, les différents intervenants, et la famille pour préparer ce projet.

Il faut aider la personne âgée et son entourage à se projeter dans « l'après » du maintien à domicile. En effet, il est souligné que l'admission en EHPAD est un cheminement pour la personne. Il est donc indispensable de faire connaître au maximum toutes les possibilités offertes en terme d'offres de service pour davantage anticiper l'entrée en établissement.

La communication se révèle être très importante auprès du futur résident mais également auprès de sa famille, car les deux freins au projet d'admission en EHPAD sont la culpabilité de la famille et la non-adhésion de la personne concernée. A la question de la possibilité d'organiser une visite préalable à l'entrée en établissement médico-social, l'ensemble des établissements présents répond par l'affirmative sans aucune objection. Il est souligné que très souvent, cette visite est réalisée par la famille.

- Rechercher l'adhésion de la personne elle-même : l'anticipation et la préparation de l'admission sont d'autant plus importantes qu'à l'instant où le besoin d'accueil va se manifester, la capacité de la personne à manifester son adhésion est problématique du fait de l'accroissement de la dépendance psychique. Il est souligné que la recherche du consentement est généralisée dans les EHPAD. La loi ASV introduit d'ailleurs un entretien individuel obligatoire avant l'entrée. Il est fait observer que si la personne n'est pas d'accord avec ce projet, elle saura manifester dans son quotidien de résident sa désapprobation de façon très nette.

- Retravailler les sorties d'hospitalisation avec le secteur hospitalier, pour éviter les transferts trop systématiques des personnes âgées sortantes vers les EHPAD. Est notamment évoquée la méconnaissance de l'offre de service du maintien à domicile par les professionnels hospitaliers. D'où :

- améliorer la connaissance des professionnels sanitaires sur les dispositifs de maintien à domicile,
- décloisonner les différents secteurs de l'hôpital concernés par la situation pour préparer la sortie,
- élaborer un projet de sortie du secteur hospitalier avec l'ensemble des acteurs du secteur gérontologique et donc veiller à la participation active dans les coordinations de l'ensemble des partenaires : services sanitaires hospitaliers et de ville, services d'aide et d'accompagnement à domicile et établissements médico-sociaux.

Les professionnels doivent être au clair avec les rôles de chacun

La place du médecin généraliste : celui-ci peut orienter vers un service sanitaire tel le SSR mais seulement faire une proposition d'admission en établissement médico-social. L'orientation en ESMS n'existe pas et une prescription médicale d'admission en EHPAD n'a aucune valeur. Le médecin n'a pas la capacité pour évaluer seul la situation médico-sociale globale de la personne âgée.

Le rôle des SSR : Il se révèle nécessaire de clarifier la situation des SSR. L'ARS signale que tous les SSR de l'Indre ne sont pas occupés à 100 % et qu'il y a une possibilité d'admission directe dans ces services. Il est fait état de positionnements institutionnels inadaptés : notamment d'une difficulté pour les résidents d'EHPAD à accéder aux SSR en sortie d'hospitalisation : exemple de patient qui s'est cassé le col du fémur et qui retourne directement en EHPAD. Il est admis que les SSR ont toute leur place dans le paysage de la politique gérontologique. Il serait regrettable que la T2A soit un frein à son développement puisque les SSR ne prodiguent pas de soins actifs. Pour autant, ils sont reconnus comme un atout indispensable au retour à domicile des personnes âgées hospitalisées.

La personne de confiance et le tuteur : La personne de confiance est différente du tuteur. Un travail de clarification est à mener avec les associations tutélaires pour éviter la confusion des responsabilités. Les documents devront être très clairs, pour rappeler qui a le droit de faire quoi, car le tuteur ne peut pas tout faire. Il est également important de mieux faire connaître les actions des associations de bénévoles (ex : parrainage de proximité de l'UDAF), différentes aussi du rôle du tuteur ou de la famille

Une meilleure connaissance du cadre et des limites des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées est indispensable pour le mieux vivre de ces dernières. Cela afin d'éviter de faire sortir du secteur psychiatrique une patiente dès lors qu'elle atteint ses 60 ans ; de supprimer des pratiques quotidiennes non respectueuses de la vie privée des personnes âgées en EHPAD telles que remettre son courrier à un de ses enfants, et au contraire permettre d'adopter des bonnes pratiques comme solliciter la tutelle quand nécessaire.

La place des familles et aidants dans les établissements

La représentation des familles se fait tout d'abord par le biais du conseil de la vie sociale. Mais elle ne peut se réduire à cela, car les familles ont toute leur place dans l'établissement, même si parfois elles peuvent se montrer envahissantes, difficiles.

La « gestion » des familles difficiles : il est indispensable de différencier les questions liées aux « soins » de celles relevant de l'« accompagnement à la vie quotidienne ». La réglementation en matière d'informations médicales peut donner l'impression que les questions sur cet aspect sont plus faciles à régler. Pourtant les familles sont très en attente sur ce sujet et vivent mal d'être renvoyées vers des

interlocuteurs différents, et qui ne disent pas tous la même chose : infirmière, médecin coordonnateur, médecin traitant, d'où l'importance aussi de la coordination entre les soignants et pour les non-soignants de l'obligation de s'abstenir sur ce sujet. Les établissements précisent qu'en fait, les familles sont plus pointilleuses sur les aspects soins que sur la partie hôtelière.

Il s'avère que l'effort de communication est également nécessaire avec le résident et la famille dès l'entrée en établissement. Il doit porter sur tous les aspects de la vie en institution (exemples : plage de disponibilité des personnels soignants, visites au cimetière, possibilité de manger avec son parent).

Il convient aussi de rappeler aux familles les dispositions réglementaires mises en place au sein de la structure (contrat de séjour, règlement de fonctionnement...) La procédure d'admission doit être la plus complète possible et être respectée au maximum quand un résident arrive, car les familles n'ont pas forcément toutes les informations ou ne les ont pas retenues ou bien comprises.

La question s'est posée d'associer les familles à l'accompagnement d'autres résidents qui seraient plus isolés. Les réponses ont mis en lumière un clivage entre le secteur public assez réservé sur ce type de pratique et le secteur associatif qui en use déjà. Il a été rappelé que l'EHPAD est un lieu de vie et non une antenne hospitalière et qu'il paraissait nécessaire de passer à des logiques intégratives de la famille et des aidants.

Les autres points particuliers

Le nombre de places en EHPAD : Il a été convenu dès le début des travaux qu'il y avait dans l'Indre un nombre suffisant de places.

Le logiciel ARS « via trajectoire » qui permet de gérer les dossiers d'admissions en établissement : dans l'Indre, c'est la personne ou son entourage qui devra le gérer et pas les services. Il n'est pas retenu la possibilité d'ouverture de compte au nom de tel ou tel service.

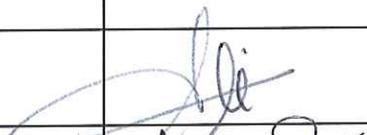
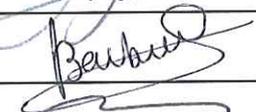
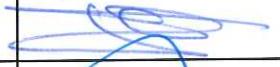
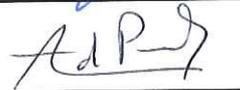
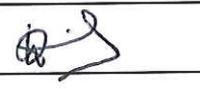
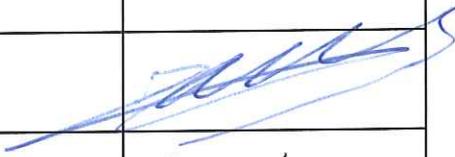
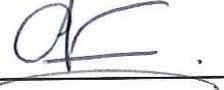
Les changements de terminologie avec la loi ASV : on ne parle plus de placement mais d'admission, d'accueil ; de même pour le projet de vie, le projet d'accueil et d'accompagnement. Au 1^{er} juillet 2017, les structures devront changer leurs documents (contrat de séjour...)

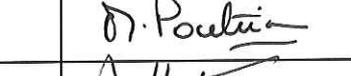
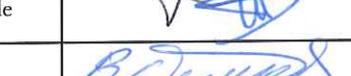
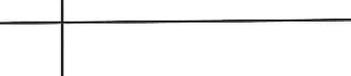
Prochaine réunion
le 13 juin 2016
thème à reprendre : les questions sur le personnel

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022

LISTE DES PARTICIPANTS

GROUPE DE TRAVAIL N° 2

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fontion	Emargement
Madame	ALAPETITE Séverine	EHPAD Le Castel	Directrice	
Madame	ANIERE Sophie	EHPAD Béthanie	Directrice	
Madame	BARBIER Lucie	CD 36	Conseillère départementale	
Monsieur	BARRAT Serge	EHPAD de Châtillon sur Indre EHPAD de Mézières-en-Brenne	Directeur	
Monsieur	BARRAULT Christophe	DPDS - Tarification	Adjoint au chef de service	
Monsieur	BEUGRE Hermann	UDAF 36	Adjoint responsable service Actions Sociales et Judiciaires	
Madame	BOISSIERE Nathalie	EHPAD Centre Hospitalier La Châtre	Cadre de santé	
Madame	BRAGOLET Auriane	EHPAD La Chaume EHPAD Notre Dame du Sacré Cœur	Directrice adjointe	
Madame	BRIALIX Claudette	BVE 36	Présidente	Excusée
Monsieur	DALLOT Jacques	CT 36 Mutualité Française		
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DAVID Morgane <i>remplacée par Anne du Pouty</i>	ARS Centre - Pôle offre de soins et médico-social	Responsable de la cellule personnes âgées	
Monsieur	DEVINEAU François	CDGI / CH Levroux / CH Valençay / EHPAD Vatan	Directeur	Excusé
Madame	DIF-THIERY Delphine	MAIA 36	Directeur	
Madame	DUCROT Laurence	EHPAD Centre Hospitalier La Châtre	FFCS	
Monsieur	DUPONCHEEL Jean-Luc	Résidence ESPOIR SOLEIL	Directeur	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	Excusée
Madame	GORRY Anne	EHPAD Saint Joseph	IDE Coordonnatrice	Excusée
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GRENON Murielle	EHPAD La Chaume EHPAD Notre Dame du Sacré Cœur	Directrice	
Madame	GUENAND Valérie	DPDS - SAAS	Adjoint au chef de service	
Madame	GUILLET Sylvie	EHPAD Saint Joseph	Directrice	

Monsieur	JOUBERT Aurélien	EHPAD Korian Hameau d'Eguzon	Directeur	
Madame	LAKHFIF Isabelle	EHPAD La Roscraie	Directrice	
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Monsieur	MORICHON Ludovic	DPDS - Tarification		
Madame	POUTRIN Marie-Anne	CDGI	Directrice des soins	
Monsieur	RAFFAULT François	EHPAD La Roche Bellusson	Cadre administratif	
Madame	RAMBOZ Bernadette	Centre Hospitalier Issoudun	Cadre de santé	
Madame	SELLERON Michèle	CD 36	Conseillère départementale	
Monsieur	VIRAUD Roger	Résidence ESPOIR SOLEIL	Administrateur	
Mme	LACOU Lydie	CD		

N

SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Compte rendu de la réunion du 13 juin 2016

Groupe n° 2 « structurer et adapter l'offre en ESMS pour les personnes âgées en hébergement »

Présents : voir liste d'émargement jointe

Les membres présents ont pris connaissance du compte-rendu de la réunion de travail du 9 mai 2016 et n'ont pas émis de remarques.

Il a également été remis en séance des documents de travail statistiques concernant l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.) à domicile dans l'Indre. On y constate une baisse du nombre de demande d'A.P.A. à domicile mais une stabilité du pourcentage (85%) de décisions favorables.

L'évolution du niveau de dépendance des bénéficiaires de l'A.P.A à domicile dans l'Indre reste stable avec une majorité de personnes en GIR 4 (environ 2/3 des bénéficiaires).

Rappel du thème à aborder ce jour : le personnel des E.S.M.S.

absentéisme :

L'absentéisme est important dans les EHPAD et surtout ceux rattachés au secteur hospitalier. Une des explication avancée est la suppression des 3 jours de carence.

Il a été souligné qu'il existait 2 types d'absentéisme :

- les arrêts pour longue maladie
- les petits arrêts de travail (arrêt de 3 à 4 jours régulier et souvent répétitif)

Il ressort du débat qu'il est difficile de lutter sur les arrêts pour longue maladie et que les petits arrêts de travail sont difficiles à gérer et engendrent des difficultés d'organisation. Une des causes évoquées est la dégradation des conditions de travail. Pour autant, selon des directeurs d'établissement, il est également noté un changement de culture chez les jeunes recrues de plus en plus souvent absents et une perte du sens du travail d'équipe. Ainsi les arrêts pour accident du travail sont en baisse alors que les absences pour enfants malades sont pris plus couramment voire des arrêts font suite à des refus de congés. Il est également précisé que les établissements ont peu de moyen pour mobiliser les contrôles de la Sécurité Sociale.

Les arrêts de travail épuisent et démoralisent le personnel en poste. 5 % du personnel en arrêt engendre une désorganisation dans le travail des équipes : il est alors fait appel à des agents en repos qui effectuent des heures supplémentaires difficiles à récupérer (nécessitant de revoir l'organisation des plannings sur les semaines suivantes).

La mise en place des 35 heures a également modifié les mentalités : certains agents ne considèrent leur travail qu'à travers leur emploi du temps personnel, leur planning au détriment de la prise en charge des résidents. La notion du travail est supplantée par la notion d'organisation de la vie personnelle.

Une question se pose alors : comment concilier une prise en charge adéquate des résidents avec un taux d'encadrement suffisant, un maintien des prix de journée et un taux d'absentéisme important ?

L'augmentation des taux d'encadrement donc des effectifs conduit à une évolution des tarifs non supportable pour les résidents.

L'absentéisme du personnel est également lié à la pyramide des âges des établissements : le personnel de ces structures devient vieillissant, entraînant un développement des maladies professionnelles et des pathologies lourdes et la mise en place de nombreux arrêts longue maladie et des mi-temps thérapeutiques.

Un autre facteur du développement de l'absentéisme : l'évolution de la société avec de nombreuses familles monoparentales qui engendrent des arrêts plus fréquents (maladie des enfants, surmenage...).

Aussi, afin de lutter contre l'absentéisme, il est nécessaire de prendre des mesures préventives comme par exemple adapter autant que possible le règlement intérieur de l'établissement en proposant la suppression des horaires coupés, l'autorisation de congés pour enfants malades uniquement sur justificatif et limités à quelques jours par an....

Par ailleurs la mutualisation des moyens et des personnels entre structures pourrait permettre de répondre partiellement à l'absence de personnel qualifié (difficulté de recrutement ou remplacement).

Autre solution : faire appel aux retraités pour des remplacements et ce dans des temps limités et pour le personnel qualifié (comme par exemple les IDE). Cette mesure pourrait éviter le recours à l'intérim, très coûteux, pour le personnel qualifié. En effet, l'absence de ce personnel est plus problématique dans l'organisation du travail que celle du personnel non qualifié et donc son remplacement est nécessaire.

En conclusion : l'absentéisme est un problème majeur pour les établissements mais il existe peu de solutions pour l'enrayer. De plus, les structures travaillant en flux tendu, les arrêts du personnel aggrave la situation. Il est donc nécessaire de tenter de motiver le personnel mais cette solution est difficile à réaliser au vu des problèmes de société actuels.

Formation du personnel :

Les formations de base du personnel sont difficiles à mettre en place en raison du manque de temps et du financement du plan de formation. D'une part, la formation du personnel implique le remplacement des agents partis en formation. D'autre part, les enveloppes financières limitées des plans de formation obligent de prioriser les formations proposées par le niveau national au détriment des formations spécifiques.

La formation de personnel qualifié tels les aides soignants et infirmiers serait insuffisante, la majorité des établissements ayant des difficultés à recruter ce personnel. En réalité, il n'y a pas réellement pénurie du personnel qualifié car ces personnels s'inscrivent en intérim, leur permettant ainsi de choisir leur temps de travail (et leur période de vacances), contrairement à l'organisation en établissement.

Recrutement :

Les établissements essentiellement pour les structures éloignées de Châteauroux sont confrontés au recrutement du personnel qualifié, et en particulier celui des aides soignants et infirmiers.

Le marché des infirmiers a été très tendu mais il l'est moins mais reste très volatile.

Le problème est plus centré sur le recrutement des aides soignants. En effet, ce secteur est peu attractif pour les jeunes qualifiés car le salaire de départ d'une aide soignante est très proche d'une ASH.

Encadrement :

Les établissements indiquent qu'ils manquent de temps d'encadrement pour faire de l'accompagnement et de l'encadrement des équipes. Les ratios de cadre de santé et d'infirmière coordinatrice ou référente sont peu élevés.

Il est rappelé que ces moyens sont accordés sur la base du GMPS (GMP qui correspond au niveau de dépendance des résidents et le PMP ou Pathos qui correspondent au niveau de soins requis des résidents). Ce GMPS est validé tous les cinq ans sur la base des besoins réels des résidents présents dans la structure et peut faire l'objet d'une validation au cours de ces cinq années à la demande de la structure.

En réalité, le Pathos évolue et prend en compte correctement le niveau de prise en charge des résidents mais la réponse financière n'est pas en adéquation avec le niveau évalué. De plus, le temps infirmier est occupé à la préparation des piluliers au détriment du temps passé auprès des résidents. En effet, il existe un vide juridique sur la préparation des piluliers : les officines peuvent ou non préparer, à leur propre discrétion et de façon non rémunérée, les semainiers des résidents.

Au niveau de l'hôtellerie, les établissements souhaiteraient mettre en place un personnel d'encadrement comme par exemple un cadre hôtelier mais ce poste n'existe pas dans la réglementation (ni dans les conventions tripartites, ni dans les conventions collectives).

Par ailleurs, un glissement des tâches du sommet de la pyramide hiérarchique vers le bas s'opère. Ce phénomène est en partie lié à la désertification médicale : aucun établissement de l'Indre dispose du temps légal et réglementaire de médecin coordonnateur (qui intervient également en temps que libéral au sein de ces structures). Ce problème entraîne une prise en charge d'une partie de leur travail par les IDE dont une partie de leurs tâches est alors effectuée par les aides soignants, qui voient elles-mêmes une partie de leurs missions réalisées par les ASH, qui elles voient parfois leurs tâches confiées à des contrats aidés.

Prestations supports :

Certains établissements indiquent que le financement et la prise en charge des missions transversales (informatique...) est insuffisante au regard des demandes de plus en plus croissantes sollicitées dans ces structures.

Il serait nécessaire d'optimiser les sources financières mais malheureusement celles-ci sont tarées. En effet, ces prestations sont à la charge exclusive des résidents dont les ressources sont peu élevées.

Animation :

Le temps pour les animations semble peu élevé dans les EHPAD en raison d'un ratio un peu juste, d'où des interventions très limitées les week-ends et jours fériés.

Une étude sur le rôle d'animateur et une définition de son poste seraient à prévoir car ce personnel concourt au maintien des acquis des résidents et leur permet de continuer à avoir des liens sociaux. De plus, ce personnel intervient dans la prise en charge et dans l'élaboration du projet de vie des résidents.

Cette réunion de travail étant la dernière, l'ensemble des compte-rendus de tous les groupes sera adressé par mail à toutes les personnes invitées aux groupes de travail.

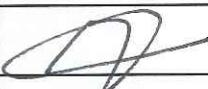
Un rendu du diagnostic et des réflexions fera l'objet d'une réunion le 28 septembre 2016, une invitation sera adressée à toutes et à tous.

Merci d'avoir répondu présent et d'avoir apporté votre concours à ce nouveau schéma gérontologique 2017-2022.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022

LISTE DES PARTICIPANTS

GROUPE DE TRAVAIL N° 2

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fonction	Emargement
Madame	ALAPETITE Séverine	EHPAD Le Castel	Directrice	
Madame	ANIERE Sophie	EHPAD Béthanie	Directrice	
Madame	BARBIER Lucie	CD 36	Conseillère départementale	
Monsieur	BARRAT Serge	EHPAD de Châtillon sur Indre EHPAD de Mézières-en-Brenne	Directeur	Excusé.
Monsieur	BARRAULT Christophe	DPDS - Tarification	Adjoint au chef de service	
Monsieur	BEUGRE Hermann	UDAF 36	Adjoint responsable service Actions Sociales et Judiciaires	
Madame	BOISSIERE Nathalie	EHPAD Centre Hospitalier La Châtre	Cadre de santé	
Madame	BRAGOULET Auriane	EHPAD La Chaume EHPAD Notre Dame du Sacré Cœur	Directrice adjointe	
Madame	BRIALIX Claudette	BVE 36	Présidente	Excusée
Monsieur	DALLOT Jacques	CT 36 Mutualité Française		
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DAVID Morgane	ARS Centre - Pôle offre de soins et médico-social	Responsable de la cellule personnes âgées	
Monsieur	DEVINEAU François	CDGI / CH Levroux / CH Valençay / EHPAD Vatan	Directeur	
Madame	DIF-THIERY Delphine	MAIA 36	Directeur	
Madame	DUCROT Laurence	EHPAD Centre Hospitalier La Châtre	FFCS	
Monsieur	DUPONCHEEL Jean-Luc	Résidence ESPOIR SOLEIL	Directeur	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	Excusée
Madame	GORRY Anne	EHPAD Saint Joseph	IDE Coordinatrice	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GRENON Murielle	EHPAD La Chaume EHPAD Notre Dame du Sacré Cœur	Directrice	
Madame	GUENAND Valérie	DPDS - SAAS	Adjoint au chef de service	
Madame	GUILLET Sylvie	EHPAD Saint Joseph	Directrice	Excusée

Monsieur	JOUBERT Aurélien	EHPAD Korian Hameau d'Eguzon	Directeur	
Madame	LACOU Lydie	CD 36	Conseillère départementale	Lacou
Madame	LAKHFIF Isabelle	EHPAD La Roseaie	Directrice	Lakhfif
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	Le Monnier
Monsieur	MORICHON Ludovic	DPDS - Tarification		excusé
Madame	POUTRIN Marie-Anne	CDGI	Directrice des soins	Poutrin
Monsieur	RAFFAULT François	EHPAD La Roche Bellusson	Cadre administratif	Raffault
Madame	RAMBOZ Bernadette	Centre Hospitalier Issoudun	Cadre de santé	Ramboz
Madame	SELLERON Michèle	CD 36	Conseillère départementale	Selleron
Monsieur	VIRAUD Roger	Résidence ESPOIR SOLEIL	Administrateur	Viraud
	SEGURA - PENOT Aude	EHPAD Bethanie PELLEUXTIN	Infirmière coordonnatrice	Segura

**COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 30 MARS 2016
DU GROUPE DE TRAVAIL N° 3**

SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Favoriser un environnement adapté au Bien Vieillir

Présents : voir liste d'émargement jointe

Ce groupe de travail a pour objectif de cerner les conditions à réunir et les améliorations à apporter à l'environnement de vie des personnes âgées (indépendamment des prestations et services spécialisées) afin de favoriser le bien vieillir dans le département.

Il permettra de ce fait d'alimenter la construction du programme coordonné de financement de la Conférence des Financeurs, prévu par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

L'objet de cette première réunion est de définir le périmètre de la réflexion et les différentes thématiques à aborder.

Ainsi si par exemple la question de la désertification médicale est centrale comme condition du « bien vieillir », le groupe de travail (et le schéma) ne pourra certes pas y apporter des solutions qui ne pourraient relever que du niveau national, toutefois certaines initiatives ou expérimentations pourraient émerger permettant de pallier ou prendre en compte cette situation.

Il convient également de positionner la réflexion non pas comme la construction d'un catalogue d'actions développés par tel ou tel porteur et en recherche de financement mais bien comme la définition des conditions à développer et à promouvoir pour favoriser le bien vieillir, conditions qui ensuite pourront justifier des actions à promouvoir.

En conclusion, les échanges ont permis de dégager les domaines suivants, comme conditions du bien vieillir :

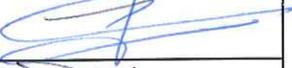
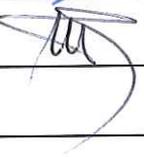
- 1) L'importance du lien social, de la participation à la vie sociale, avec en corollaire les réflexions autour de l'organisation de la place respective des bénévoles et des professionnels, la reconnaissance de la personne âgée en tant qu'acteur et pas seulement objet d'intervention ou d'accompagnements
- 2) L'environnement « physique » et matériel de vie : habitat, domotique, accès numérique, aides techniques,
- 3) la mobilité et les transports, véritables vecteurs du lien social et de la prévention de la perte d'autonomie,
- 4) la place des aidants, leur reconnaissance aux côtés des professionnels du secteur de l'accompagnement,
- 5) les questions autour de la responsabilité individuelle, de la liberté du choix de vie et de ses limites,
- 6) les questions liées à la connaissance des dispositifs comme facteur d'accès aux droits, la diffusion des informations, la coordination des acteurs,

Ces différents thèmes seront donc approfondis lors des prochaines rencontres.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022
LISTE DES PARTICIPANTS
GROUPE DE TRAVAIL N° 3

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fontion	Emargement
Madame	BERTHIER Marie-France	CODES 36	Présidente	
Madame	BLONDEL Elsa	DPDS - SAAS	Contrôleur APA	
Madame	BORODINE Katia	ASMAD	Responsable SSIAD	Excusée
Madame	BUDAN Emmanuelle	CCAS CHATEAUROUX	Directrice	
Madame	BURTIN Cécile	MARPA Les Hirondelles	Directrice	
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DUGUET Nathalie	Centre Hospitalier d'Issoudun	Cadre EHPAD	
Monsieur	DUPONCHEEL Jean-Luc	Résidence ESPOIR SOLEIL	Directeur	
Madame	FRADET Nathalie	DPDS - SAAS	Infirmière	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GUENAND Valérie	DPDS - SAAS	Adjoint au chef de service	
Madame	JOLY Marie	Fédération FAMILLES RURALES	Présidente	
Madame	LECAROUX Marie-Charlotte	OPAC 36	Directrice de la gestion locative et de la prévention sociale	Excusée
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Madame	MANCIC Hélène	Fédération FAMILLES RURALES	Directrice adjointe	
Madame	OUDOT Estelle	MSA Berry-Touraine	Responsable Action Sociale	
Monsieur	PETITPRETRE Jean	CD 36	Conseiller départemental	
Madame	PEYROT Viviane	Centre Hospitalier La Châtre	Cadre de santé	
Monsieur	PINAULT Fabrice	Présence Verte	Responsable	
Madame	SURAND Isabelle	OPAC 36	Responsable du service social	
Madame	RAIFFORT Chantal	DPDS - SAAS	Responsable du CLIC	
Madame	RENAUD-INCLAN Odette	ADMR / ALMA 36	Présidente	
Madame	RHIMBERT-BONNET Nathalie	UDAF 36	Responsable service Développement de la Vie Associative et Familiale	
Monsieur	VIALARET Jean-Pierre	ATI 36	Président	

30 mars 2016

Madame	VIEL Christiane	Association France Alzheimer Y'Acqa	Secrétaire adjointe	
Monsieur	VIRAUD Roger	Résidence ESPOIR SOLEIL	Administrateur	
Mme	LACOU Lydie		Conseillère départementale	
Mme	BUIENARD Véronique	ASNAO	Directrice	
M ^e	DEF - THICRY Delphine	NAIA 36	Pilote	
Mme	SOUCERON Nicole	Conseil départemental		

Catherine Buet, Maire Adjointe chtre, excusée.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL 2014-2019

COMPTE RENDU de la REUNION du 18 avril 2016 du GROUPE de TRAVAIL N° 3

Favoriser un environnement adapté au Bien Vieillir

Présents : voir liste d'émargement jointe

Les membres présents ont pris connaissance du compte rendu de la réunion de travail du 30 mars 2016. Il a également été remis en séance des documents de travail statistiques concernant en particulier la population dite âgée.

Le thème de cette seconde réunion est le lien social, ses objectifs sont de le définir, de déterminer les forces en présence garantes du lien social et d'envisager les pistes pour développer et/ ou consolider ce lien.

1/ Définition du lien social

En préalable, il est fait une distinction entre le manque de lien social et l'isolement. Les deux notions ne vont pas forcément de paire. Une personne âgée peut être isolée (géographiquement) et pour autant ne pas être en manque de lien social (entourage famille, amis...). Pour autant, ces deux notions peuvent être liées quand il existe chez la personne âgée un sentiment d'isolement : elle se replie sur elle-même et alors il devient difficile pour les professionnels de la « ramener » dans une dynamique entretenant du lien social.

Il ressort des échanges que la définition qui fait le plus sens est celle insistant sur le lien social comme moyen de permettre aux personnes âgées de continuer leurs habitudes de vie (pouvoir se déplacer où elles souhaitent, conserver leurs activités voire participer aux activités proposées par leur commune...).

Il est fait état d'un manque de données sur les véritables envies de lien social des personnes âgées du département et donc de leurs besoins. Il est suggéré de procéder à un état des lieux de l'existant en interrogeant directement les personnes âgées, par voie d'enquête, sur leurs besoins et envies et de déterminer les actions les plus pertinentes à mettre en place. Il est signalé que la Carsat (absente à la réunion) a lancé une enquête en 2015 qui a donné lieu à peu de réponses.

Il est rappelé qu'un questionnaire a été adressé à des personnes âgées sur le secteur de CHATEAUROUX par des universitaires et que les thématiques évoquées sont :

- le maintien à domicile (rester le plus longtemps chez eux)
- la mobilité géographique (bénéficiaire de transports)
- la proximité des services (avoir des commerces et services de proximité)
- l'accès aux services de soins primaires ou d'aide à domicile (faire appel à des aides à domicile)
- la crainte de la paupérisation (avoir des ressources suffisantes)
- leur rôle dans la société (se sentir utile et être considéré(e)).

2/ Conditions de réussite du lien social ou les forces en présence garantes de ce lien

- la mairie

Pour les territoires ruraux, il est rappelé que la mairie est souvent le point d'ancrage des demandes de lien social.

Pour les zones urbaines, les villes ont mis en place des services en faveur des personnes âgées.

Des réponses en terme de transport :

Plusieurs communes du département ont mis en place des solutions de transport pour les personnes âgées avec des plages horaires. Dans d'autres communes, la mairie facilite la mise en relation pour du covoiturage par exemple. Néanmoins, il est constaté que cela reste du bénévolat réalisé par une population de plus en plus vieillissante et que les relais par les nouvelles générations sont difficiles. Pour les manifestations ponctuelles dans les communes, le transport est un vrai souci.

Des réponses en terme de mixité sociale :

Certaines communes mettent en place des stratégies avec les associations locales pour créer du lien social entre générations et ne pas cantonner les actions au profit des seules personnes âgées.

Des réponses en terme d'animation :

maintien des clubs du troisième âge, organisation de thé dansant, l'objectif de ces animations communales est que personne ne reste dans son coin.

- les associations

Il semble que les capacités des associations à drainer les personnes âgées soient limitées (peu de forces vives). Il serait intéressant pour les mairies de poursuivre ou d'initier des rencontres entre associations afin de consolider leur rayonnement ou de renforcer le croisement des générations.

- le bénévolat

Mme BUDAN du Centre Communal d'Action Sociale de CHATEAUROUX souligne que le dispositif national MONALISA semble pouvoir être une tribune pour valoriser les actions des bénévoles sur le terrain. Ce dispositif auquel CHATEAUROUX adhère aurait pour vocation de répertorier ce que chacun fait et de déterminer la part des actions réalisées en faveur des personnes âgées. L'idée serait donc de valoriser ce qui existe et voir si ces actions peuvent être mises en place dans d'autres quartiers. Par exemple, sur CHATEAUROUX, un groupe de bénévoles propose un repas par mois : des personnes âgées viennent prendre ce repas.

Le dispositif MONALISA donnerait ainsi l'opportunité de partager des constats et d'améliorer la mobilisation des bénévoles. Son objectif est de savoir qui décroche et pourquoi, ainsi que les axes d'amélioration à mettre en œuvre.

Il ressort du débat que ce dispositif, qui semble attractif pourrait avoir plus de légitimité s'il bénéficiait d'un portage départemental, dont les modalités restent à déterminer.

- les coordinations gérontologiques

Elles regroupent les acteurs locaux de la politique gérontologie (les professionnels du Département, les élus locaux, les associations d'aide à domicile, les services de soins à domicile, les professionnels de santé...). Elles se réunissent soit pour répondre à des problématiques individuelles et coordonner leurs actions autour de la personne âgée soit pour proposer des actions collectives en direction des personnes âgées du territoire. La question se pose de la place qui peut être faite aux bénévoles.

3/ Les pistes pour maintenir le lien social

- amélioration de l'information, la communication :

Il est rappelé l'existence du site SENIOR36, outil départemental accessible à tous, qui permet de faire connaître les actions locales et les services existants. Certains membres de cette réunion indiquent ne pas connaître cet outil qui a déjà quelques années d'existence et qui à son ouverture a fait l'objet de présentation au salon des Seniors. Des efforts restent à faire pour capitaliser les actions menées par les acteurs de la politique gérontologique sur le département et enrichir l'outil avec des nouveaux formats à définir.

Il est évoqué l'insuffisance de communication sur ce qu'est une résidence autonomie (ex foyer logement), sur le rôle du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination).

Pourtant, il est rappelé que le CLIC met régulièrement à jour le site SENIOR36 et mentionne régulièrement en page d'actualités du site indre.fr les animations et actions locales notamment les opérations « portes ouvertes » des établissements.

Certains acteurs indiquent que des actions comme par exemple le Salon des Seniors ont atteint leur limite notamment du fait du coût des stands jugés trop important.

Faut-il imaginer d'autres formats de communication ? Il existe cependant de nombreuses actions, y compris sans impact financier, par exemple des forums, colloques, conférences, etc.

- capitalisation des actions et mutualisation : le travail en réseau

Il est relevé que le lien social ne peut pas compter que sur le bénévolat. Il convient également de mettre en place des actions qui ont fait leurs preuves par ailleurs. Par exemple, associer les maisons de retraites avec des écoles pour favoriser les échanges entre les enfants et les personnes âgées (respecter le vieillissement), recruter des jeunes en service civique pour réaliser des actions auprès des personnes âgées (notamment dans le cadre du dispositif MONALISA).

Enfin, il est retenu la nécessité d'articuler les actions des bénévoles avec celles des professionnels. Il y a un véritable intérêt à mieux se connaître les uns les autres pour mieux coordonner les actions et maintenir ou construire le lien social. Il semble important de préparer les personnes âgées à ne pas se couper des autres. Pour cela, il convient de se poser la question de l'anticipation des besoins futurs des personnes qui avancent en âge afin d'éviter des risques de rupture du lien social. Cela revient à réfléchir à mettre en place des actions de prévention de rupture de lien social par exemple en s'appuyant sur des visiteurs à domicile. Il est signalé qu'il est souvent difficile aux visiteurs à domicile de se faire accepter, il leur faut trouver un biais par lequel nouer la relation (un livre par exemple). Cela nécessite également une formation adaptée de ces intervenants.

- changement du regard des autres sur les personnes âgées :

Ce changement s'opère grâce à des opérations qui permettent des échanges entre générations (Conférences à l'Université du citoyen lors de la semaine bleue) ou des ouvertures de lieux dédiées à une population aux autres publics (par exemple : ouverture des EHPAD aux associations, bénévoles).

En conclusion, il est rappelé que la population âgée et donc ses besoins ont évolué et qu'à l'occasion du nouveau schéma, il serait souhaitable de pousser les lignes traditionnels des dispositifs et promouvoir des initiatives valorisant le lien social. Il s'agit de trouver des solutions nouvelles adaptées. Par exemple en terme d'habitat alternatif : la colocation, l'habitat participatif (opération lancée par le C.C.A.S. de CHATEAUROUX en partenariat avec OPAC 36), l'habitat regroupé (rapprocher les commerces et services, du logement). La question de la domotique devrait pouvoir être également abordée en terme d'apport et de contrainte.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022

LISTE DES PARTICIPANTS

GROUPE DE TRAVAIL N° 3

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fonction	Emargement
Madame	BERTHIER Marie-France	CODES 36	Présidente	
Madame	BLONDEL Elsa	DPDS - SAAS	Contrôleur APA	
Madame	BORODINE Katia	ASMAD	Responsable SSIAD	
Madame	BUDAN Emmanuelle	CCAS CHATEAUROUX	Directrice	
Madame	BURTIN Cécile	MARPA Les Hirondelles	Directrice	
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DUGUET Nathalie	Centre Hospitalier d'Issoudun	Cadre EHPAD	
Monsieur	DUPONCHEEL Jean-Luc	Résidence ESPOIR SOLEIL	Directeur	
Madame	EBRAS Danielle	CODERPA	Présidente	
Madame	FRADET Nathalie	DPDS - SAAS	Infirmière	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	excusée
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CMPM	Chef de service	
Madame	GUENAND Valérie	DPDS - SAAS	Adjoint au chef de service	
Madame	JOLY Marie	Fédération FAMILLES RURALES	Présidente	Excusée
Madame	LECAROUX Marie-Charlotte	OPAC 36	Directrice de la gestion locative et de la prévention sociale	
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	Excusée
Madame	MANCIC Hélène	Fédération FAMILLES RURALES	Directrice adjointe	
Madame	OUDOT Estelle	MSA Berry-Touraine	Responsable Action Sociale	
Monsieur	PETITPRETRE Jean	CD 36	Conseiller départemental	
Madame	PEYROT Viviane	Centre Hospitalier La Châtre	Cadre de santé	
Monsieur	PINAULT Fabrice	Présence Verte	Responsable	
Madame	SURAND Isabelle	OPAC 36	Responsable du service social	excusée.
Madame	RAIFFORT Chantal	DPDS - SAAS	Responsable du CLIC	excusée
Madame	RENAUD-INCLAN Odette	ADMR / ALMA 36	Présidente	
Madame	RHIMBERT-BONNET Nathalie	UDAF 36	Responsable service Développement de la Vie Associative et Familiale	

RUET Catherine

Marie CHIX
18 avril 2016

Marie adjoint

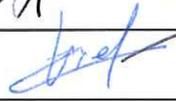
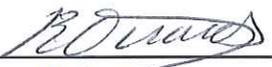
Monsieur	VIALARET Jean-Pierre	AIT 36	Président	
Madame	VIEL Christiane	Association France Alzheimer Y'Acqa	Secrétaire adjointe	
Monsieur	VIRAUD Roger	Résidence ESPOIR SOLEIL	Administrateur	
	DIF Delphine	MAIA 36	pilote	
	LACOU Lydie	CD		
	SELLEAON Michèle	CD		Excusée

SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL 2014-2019

COMPTE RENDU de la RÉUNION du 23 mai 2016 du GROUPE DE TRAVAIL n° 3

Favoriser un environnement adapté au Bien Vieillir

Présents : voir liste d'émargement en annexe

Des documents de travail statistiques concernant une étude des résidents dans les établissements de l'Indre hébergeant des personnes âgées dépendantes de 2011 à 2015 sont remis aux participants ainsi que le compte rendu de la réunion de travail précédente qui appelle les observations ci-après, de la part de Mme BUDAN – Directrice du C.C.A.S. de CHÂTEAUROUX MÉTROPOLE :

- sur CHÂTEAUROUX un repas est proposé une fois par mois par un groupe de bénévoles et non pas une fois par semaine,
- en ce qui concerne l'habitat participatif, l'opération lancée par le C.C.A.S de CHÂTEAUROUX n'est pas en partenariat avec Habitat36 mais avec l'O.P.A.C.

Sont ensuite étudiées les différentes thématiques à l'ordre du jour.

1° ACCÈS AU NUMÉRIQUE

Compte tenu de l'évolution régulière et très rapide de l'environnement informatique, constat est fait des inquiétudes (peur de ne pas savoir s'adapter aux matériels, de faire des erreurs...) des personnes âgées pour s'adapter aux nouvelles technologies, notamment pour la réalisation de leurs démarches administratives qui sont de plus en plus dématérialisées (déclaration d'impôt, obligation de faire une déclaration sur le net par les nouveaux utilisateurs de C.E.S.U., etc...).

En effet, si cette problématique ne se posera plus dans une quinzaine d'années du fait que les jeunes retraités d'aujourd'hui seront à l'aise avec cet outil, il semble indispensable d'aider actuellement les seniors les plus âgés dans l'utilisation du numérique.

La question est alors soulevée de savoir :

- s'il s'agit de « former » les personnes âgées ou de les aider et accompagner pour l'utilisation de ces outils,
- qui et comment réaliser cette formation/aide (professionnels, bénévoles, familles?),
- et pour quel type d'activités (initiation, maintien du lien social, aide aux démarches?).

« Formation » ou « assistance » ? :

Il est relevé que les personnes âgées apprécient les actions d'initiation au numérique et à l'informatique adaptées pour eux (individualisées, de proximité ou par petits groupes pour réduire la crainte de l'échec, pouvoir poser des questions,...). Toutefois il apparaît également que même après ces actions, les personnes restent très peu autonomes et prêtes à utiliser seules l'outil. Ainsi, ces actions apparaissent moins utiles comme lieu de « formation » que comme réponse au besoin de maintenir le lien social, de rester « dans le coup ».

Qui est susceptible d'assurer l'accès des seniors aux outils informatiques :

- les professionnels peuvent être amenés à utiliser l'outil informatique pour et éventuellement au nom des personnes âgées mais en lien direct avec leur mission : accès au droit, accès aux soins, etc. On peut difficilement imaginer des services professionnels assurant la formation et l'accès au numérique de chaque personne âgée.
- les bénévoles et les familles : ils permettent souvent les actions d'initiation, d'animation.

Pour quel usage ?

- les démarches administratives [dossier de droits sécurité sociale, fournisseur énergie, téléphone, dématérialisation des demandes d'entrée en EHPAD (vitrajectoire)] mais se pose la limite de l'assistance à l'accès aux démarches numériques pour les dossiers comportant des informations strictement personnelles et des droits individuels,
- l'aspect loisirs (ex. tablettes de jeux présentés au salon des seniors 2016 à CHÂTEAUROUX), culturel et le maintien des capacités cognitives,
- le maintien du lien social avec les proches (réseaux sociaux, échanges,...)

A développer :

- veiller à éviter de renforcer l'exclusion des personnes âgées qui n'auraient plus accès à un certain nombre de droits et services du fait de leur accès exclusivement numérique, en trouvant des modes d'accès adaptés pour ces populations,
- développer des nouveaux modes d'accompagnement qui allient l'accès aux droits, la participation sociale, le loisir.

Il existe régulièrement des appels à projet, par exemple de la CNSA, permettant de développer des actions innovantes dans ce domaine.

2) TRANSPORTS

Les personnes âgées sont souvent confrontées à des difficultés de déplacement pour leurs courses, se rendre à des rendez-vous médicaux, etc.

Se pose à nouveau la question de savoir qui peut intervenir et la frontière entre recours au bénévolat et intervention de professionnels avec les questions qui en découlent (responsabilité/financement, notamment).

Solutions existantes :

- Aides prévues dans le plan d'aide de la personne âgée.
- Covoiturage de proximité (« blablacar » local) et solidarité (plus développée en milieu rural).
- Initiatives communales (mairies mettant du personnel et des moyens de transport à disposition des seniors de leurs communes).

A développer :

- la mise en valeur des initiatives,
- le covoiturage,
- l'information des personnes âgées sur les moyens existants notamment par la connaissance de ces données dans le guide pratique ou sur SENIOR36.

3) HABITAT, AIDES TECHNIQUES, DOMOTIQUE

Sont évoqués des dispositifs existants et des outils techniques innovants.

a) pour l'habitat :

- le P.I.G (Programme d'Intérêt Général) qui répond à la solvabilisation de 70 % des opérations d'amélioration de logement,
- les aides proposées dans le cadre du parc social (aides fiscales et sociales prévues dans les nouveaux programmes de mise aux normes et d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite).

b) dans le domaine de la domotique et des aides techniques, il existe aussi de nombreuses solutions qui ne cessent de se développer :

- chemin lumineux pour éviter les chutes,
- détecteur de mouvements, détecteurs de chutes pour déclenchement des secours,
- détecteur de monoxyde de carbone, d'inondation et de fumée connectés à la téléassistance,
- surveillance par caméras sur TV,
- systèmes d'ouvertures automatiques,
- montres connectées géolocalisées, et autres équipements connectés,
- revêtement sur les sols pour les non-voyants,
- outils techniques tels qu'enfile-bas, bouillottes « kangourou », etc.

Il semble toutefois que ces dispositifs soient insuffisamment mobilisés notamment en raison de leur nouveauté et/ou d'information insuffisante et/ou de freins psychologiques des personnes âgées ou de leurs aidants vis-à-vis des changements induits dans leurs habitudes de vie par ces dispositifs. Il serait donc nécessaire de favoriser la connaissance et l'accès des personnes âgées et de leurs aidants à ces dispositifs :

- prise de conscience des personnes âgées de la nécessité d'une mise en place de matériels avant une première chute,
- déstigmatisation de la difficulté d'utilisation ou du coût par la démonstration de matériel et de tests,
- présentation au Grand Public (journée d'information, salon des seniors,...),
- mise en place d'ateliers de démonstration dans des lieux de proximité en s'appuyant par exemple sur le réseau des pharmaciens,
- incitation dans les nouveaux habitats à l'utilisation de systèmes de domotique.

4) PLACE DES AIDANTS ET LEUR RÔLE D'ACCOMPAGNEMENT

Il s'agit de cerner le rôle des aidants non professionnels, familiaux ou pas.

Est ainsi mentionné en premier lieu celui de la personne de confiance qui a acquis un statut mais n'en devient pas pour autant seul décisionnaire (sa reconnaissance ne doit pas réduire l'accompagnement à sa seule présence et elle ne peut pas se substituer aux autres aidants ou à la personne âgée, pour la prise de décisions).

La question est ensuite soulevée de savoir comment mieux prendre en compte les aidants dont le rôle est reconnu comme essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées mais qui peuvent s'épuiser par lassitude, stress, dépression ou sentiment de culpabilité lorsqu'ils envisagent de prendre du répit (or dans beaucoup de situation on constate un risque de décès de l'aidant avant celui de la personne aidée).

Les solutions de répit qui existent ne semblent pas suffisamment utilisées. Ainsi, le fonctionnement de l'hébergement temporaire paraît trop « rigide » : pour des périodes longues, avec des procédures d'admission lourdes, pas d'accueil de nuit. En outre, le recours à l'hébergement temporaire est mal perçue par l'aidant et aussi par la personne aidée (notion d'abandon, peur d'entrer définitivement en établissement). La question du « baluchonnage » est évoquée mais les freins, liés notamment au cadre juridique semblent ne pas permettre la généralisation de ce type de réponse.

Par ailleurs, si l'importance de la place de l'aidant est clairement reconnue dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et dans l'adaptation du plan d'aide A.P.A., aucun dédommagement financier n'est attribué, contrairement aux statuts accordés par le législateur aux aidants de personnes handicapées. Les nouvelles prestations prévues dans le cadre de la loi ASV sont ponctuelles.

La prise en compte des aidants dans le projet de vie d'une personne âgée étant primordiale, il convient de les accompagner en leur permettant de prendre conscience de leurs difficultés, de leur proposer de l'aide aux aidants ou des solutions de substitution lorsqu'ils ne sont plus en capacité de remplir leur rôle.

Sur cette question de la prise en compte du rôle des aidants, il apparaît nécessaire :

- d'avoir la vision la plus exhaustive possible de tous les aidants d'une personne âgée (par le cahier à domicile, la nouvelle demande d'A.P.A., etc.),
- de faire connaître les solutions d'hébergement temporaire et autres possibilités de répit (accueil familial, habitat regroupé, village vacances), le plus en amont possible afin de permettre un recours « hors urgence » et dédramatisé,
- développer la formation des aides à domicile pour une meilleure prise en compte de l'aidant et les sensibiliser sur leur rôle.

La prochaine réunion du 27 juin 2016 à 14h portera sur :

- **les questions autour de la responsabilité individuelle, de la liberté de choix de vie et de ses limites,**
- **les questions liées à la connaissance des dispositifs comme facteur d'accès aux droits, la diffusion des informations, la coordination des acteurs.**

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022
LISTE DES PARTICIPANTS
GROUPE DE TRAVAIL N° 3

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fonction	Emargement
Madame	BERTHIER Marie-France	CODES 36	Présidente	
Madame	BLONDEL Elsa	DPDS - SAAS	Contrôleur APA	
Madame	BORODINE Katia	ASMAD	Responsable SSIAD	
Madame	BUDAN Emmanuelle	CCAS CHATEAUROUX	Directrice	
Madame	BURTIN Cécile	MARPA Les Hirondelles	Directrice	
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DIF-THIERY Delphine	MAIA 36	Pilote	
Madame	DUGUET Nathalie	Centre Hospitalier d'Issoudun	Cadre EHPAD	
Monsieur	DUPONCHEEL Jean-Luc	Résidence ESPOIR SOLEIL	Directeur	
Madame	EBRAS Danielle	CODERPA	Présidente	
Madame	FRADET Nathalie	DPDS - SAAS	Infirmière	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CPM	Chef de service	
Madame	GUENAND Valérie	DPDS - SAAS	Adjoint au chef de service	
Madame	JOLY Marie	Fédération FAMILLES RURALES	Présidente	
Madame	LACOU Lydie	CD 36	Conseillère départementale	
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Madame	LECAROUX Marie-Charlotte	OPAC 36	Directrice de la gestion locative et de la prévention sociale	
Madame	MANCIC Hélène	Fédération FAMILLES RURALES	Directrice adjointe	Excusée
Madame	OUDOT Estelle	MSA Berry-Touraine	Responsable Action Sociale	
Monsieur	PETITPRETRE Jean	CD 36	Conseiller départemental	
Madame	PEYROT Viviane	Centre Hospitalier La Châtre	Cadre de santé	
Monsieur	PINAULT Fabrice	Présence Verte	Responsable	
Madame	RAIFFORT Chantal	DPDS - SAAS	Responsable du CLIC	
Madame	RENAUD-INCLAN Odette	ADMR / ALMA 36	Présidente	Excusée

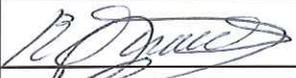
Madame	RHIMBERT-BONNET Nathalie	UDAF 36	Responsable service Développement de la Vie Associative et Familiale	
Madame	RUET Catherine	Mairie de Châteauroux	Maire adjoint	excusée
Madame	SURAND Isabelle	OPAC 36	Responsable du service social	
Monsieur	VIALARET Jean-Pierre	ATI 36	Président	
Madame	VIEL Christiane	Association France Alzheimer Y'Acqa	Secrétaire adjointe	
Monsieur	VIRAUD Roger	Résidence ESPOIR SOLEIL	Administrateur	
Madame	Selleron	Councilise Départementale	Excusée	

SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL 2017-2022

COMPTE RENDU de la RÉUNION du 27 juin 2016 du GROUPE de TRAVAIL N° 3

Favoriser un environnement adapté au Bien Vieillir

Présents : voir liste d'émargement jointe

Les membres présents ont pris connaissance du compte rendu de la réunion de travail du 23 mai 2016 et n'ont fait aucune observation .

Le thème de cette quatrième et dernière réunion porte sur les questions

→ autour de la responsabilité individuelle, de la liberté du choix de vie de la personne âgée et de ses limites.

→ liées à la connaissance des dispositifs, la diffusion des informations, la coordination des acteurs.

Il a également été remis en séance des documents de travail statistiques sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile. On y note une diminution des demandes, des bénéficiaires et des heures financées.

Cette diminution peut s'expliquer par une stagnation démographique sur le département, un non-recours au dispositif du fait d'un reste à charge important qui peut favoriser le travail non déclaré, également le fait de devoir justifier cette allocation perçue, et surtout cette idée récurrente qui serait que l'APA est récupérable sur succession alors qu'il n'en n'est rien, à la différence de l'aide sociale.

1/ la responsabilité individuelle, la liberté pour la personne âgée de choisir son lieu de vie, et les limites qui peuvent être dressées.

Où commence et où s'arrête la responsabilité de chacun alors que la liberté de choix de la personne âgée est totale ?

Certaines situations de personnes âgées vivant dans des conditions évaluées inacceptables, se mettant « en danger », conduisent les intervenants à chercher celui qui va pouvoir imposer « un placement ». Le cas échéant, le Juge des Tutelles va être saisi. Or, ni le tuteur désigné, ni le médecin, ni la Maire, ni la famille, ne peut imposer un accueil en établissement. La « responsabilité » évoquée par les intervenants est non pas juridique (la non assistance à personne en danger est très rarement engagée ou susceptible de l'être) mais « morale »

Or, des statistiques démontrent clairement que si l'on « force » une personne à être accueillie en établissement, celle-ci le vivra très mal. Il s'agit évidemment des situations où la personne n'est plus en mesure d'exprimer intelligiblement sa volonté. Le changement de vie est violent, véritable source d'angoisses qui se traduiront par des troubles du comportement accrus et statistiquement un décès de la personne entre 3 et 6 mois après son entrée.

La responsabilité morale est certes alors moins visible et moins directe mais tout aussi réelle.

S'interroger sur *quel projet de vie souhaite la personne ?* semble important.

Pour cela, il faut INFORMER, ÉCHANGER, ANTICIPER, ASSOCIER l'ensemble des partenaires et acteurs de terrain avec la famille, entrer dans la discussion en fonction des moyens et limites de chacun. On ne peut pas, on ne doit pas imposer, mais informer et accompagner.

La coordination gériatologique semble être un des lieux possibles pour « échanger, communiquer, anticiper et associer », mais elle doit s'ouvrir à l'ensemble des partenaires pour être repérée dans ce rôle et surtout être souple dans son mode de fonctionnement.

Sur le volet « INFORMER », se pose la question de la méconnaissance « *des directives anticipées* » où la personne peut exprimer ce qu'elle souhaite ou pas dans son projet de « vie avec la dépendance », contrairement « *au mandat de protection future* » où la personne âgée donne un mandat à quelqu'un pour prendre les décisions à sa place.

Ainsi, aucun « impératif » ni social, ni politique, ni médical, ni juridique, ni affectif ne peut s'imposer sur la liberté individuelle.

2/ l'information et la coordination

Pour pouvoir avoir l'information, il faut pouvoir repérer et identifier les relais d'information. A ce titre, le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) doit être normalement identifié, Son rôle de tête de réseau auprès des coordinations gériatologiques implique sa capacité à relayer l'information auprès des animateurs et de l'ensemble des partenaires de terrain.

Il s'appuie également sur des bases ressources et notamment le senior36 dont les fiches d'information sont mises à jour régulièrement et où le grand public ou les professionnels peuvent aller s'y référer via www.senior36.fr

Le CLIC peut être saisi de situations particulières et du fait de sa connaissance des dispositifs sur le territoire va pouvoir faire le lien avec les différents partenaires pour qu'une discussion puisse s'engager collectivement, en coordination.

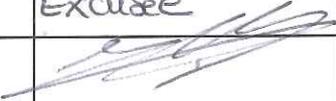
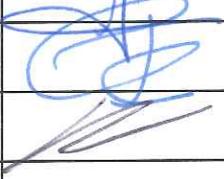
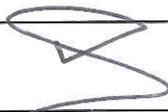
Organiser à des échelles locales des réflexions communes, des débats afin de diffuser des informations ciblées et sensibiliser les personnes sont des pistes à suivre et à développer, là aussi c'est le rôle des coordinations avec l'appui du CLIC.

Cette réunion de travail étant la dernière, l'ensemble des compte-rendus de tous les groupes sera adressé par mail à toutes les personnes invitées aux groupes de travail.

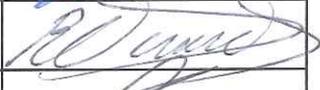
Un rendu du diagnostic et des réflexions fera l'objet d'une réunion le 28 septembre 2016, une invitation sera adressée à toutes et à tous.

Merci d'avoir répondu présent et d'avoir apporté votre concours à ce nouveau schéma gériatologique 2017-2022.

SCHEMA GERONTOLOGIQUE 2017-2022
LISTE DES PARTICIPANTS
GROUPE DE TRAVAIL N° 3

Genre	Nom Prénom	Organisme	Fonction	Emargement
Madame	BERTHIER Marie-France	CODES 36	Présidente	
Madame	BLONDEL Elsa	DPDS - SAAS	Contrôleur APA	
Madame	BORODINE Katia	ASMAD	Responsable SSIAD	
Madame	BUDAN Emmanuelle	CCAS CHATEAUROUX	Directrice	
Madame	BURTIN Cécile	MARPA Les Hirondelles	Directrice	
Madame	DANIEL Catherine	DPDS - Direction	Directeur adjoint	
Madame	DIF-THIERY Delphine	MAIA 36	Pilote	
Madame	DUGUET Nathalie	Centre Hospitalier d'Issoudun	Cadre EHPAD	Excusée
Monsieur	DUPONCHEEL Jean-Luc	Résidence ESPOIR SOLEIL	Directeur	
Madame	EBRAS Danielle	CODERPA	Présidente	
Madame	FRADET Nathalie	DPDS - SAAS	Infirmière	
Madame	GENTAL Françoise	DPDS - SAAS	Chef de service	
Docteur	GOUGUET-BALLERE Corinne	DPDS - CPM	Chef de service	
Madame	GUENAND Valérie	DPDS - SAAS	Adjoint au chef de service	
Madame	JOLY Marie	Fédération FAMILLES RURALES	Présidente	
Madame	LACOU Lydie	CD 36	Conseillère départementale	Excusée
Madame	LE MONNIER de GOUVILLE	DPDS - Direction	Directeur	
Madame	LECAROUX Marie-Charlotte	OPAC 36	Directrice de la gestion locative et de la prévention sociale	
Madame	MANCIC Hélène	Fédération FAMILLES RURALES	Directrice adjointe	
Madame	OUDOT Estelle	MSA Berry-Touraine	Responsable Action Sociale	
Monsieur	PETTIPRETRE Jean	CD 36	Conseiller départemental	
Madame	PEYROT Viviane	Centre Hospitalier La Châtre	Cadre de santé	
Monsieur	PINAULT Fabrice	Présence Verte	Responsable	
Madame	RAIFFORT Chantal	DPDS - SAAS	Responsable du CLIC	Excusée
Madame	RENAUD-INCLAN Odette	ADMR / ALMA 36	Présidente	Excusée

27 juin 2016

Madame	RHIMBERT-BONNET Nathalie	UDAF 36	Responsable service Développement de la Vie Associative et Familiale	Excusée
Madame	RUET Catherine	Mairie de Châteauroux	Maire adjoint	
Madame	SELLERON Michèle	CD 36	Conseillère départementale	
Madame	SURAND Isabelle	OPAC 36	Responsable du service social	
Monsieur	VIALARET Jean-Pierre	ATI 36	Président	
Madame	VIEL Christiane <i>c.viel1808@orange.fr</i>	Association France Alzheimer Y'Acqa	Secrétaire adjointe	
Monsieur	VIRAUD Roger	Résidence ESPOIR SOLEIL	Administrateur	
	<i>FRANÇOIS Michel</i>	<i>N° 09750005</i>		

ANNEXES

CONSEQUENCES DES DEFICIENCES : EVALUATION DE L'AUTONOMIE - GRILLE AGGIR

Elle est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...).

A : fait seul totalement, habituellement, correctement.

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement.

C : ne fait pas.

En établissement la grille sera réalisée en lien avec l'équipe médicale de l'établissement.		A-B-C (médecin traitant)	A-B-C (équipe médico-sociale)
COHERENCE	converser et/ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION	se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux		
TOILETTE	HAUT - visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage		
	BAS - membres inférieurs, pieds, régions intimes		
HABILLAGE,	HAUT - vêtements passés par les bras et/ou la tête		
DESHABILLAGE,	MOYEN - fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions		
PRESENTATION	BAS - vêtements passés par le bas du corps y compris les chaussettes, les bas et les chaussures		
ALIMENTATION	SE SERVIR - couper la viande, peler un fruit, remplir son verre MANGER - manger les aliments préparés, les porter à la bouche et avaler		
ELIMINATION	URINAIRE - assumer l'hygiène de l'élimination urinaire		
	FÉCALE - assumer l'hygiène de l'élimination fécale		
TRANSFERTS	se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR	à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		

APA à domicile

A le

Signature et cachet du médecin traitant

APA en établissement

A le

Signature et cachet
du médecin coordonnateur de l'EHPAD

Qui paie quoi en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD, anciennement dénommés maison de retraite, sont dédiés à l'accueil des personnes âgées en situation de perte d'autonomie physique ou psychique. Ce sont des structures médicalisées ayant vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes qui deviennent ainsi des résidents à qui des prestations sont proposées et facturées.

Le socle de prestations minimales définit par la réglementation vise :

- l'accueil hôtelier (mise à disposition d'une chambre individuelle ou double, accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes, éclairage, chauffage, entretien et nettoyage, accès à la télévision, à la téléphonie et à internet...),
- la restauration (accès à un service de restauration, fourniture de trois repas, d'un goûter et d'une collation nocturne),
- le blanchissage (fourniture du linge de lit et de toilette),
- l'animation et vie sociale (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement),
- l'administration générale (frais de rendez-vous, état des lieux, document de liaison avec la famille, contrat de séjour...).

Le prix à payer par le résident est l'addition du tarif hébergement et du tarif dépendance facturés par jour. Il existe un troisième tarif, le tarif soin, alloué sous forme de forfait à l'établissement par l'Agence Régionale de Santé, tarif qui n'est pas réglé par le résident.

Que recouvrent ces 3 tarifs ?

1 - Le tarif hébergement

Il permet de payer les prestations qui ne sont liées ni à l'état de dépendance, ni à l'état de santé du résident, telles que :

- les dépenses liées aux achats nécessaires pour l'alimentation et pour le fonctionnement, à 70% pour l'entretien des locaux et à 70% pour les fournitures hôtelières,
- les charges de personnel assurant la gestion de l'établissement (administration), la restauration, les autres services généraux, l'animation de la vie sociale et à hauteur de 70% l'entretien des locaux et les prestations de blanchisserie,
- les charges de structure telles que les assurances, maintenance, entretien, réparation, charges financières et amortissements des biens (notamment l'impact des travaux réalisés sur les bâtiments).

Le tarif est à la charge du résident, atténué pour partie par les aides au logement. Il peut être pris en charge par l'aide sociale départementale, si l'établissement est habilité à l'aide sociale. Il est fixé suivant :

- Le niveau des prestations offertes.
- Les investissements réalisés au sein de l'établissement (restructuration des bâtiments, travaux d'aménagement et de sécurité).
- Son statut juridique (public, associatif, à but lucratif).

Le tarif hébergement des EHPAD habilités à l'aide sociale est fixé annuellement par le Président du

Conseil départemental à partir du budget proposé par l'établissement. Pour les EHPAD non habilités à l'aide sociale, le tarif hébergement est librement fixé par l'établissement.

2 - Le tarif dépendance

Il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Il prend donc en charge les dépenses :

- de fournitures liées à la dépendance (couches, alèses, protections) à hauteur de 30% les achats de fournitures d'entretien des locaux, les achats de fournitures hôtelières, ainsi que les prestations de blanchisserie,
- liées aux charges de personnel, à hauteur de 30%, pour les personnels intervenant dans l'entretien et les prestations hôtelières (agent de service), à hauteur de 30% pour les personnels intervenant dans l'accompagnement quotidien des résidents (aide soignant), et à hauteur de 100% pour les psychologues.

Ce tarif comporte trois niveaux correspondant à des degrés de perte d'autonomie (GIR 1/2, GIR 3/4, GIR 5/6).

Dans tous les cas, le tarif GIR 5/6 est à la charge du résident quel que soit son GIR. Il correspond à un ticket modérateur dépendance. Si le résident bénéficie de l'aide sociale, il sera également pris en charge. Les GIR 1/2 et les GIR 3/4 correspondant à l'état de dépendance du résident peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'APA, gérée par le Département.

Les 3 tarifs dépendance sont fixés annuellement par le Président du Conseil départemental.

3 -Le tarif soin

Ce tarif est financé directement par l'assurance maladie. Il recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ces prestations sont couvertes par un forfait, qui prend en charge :

- les achats de fournitures ou matériel médical,
- les achats de médicaments,
- le coût des personnels soignants : infirmière, médecin coordonnateur, médecins spécialisés ou professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, ...), assistants de soins en gérontologie et d'une partie (70%) des personnels intervenant dans l'accompagnement quotidien du résident (aides soignantes).

4 -La réforme de la tarification

La loi n°2005-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit une réforme de la procédure de tarification des EHPAD. Lorsque les textes de cette réforme seront publiés au journal officiel, ils feront l'objet d'articles mis à disposition sur le site senior36.fr.

GLOSSAIRE des SIGLES les PLUS FREQUENTS

AGGIR (grille)	Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
Loi ASV	Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS ou ESSMS	Etablissements et Services (Sociaux) et Médico-Sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
HRPA	Habitat Regroupé pour Personnes Agées
ICGD	Instance de Coordination Gérontologique Départementale
IRSA	Institut Inter Régional pour la Santé
MAIA	Maison d'Accompagnement pour l'Intégration des malades d'Alzheimer
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PIG	Programme d'Intérêt Général
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée