



Schéma départemental géronologique 2010 - 2014

Décembre 2009



PREFACE DU SCHEMA DEPARTEMENTAL GERONTOLOGIQUE 2010-2014

Le vieillissement de la population représente un défi majeur de notre société et tout particulièrement dans le département de la Vienne qui compte plus de cent centenaires et dont l'espérance de vie de ses habitants est au dessus de la moyenne nationale.

En 2020, si les tendances démographiques se confirment, 30% des habitants de la Vienne auront 60 ans et plus et on assistera à une hausse de + 10% du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2020.

Dans ce contexte, il est nécessaire d'apporter des réponses de qualité, adaptées aux familles. C'est une volonté forte du Conseil Général qui pilote et coordonne l'action sociale en faveur des personnes âgées à laquelle il consacre annuellement 45 millions d'euros.

Pour l'Etat, les orientations retenues dans le schéma s'inscrivent dans les orientations nationales, notamment les mesures du plan Alzheimer, tout en les articulant avec les caractéristiques de la population départementale et l'originalité des réponses développées localement. D'ores et déjà, en 2009, l'engagement financier de l'Etat pour le fonctionnement des prises en charge médicalisées des personnes âgées à domicile ou en établissement d'hébergement s'élève à environ 60 millions.

Fruit d'une large concertation avec les acteurs du secteur des personnes âgées, le schéma départemental gérontologique, élaboré en étroite collaboration avec l'Etat, a été adopté par le Conseil Général le 18 décembre 2009, après avis favorable à l'unanimité du Comité départemental des retraités et des personnes âgées et du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

Les actions qui ont été retenues visent à proposer des réponses diversifiées aux besoins des personnes âgées.

En établissement, 340 places supplémentaires seront créées afin d'harmoniser les capacités tout en veillant à la qualité de l'accueil dans les structures existantes.

A domicile, l'accent est mis sur l'amélioration de la prise en charge, notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, par un élargissement des préconisations dans les plans d'aide APA et l'offre de différentes solutions de répit pour les aidants familiaux, comme l'accueil de jour et le forfait annuel.

Solutions alternatives entre le domicile et l'EHPAD, huit Maisons d'accueil familial seront créées.

Nous remercions l'ensemble des services ainsi que les partenaires associatifs et institutionnels qui ont participé à l'élaboration des propositions contenues dans ce schéma dont l'objectif est d'améliorer la réponse aux attentes de nos aînés, pour bien vieillir dans la Vienne.

Bernard TOMASINI

Préfet de la Vienne



Bruno BELIN

Premier Vice-Président du Conseil
Général



Claude BERTAUD

Président du Conseil Général



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
I. Le contexte institutionnel et le cadre juridique de réalisation	4
A. Le champ des politiques sociales et médico-sociales à destination des personnes âgées	4
B. Les objectifs du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.....	5
C. L'articulation avec le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) – Article L 312-5-1 du CASF	6
D. L'articulation avec le champ sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire.	6
E. Les modifications apportées par la loi « hôpital, patients, santé et territoires »	6
II. La présentation de la démarche mise en œuvre	7
A. Le Comité de pilotage	7
B. Les groupes de travail.....	8

1ERE PARTIE : LE DIAGNOSTIC : L'ETAT DES LIEUX ET LES BESOINS.... 10

CHAPITRE I : LE BILAN DU PRECEDENT SCHEMA (AVRIL 2003 - AVRIL 2008) 10

I. Les capacités d'accueil globales (EHPAD, EHPA et USLD)	12
II. Les taux d'équipement	13
III. La diversification des modes d'hébergement	14
IV. Le conventionnement.....	15
V. La diminution du nombre de chambres doubles	15
VI. La diminution du passage aux urgences hospitalières	17
VII. Les moyens humains	17
VIII. La qualification du personnel	17
IX. L'effort global consenti pour la médicalisation de la prise en charge des personnes âgées	17
X. Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)	17
XI. Les services prestataires d'aide à domicile.....	18
XII. Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	18
XIII. L'aide sociale aux personnes âgées	20
A. L'aide aux personnes âgées dépendantes	20
B. L'aide sociale à l'hébergement.....	22
XIV. Les subventions d'aide à l'investissement	22
A. Les aides de l'Etat	22
B. Les aides du Département.....	22

CHAPITRE II : LA POPULATION AGEE DANS LA VIENNE « ETUDE INSEE » ET SON EVOLUTION	23
I. La démographie	23
II. Les revenus	30
III. Les incidences sur l'emploi.....	32
CHAPITRE III : L'ETUDE DES LISTES D'ATTENTE EN EHPAD	33
I. Les résultats de l'étude au 30 juin 2008.....	33
II. Les conclusions du groupe de travail sur la gestion des listes d'attente	36
2^{EME} PARTIE : LES PRINCIPAUX AXES DE RÉFLEXION ET LES ORIENTATIONS.....	37
CHAPITRE I : LES PRECONISATIONS ISSUES DES GROUPES DE TRAVAIL.....	37
I. Les personnes âgées en établissement médicalisé	37
A. Le rappel du contexte	37
B. Les perspectives	39
II. Les personnes âgées à domicile.....	40
A. La diversification des plans d'aide APA	41
B. L'accueil de jour	41
C. L'hébergement temporaire.	42
D. La mise en place de gardes itinérantes de nuit.	43
E. Les SSIAD.....	43
III. Les solutions alternatives : l'accueil non médicalisé	44
IV. Les actions transversales – l'information et la prévention	45
A. La poursuite des actions collectives	45
B. Le développement des actions individuelles.....	46
C. Un renforcement de l'information des personnes âgées	46
V. La continuité et la qualité des soins assurés aux personnes âgées dépendantes.....	47
A. La structuration des filières médico-sociales et sanitaires.....	47
B. L'adaptation de la démographie médicale et paramédicale.....	48
CHAPITRE II : LES ORIENTATIONS	49
I. Poursuivre l'adaptation de la prise en charge en établissement aux besoins des personnes âgées.....	50
II. Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile, en lien notamment avec le plan Alzheimer	60
III. Rechercher des solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé.	68
IV. Développer la prévention et l'information à destination des personnes âgées.....	71
V. Assurer la continuité et la qualité des soins aux personnes âgées dépendantes.....	75

CHAPITRE III : LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA.....	80
ANNEXES	82
ANNEXE 1 : SYNTHÈSE RELATIVE A LA QUALITE DE L'HEBERGEMENT EN EHPAD - SEPTEMBRE 2008	82
ANNEXE 2 : ÉTUDE DES LISTES D'ATTENTE EN ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES	87
ANNEXE 3 : EXTRAIT DU RAPPORT D'ACTIVITES DU CODERPA DE LA VIENNE D'OCTOBRE 2008 A MAI 2009.....	89
ANNEXE 4 : AVIS DU CODERPA.....	93
GLOSSAIRE	96

INTRODUCTION

I. Le contexte institutionnel et le cadre juridique de réalisation

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales définit de nouveaux rôles pour les collectivités publiques et légitime le rôle du Département comme « Chef de file de l'action sociale », tout en s'appuyant sur les champs de compétences des différents acteurs en matière de politiques sociales.

Elle précise qu'il appartient au Département d'adopter les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et après avis consultatif du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS).

Le schéma gérontologique est également soumis pour avis au Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées (CODERPA), instance consultative placée auprès du Président du Conseil Général (article L 149-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles - CASF).

Dans le département de la Vienne, le Préfet de Région, Préfet de la Vienne, et le Président du Conseil Général s'accordent pour arrêter conjointement le schéma gérontologique.

A. Le champ des politiques sociales et médico-sociales à destination des personnes âgées

Les compétences dans le domaine social et médico-social sont partagées entre le Préfet, représentant de l'Etat dans le département, qui dispose notamment de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), et le Conseil Général.

→ Compétences propres de l'Etat :

En application des articles L 312-1 et L 313-3 du CASF pour l'autorisation, la création, la transformation et l'extension ainsi que la tarification et l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux apportant au domicile des personnes âgées des prestations de soins (SSIAD).

Organisation des contrôles qui ont pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L 313-13 du CASF).

Prise en charge financière des prestations d'aide sociale énumérées limitativement à l'article L 121-7 du CASF, au rang desquelles figurent notamment l'allocation simple aux personnes âgées.

→ Compétence conjointe entre L'Etat et le Département :

Autorisation de création, d'extension ou de transformation ainsi que tarification et évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge pour partie par le Département, comme dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

→ Compétences propres du Département :

Définition et mise en œuvre de la politique d'action sociale, notamment en faveur des personnes âgées (articles L 113-2 et L 121-1 du CASF). Le Département « coordonne ... les actions menées par les différents intervenants, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. Il veille à la cohérence des actions respectives des CLIC, des équipes médico-sociales » qui mettent en œuvre l'APA et des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Elaboration des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale prévus aux articles L 312-4 et L 312-5 du CASF.

Autorisation, tarification, contrôle et évaluation des établissements et services d'action sociale et médico-sociale :

- services d'aide et d'accompagnement à domicile prévus à l'article D 312-6 du CASF,
- établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) non médicalisés prévus à l'article L 313-12 I et II du CASF,
- centres locaux d'information et de coordination (CLIC) mentionnés à l'article L 113-2 du CASF.

Détermination des droits individuels aux prestations d'aide sociale à domicile et en établissements (article L 121-1 du CASF), à l'exception de celles relevant de la compétence de l'Etat.

Plus particulièrement, il s'agit de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes âgées de 60 ans et plus, prévue aux articles L 232-1 et suivants du CASF.

B. Les objectifs du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

Le schéma, établi pour une période de cinq ans :

- apprécie la nature, le niveau d'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- dresse un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- détermine les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale, et notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et le cas échéant, d'accueils familiaux,
- précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme,
- définit les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du schéma.

C. L'articulation avec le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) – Article L 312-5-1 du CASF

Le représentant de l'Etat dans la région établit, en liaison avec les préfets des départements concernés, et actualise annuellement un Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire de l'autorité compétente de l'Etat, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional.

C'est un instrument pluriannuel de programmation prévisionnelle médico-sociale de l'Etat.

Le représentant de l'Etat dans la région consulte le CROSMS pour avis et transmet pour information le PRIAC au Président du Conseil Général.

De ce fait, il est nécessaire d'assurer une vraie concertation entre l'Etat, le Département et les établissements et services sous autorisation et financements conjoints.

Ainsi les projets de création, extension et transformation de places doivent être compatibles avec le PRIAC pour être autorisés.

Il est actualisé en tenant compte des évolutions des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

D. L'articulation avec le champ sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire.

Le schéma gérontologique fixe le cadre d'organisation et d'évolution des structures sociales et médico-sociales dédiées à la prise en charge des personnes âgées. Il tient compte, notamment de la réponse aux besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes, des capacités d'accueil en unités de soins de longue durée.

Ces unités relèvent néanmoins du champ sanitaire : leur autorisation d'installation est une compétence de l'Agence Régionale de Santé, dès sa mise en place, et jusque là de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (Articles R 6122-1 et R 6122-25 du Code de la Santé Publique).

L'organisation de ces unités a fait l'objet d'un volet spécifique du schéma régional d'organisation sanitaire, volet arrêté par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation le 18 Mars 2008.

Au regard des orientations nationales, le schéma a notamment précisé leurs capacités et leur répartition géographique, en retenant pour ce faire l'analyse des besoins en soins médico-techniques importants des résidents. La caractéristique de ces unités ainsi redéfinie, à la différence des EHPAD, est d'accueillir des personnes âgées présentant, outre un niveau élevé de dépendance, un besoin important de soins médicaux.

E. Les modifications apportées par la loi « hôpital, patients, santé et territoires »

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires confie à l'Agence Régionale de Santé (ARS) les compétences jusqu'alors exercées par le Préfet en matière d'organisation et de financement des établissements et services médico-sociaux.

Les compétences seront alors partagées, voire conjointes entre le Directeur Général de l'ARS, autorité compétente de l'Etat, et le Président du Conseil Général.

Cette loi définit une nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux qui sera précisée par les textes d'application.

En remplacement du CROSMS, sera créée une commission de sélection d'appel à projets, lorsque les projets de création, de transformation ou d'extension font appel partiellement ou intégralement à des financements publics. Tout projet devra répondre à un cahier des charges établi par les autorités qui délivrent l'autorisation.

La loi maintient le PRIAC. Il sera établi par le Directeur de l'ARS et sera un outil de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale.

II. La présentation de la démarche mise en œuvre

Dès le second trimestre 2008, les travaux préparatoires au futur schéma gérontologique ont été lancés selon le calendrier suivant :

- Avril 2008 : bilan quantitatif et qualitatif du schéma 2003-2008,
- Juin 2008 : mise en place du Comité de pilotage,
- Septembre 2008 à Mars 2009 : réunions des groupes de travail ou de réflexion,
- Mai à juillet 2009 : validation des propositions d'actions du schéma par le Comité de pilotage,
- Juin à septembre : réunions de restitutions des propositions des groupes de travail sur les arrondissements de :
 - Châtelleraut, le 3 juin à Saint-Gervais-Les-Trois-Clochers,
 - Montmorillon, le 8 juin, à Pressac,
 - Poitiers, le 30 septembre à Fontaine-Le-Comte,
- 3 septembre 2009 : consultation du Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA),
- 18 septembre 2009 : présentation au CROSMS,
- Décembre 2009 :
 - adoption définitive du schéma par le Conseil Général,
 - arrêté conjoint du Préfet du Département et du Président du Conseil Général.

A. Le Comité de pilotage

Le comité de pilotage mis en place a:

- défini les orientations stratégiques,
- pris acte des propositions et réflexions émises par les groupes de travail,
- validé les axes prioritaires retenus dans le cadre du schéma départemental gérontologique 2010 – 2014.

Co-présidé par Monsieur BELIN, Premier Vice-Président du Conseil Général et Madame LINSOLAS, Directrice de la DDASS, le comité était composé de :

- Monsieur Roland DEBIAIS, Vice-président du Conseil Général,
- Monsieur Gérard BARC, Conseiller général,
- Monsieur Denis BRUNET, Conseiller général,
- Monsieur Edouard RENAUD, Conseiller général,
- Monsieur Gérard RIVAUD, Conseiller général,
- Monsieur Yves ROULEAU, Conseiller général,
- Monsieur PÉNY, Directeur Général des Services Départementaux,
- Madame Béatrice KLEIJWEGT, Directrice des Aides aux Communes et au Développement Local (DACDL),
- Monsieur FAIGT, Directeur des Interventions Sanitaires et Sociales,
- Monsieur DUBREUIL, Directeur Adjoint Handicap Vieillesse,
- des services de la DISS rattachés la Direction Adjointe Handicap Vieillesse,
- des services de l'Etat : DDASS et Direction Départementale de l'Équipement (DDE).

Le comité de pilotage s'est réuni cinq fois : les 2 juin et 6 octobre 2008, les 6 février, 28 mai et 16 juillet 2009.

B. Les groupes de travail

Douze groupes de travail ont fonctionné, avec pour chacun, trois ou quatre réunions, en fonction des grands axes de réflexion définis en Comité de pilotage.

Animés ou co-animés par les personnes suivantes :

DISS :

- Christian DUBREUIL, Directeur Adjoint Handicap Vieillesse,
- Etienne MOREAU, Chef de service des Etablissements,
- Marion ANDRAULT-DAVID, Chef de service Personnes Agées–Personnes Handicapées,
- Marie-Christine PETUREAU, Responsable du service Schémas-Projets.

DDASS :

- Arnaud TRANCHANT, Inspecteur principal responsable du pôle santé publique,
- Isabelle LAGRANGE, Inspectrice responsable du service personnes âgées.

Ces groupes de travail ont abordé quatre objectifs :

1) Développer la qualité de l'accueil en établissement et l'évolution des capacités d'accueil

Thématiques :

- l'évaluation des besoins en places,
- la mise en place d'un outil de gestion des listes d'attente,
- l'étude des structures existantes (aménagement, sécurité),
- la qualité de la prise en charge en établissements,
- la maîtrise des tarifs d'hébergement.

2) Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile, notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants

Thématiques :

- l'accueil de jour et l'hébergement temporaire,
- la qualité de la prise en charge à domicile dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),
- les actions de prévention, le lien social, l'information.

3) Développer des solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé

4) Assurer la continuité et la qualité des soins aux personnes âgées dépendantes :

- l'adaptation de la démographie médicale et paramédicale en EHPAD,
- la structuration des filières médico-sociales et sanitaires,
- la formation et la qualification du personnel.

~~~~~

Ont participé aux différentes rencontres en fonction des thématiques, des représentants de directions ou organismes suivants :

- Direction des Interventions Sanitaires et Sociales,
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales,
  - Agence Régionale de l'Hospitalisation,
- Service Départemental d'Incendie et de Secours,
- Direction Départementale de l'Équipement,
- Caisses de retraite,
- principales fédérations des directeurs d'établissements,
- Centre Hospitalier Universitaire et Centre Hospitalier Henri Laborit,
- Logements-foyers,
- Services d'aide à domicile,
- Associations de Familles d'Accueil (AFA 86, FNAAF),
- Services de Soins Infirmiers à Domicile,
- Union Régionale des Médecins Libéraux,

- Réseaux de santé gérontologiques,
- Comités Locaux d'Information et de Coordination,
- Association France Alzheimer Vienne,
- Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées,
- Groupement Régional de Santé Publique.

## **1ère PARTIE : LE DIAGNOSTIC : L'ETAT DES LIEUX ET LES BESOINS**

Le schéma gérontologique 2003-2008 a permis de porter le département à un bon niveau d'équipement en dépassant les objectifs initiaux, notamment en lits supplémentaires médicalisés (Chapitre 1). Sa réalisation totale couvre d'ailleurs les exercices 2009 et 2010 et les orientations du nouveau schéma doivent en tenir compte (Chapitre 2)

### **Chapitre I : LE BILAN DU PRECEDENT SCHEMA (AVRIL 2003 - AVRIL 2008)**

Pour l'évaluation du schéma 2003 – 2008, les indicateurs prévus pour mesurer les progrès réalisés au terme de la période d'application du schéma se détaillaient ainsi :

#### **Pour les établissements :**

- les taux d'équipements,
- les moyens humains,
- la qualification des personnels,
- le nombre de chambres à 2 lits,
- la diminution des passages aux urgences hospitalières,
- les listes d'attente,
- la diversification des modes d'accueil,
- le suivi de la mise en œuvre des objectifs et des actions contenus dans les conventions tripartites.

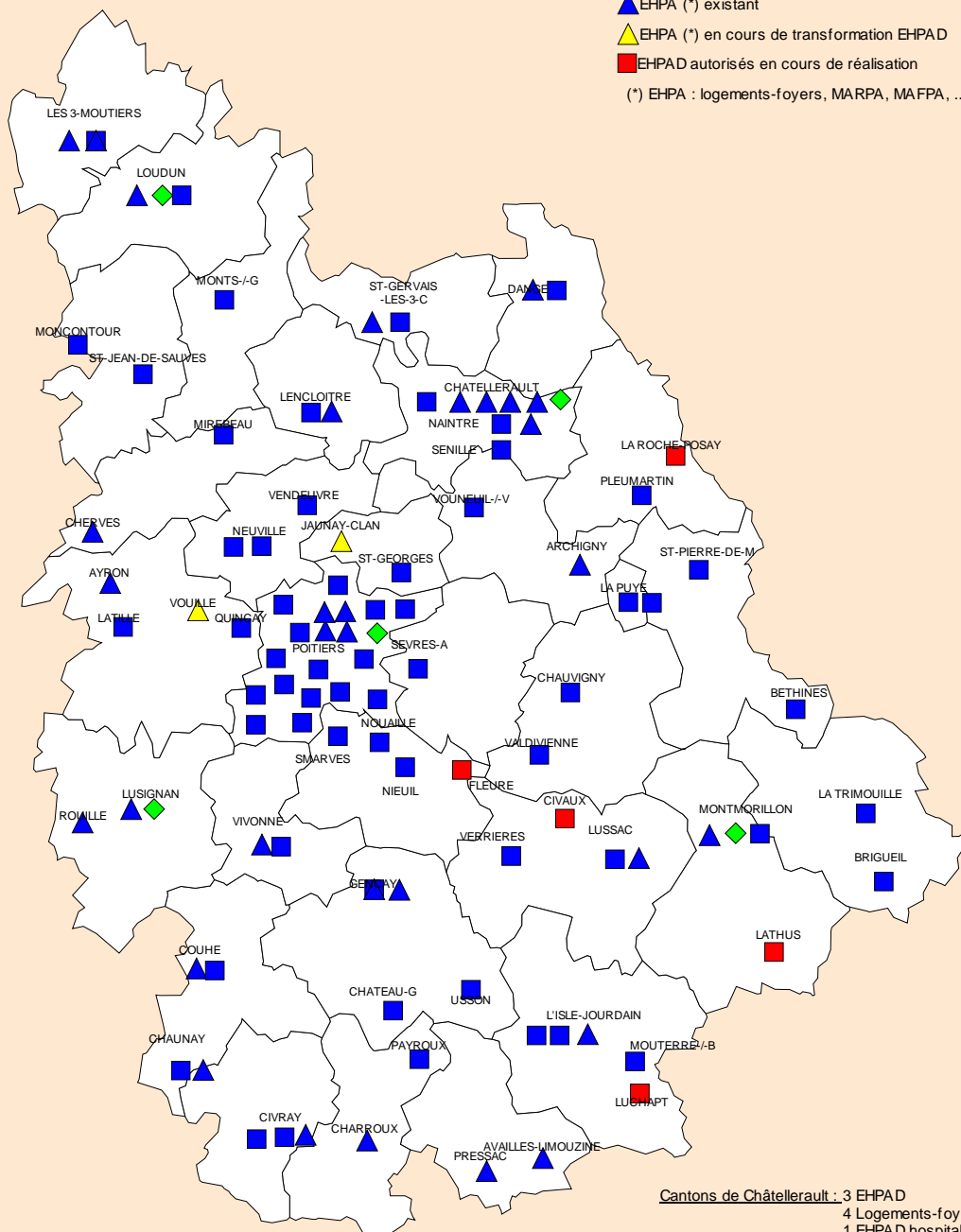
#### **Pour la population dépendante :**

- une appréciation de la répartition de la population par niveau de perte d'autonomie à domicile, au travers des dispositifs aidés et en établissement.

La carte ci-après présente la situation au 1<sup>er</sup> septembre 2009 des établissements existants ou à ouvrir.

## ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES Ouverts et prévus

- ◆ EHPAD hospitalier et USLD
- EHPAD existant
- ▲ EHPA (\*) existant
- ▲ EHPA (\*) en cours de transformation EHPAD
- EHPAD autorisés en cours de réalisation
- (\*) EHPA : logements-foyers, MARPA, MAFPA, ...



Cantons de Châtelleraut : 3 EHPAD  
4 Logements-foyers  
1 EHPAD hospitalier

Cantons de Poitiers : 15 EHPAD  
4 logements-foyers  
1 EHPAD hospitalier

Conseil Général  
DISS - Service des établissements  
Situation au 1er septembre 2009

## I. Les capacités d'accueil globales (EHPAD, EHPA et USLD)

Le schéma gérontologique 2003-2008 prévoyait une évolution de **976** places, hors traitement des résidences-services et des EHPA existants.

A la fin du schéma, **1 958** places ont été autorisées :

- au titre de créations d'établissements

|                   |                                |       |             |
|-------------------|--------------------------------|-------|-------------|
| <b>904</b> places | Arrondissement de Châtelleraut | + 329 | <b>36 %</b> |
|                   | Arrondissement de Poitiers     | + 371 | <b>41 %</b> |
|                   | Arrondissement de Montmorillon | + 204 | <b>23 %</b> |

- au titre d'extensions d'établissements

|                   |                                |       |             |
|-------------------|--------------------------------|-------|-------------|
| <b>387</b> places | Arrondissement de Châtelleraut | + 79  | <b>20 %</b> |
|                   | Arrondissement de Poitiers     | + 145 | <b>38 %</b> |
|                   | Arrondissement de Montmorillon | + 163 | <b>42 %</b> |

- au titre d'une intégration d'établissements existants dans le statut d'EHPAD et principalement des résidences-services.

|                   |                                |       |             |
|-------------------|--------------------------------|-------|-------------|
| <b>602</b> places | Arrondissement de Châtelleraut | + 20  | <b>3 %</b>  |
|                   | Arrondissement de Poitiers     | + 420 | <b>70 %</b> |
|                   | Arrondissement de Montmorillon | + 162 | <b>27 %</b> |

- au titre d'extensions de capacité de logements-foyers faisant suite à leur transformation en EHPAD

|                  |                                |      |             |
|------------------|--------------------------------|------|-------------|
| <b>65</b> places | Arrondissement de Châtelleraut | + 3  | <b>5 %</b>  |
|                  | Arrondissement de Poitiers     | + 5  | <b>8 %</b>  |
|                  | Arrondissement de Montmorillon | + 57 | <b>87 %</b> |

Les **1958** places nouvelles comprennent ainsi l'intégration dans le statut d'EHPAD de **602** places de résidences-services préexistantes et les extensions de **65** places de logements-foyers autorisées dans le cadre de leur transformation en EHPAD. Ces évolutions n'avaient pas été valorisées en nombre de places dans le schéma.

**Les évolutions de capacité par arrondissement sont les suivantes :**

|                     |                                |       |      |             |
|---------------------|--------------------------------|-------|------|-------------|
| <b>1 958 places</b> | Arrondissement de Châtelleraut | + 431 | 22 % | <b>70 %</b> |
|                     | Arrondissement de Poitiers     | + 941 | 48 % |             |
|                     | Arrondissement de Montmorillon | + 586 | 30 % | <b>30 %</b> |

Cette répartition est conforme à celle prévue.

Au total, et après réalisation de tous les projets autorisés, la capacité offerte dans les établissements sociaux et médico-sociaux (EHPA et EHPAD) et sanitaires (USLD) sera au final de **7 123 places** contre **5 165** en 2002 soit 1 958 places créées.

Ces capacités intègrent également les transferts de lits consécutifs aux restructurations du pôle gériatrie du CHU de Poitiers et des centres hospitaliers de Châtelleraut et de Loudun, les places créées à Brigueil-le-Chantre / La Trimouille et à La Roche-Posay et les extensions prévues après transformation en EHPAD des logements-foyers de Jaunay-Clan, Venduvre, Vouillé et Vivonne.

Elles comportent aussi les lits d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD) gérés par les établissements hospitaliers, qui ont été adaptées récemment afin de déterminer celles accueillant des personnes nécessitant des soins médico-techniques importants (SMTI) appelées « USLD redéfinies », et les capacités relevant du statut d'EHPAD médico-social.

Les nouvelles capacités autorisées des USLD sont de :

- au 1<sup>er</sup> janvier 2008 : 30 lits au CH de Loudun,
- au 1<sup>er</sup> janvier 2009 : 60 lits au CH de Châtelleraut,
- au 1<sup>er</sup> juillet 2009 42 lits au CH de Montmorillon et 30 lits à l'Hôpital Local de Lusignan,
- en 2010 : 97 places au CHU de Poitiers.

Le nombre de places d'USLD est donc de 259 places sur l'ensemble du département de la Vienne.

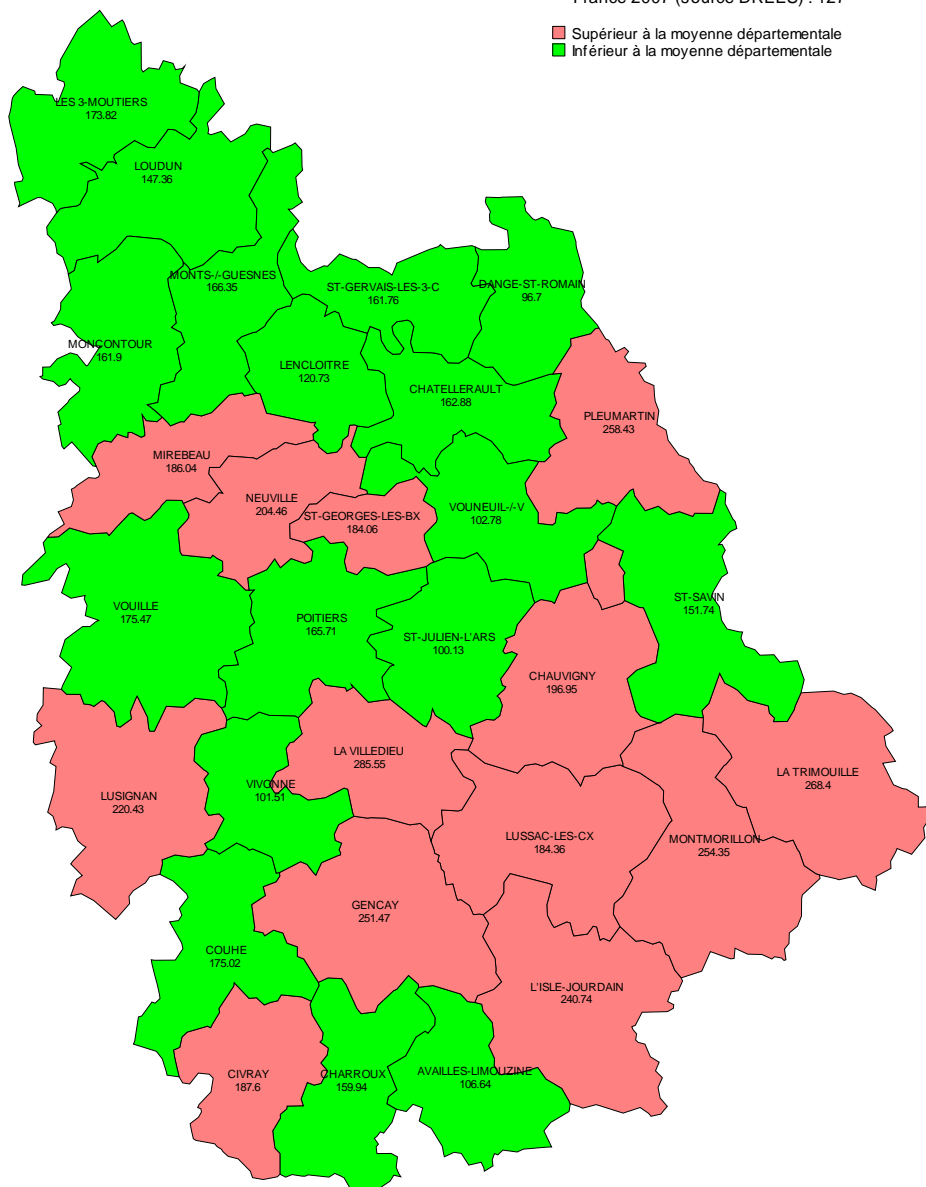
## **II. Les taux d'équipement**

En 2002, le taux d'équipement en établissement d'hébergement (EHPAD, EHPA et USLD), c'est à dire le nombre de places offertes pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, était de 142,20 ‰ dans la Vienne, calculé sur la base de la population du recensement de 1999.

Toutes capacités confondues, au terme du schéma, le taux départemental est passé à 176,9 ‰ en tenant compte de la population des personnes âgées de 75 ans et plus de 2006. Les taux d'équipement par canton sont les suivants :

Schéma gérontologique 2003-2008  
Taux d'équipement fin du schéma  
toutes places autorisées confondues

Moyenne départementale : 176,91  
France 2007 (source DREES) : 127  
■ Supérieur à la moyenne départementale  
■ Inférieur à la moyenne départementale



Source : INSEE population  
2006 de 75 ans et plus

### III. La diversification des modes d'hébergement

Sur la base **des places autorisées**, **473** places sont réservées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, **110** sont destinées à l'hébergement temporaire et **90**   l'accueil de jour.

Schéma Départemental Gérontologique 2010-2014  
 Direction Générale Adjointe des Solidarités  
 Conseil Général de la Vienne : 05 49 55 66 00  
 →Télécharger ce document sur [www.cg86.fr](http://www.cg86.fr)

Direction Départementale des Affaires  
Sanitaires et Sociales : 05 49 44 83 50

Sont intégrées dans les données chiffrées les places Alzheimer au Val de Benaize (Brigueil-le-Chantre/La Trimouille), à Jaunay-Clan, Vouillé et La Roche-Posay, dont la mise en place n'est pas encore effective.

De même, des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour sont également prévues dans ces structures.

La diversification des modes de prise en charge se traduit concrètement par l'autorisation systématique de places d'hébergement temporaire et de places d'accueil de jour dans les nouveaux EHPAD ou lors des conventionnements de structures existantes.

La totalité des projets autorisés dans le cadre du schéma gérontologique ont prévu des places alternatives à l'hébergement permanent.

Ces créations correspondent bien aux demandes d'aide exprimées par les familles. Elles favorisent le choix du maintien à domicile, qui demeure une priorité. Elles permettent également de limiter les phénomènes de rupture qui peuvent se produire lors de l'entrée en établissement.

La prise en charge récente des frais de transport des personnes en accueil de jour sur le budget soins des structures devrait favoriser le développement rapide de cette forme encore nouvelle de prise en charge.

#### **IV. Le conventionnement**

Début 2009, 100 % des établissements concernés ont signé une convention tripartite, Etat, Département, Etablissement.

**63** conventions tripartites étaient signées au 31 décembre 2008.

En outre, en 2009, sont intervenues les signatures de **5 conventions** pour des établissements nouvellement créés et de **10 renouvellements** de conventions dont 1 avenant.

#### **V. La diminution du nombre de chambres doubles**

De **585** en 2003, le nombre de chambres doubles a été ramené à **406 en 2008, soit une réduction de 179**, restructuration conforme au cahier des charges des EHPAD, qui a ainsi bénéficié à **358 personnes**.

| ETABLISSEMENTS                      | CHAMBRES A 2 LITS |            |
|-------------------------------------|-------------------|------------|
|                                     | 2003              | 2008       |
| Béthines                            | 2                 | <b>0</b>   |
| Buxerolles                          | 5                 | 5          |
| CH Lusignan                         | 49                | <b>49</b>  |
| CH Montmorillon                     | 38                | <b>40</b>  |
| Chasseneui-du-Poitou                | 4                 | 4          |
| Château-Garnier                     | 23                | <b>6</b>   |
| Chaunay                             | 8                 | 8          |
| Chauvigny                           | 17                | 17         |
| CHU Poitiers (Grignon de Montfort)  | 9                 | <b>8</b>   |
| Civray (Les Capucines)              | 47                | <b>2</b>   |
| Clos Adler-Genollières              | 7                 | 7          |
| Couhé                               | 5                 | 5          |
| Gibauderie                          | 5                 | 5          |
| Grand Maison- Poitiers              | 0                 | 0          |
| Isle-Jourdain (Jardin des Alisiers) | 24                | 24         |
| Isle-Jourdain (Les grands Chênes)   | 0                 | 0          |
| La Puye                             | 11                | 11         |
| La Rose d'Aliénor - Poitiers        | 0                 | 0          |
| La Roseraie - Poitiers              | 0                 | 0          |
| La Trimouille-Brigueil-le-chantre   | 14                | <b>14</b>  |
| Larnay - Biard                      | 0                 | 0          |
| Latillé                             | 3                 | 3          |
| Les Tilleuls - Châtelleraut         | 20                | 20         |
| Ligugé                              | 0                 | 0          |
| Loudun (Mapad)                      | 8                 | 8          |
| Lussac-les-Châteaux                 | 10                | <b>5</b>   |
| Maison sacerdotale -Poitiers        | 0                 | 0          |
| Mirebeau                            | 44                | <b>0</b>   |
| Moncontour                          | 6                 | 6          |
| Montamisé                           | 4                 | 4          |
| Monts-sur-Guesnes                   | 0                 | 0          |
| Mouterre sur Blourde                | 12                | <b>4</b>   |
| Neuville-de-Poitou (Arc en Ciel)    | 5                 | <b>5</b>   |
| Nouaillé-Maupertuis                 | 12                | <b>2</b>   |
| Payroux                             | 24                | <b>21</b>  |
| Pleumartin                          | 6                 | 6          |
| Quinçay                             | 6                 | 6          |
| Résidence d'Or - Montmorillon       | 22                | <b>5</b>   |
| Sèvres-Anxaumont                    | 8                 | <b>0</b>   |
| St Gervais-les-3-Clochers           | 18                | <b>4</b>   |
| St Pierre-de-Maillé                 | 7                 | <b>0</b>   |
| Usson du Poitou                     | 28                | <b>28</b>  |
| Verrières                           | 4                 | 4          |
| Vivonne                             | 55                | <b>55</b>  |
| Vouneuil s/Biard                    | 15                | 15         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>585</b>        | <b>406</b> |

## VI. La diminution du passage aux urgences hospitalières

En 2007, **14 678 personnes** de plus de 75 ans ont fait l'objet d'un « primo-passage » aux urgences hospitalières (*Châtelleraut, Loudun, Montmorillon et Poitiers*).

Ce chiffre était de 21 411 sur les années 2000 et 2001 (*source Schéma 2003 – 2008*).

## VII. Les moyens humains

A la fin du schéma, dans le cadre des conventions tripartites et des opérations correspondantes, les places nouvelles d'accueil pour personnes âgées auront généré la création de plus de **1 000 postes de personnels**, en équivalent temps plein.

## VIII. La qualification du personnel

Cet item n'a pas pu être mis à jour dans la mesure où l'enquête EHPA menée par la DRASS est en cours de traitement.

## IX. L'effort global consenti pour la médicalisation de la prise en charge des personnes âgées

Le conventionnement, les créations et les extensions d'EHPAD, les créations et le renforcement de services de soins infirmiers à domicile, ont représenté un effort de financement important de l'Etat-Assurance Maladie sur la période du schéma.

L'ensemble de ces actions a représenté la somme de **36 millions d'euros en 5 ans**, l'enveloppe globale dédiée aux soins dans les établissements et services pour personnes âgées dépendantes de la Vienne **passant de 22 millions d'euros en 2003 à 58 millions d'euros en 2008 (+ 164 %)**.

## X. Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Le département dispose aujourd'hui de 804 places de SSIAD, dont **355 places nouvelles financées entre 2003 et 2008**, ce qui représente une **augmentation de 80% de la capacité totale en 5 ans** (pour un montant de 3,7 millions d'euros).

| Etablissements         | Nombres total de places | Habitants de + 75 ans sur la zone d'intervention | Taux d'équipement pour 1000 habitants |
|------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| CCAS Poitiers          | 139                     | 6 286                                            | <b>22,11</b>                          |
| CCAS Châtelleraut      | 130                     | 3 722                                            | <b>34,93</b>                          |
| Mutualité de la Vienne | 176                     | 8 509                                            | <b>20,68</b>                          |
| ADMR                   | 362                     | 18 714                                           | <b>19,34</b>                          |
| <b>TOTAL</b>           | <b>807</b>              | <b>37 231</b>                                    | <b>Taux moyen 24,26</b>               |

Le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile est ainsi à ce jour légèrement supérieur à la moyenne régionale. Cependant, il convient de poursuivre la couverture des besoins pour répondre notamment à la médicalisation des petites unités de vie (PUV) le nécessitant, ainsi qu'aux besoins des accueillants familiaux (139 placements familiaux sont agréés dans la Vienne pour accueillir des personnes âgées).

## **XI .Les services prestataires d'aide à domicile**

Les 11 organismes prestataires qui ont signé une convention avec le Département dans le cadre de l'APA, ont été intégrés dans le champ social et médico-social à l'issue d'une procédure d'autorisation en 2007.

Sont concernés :

- les CCAS de Bonnes, Buxerolles, Châtellerault, Poitiers et Saint-Benoît,
- les ADAPA d'Availles Limouzine, Chauvigny et Montmorillon,
- Familles Rurales,
- la Mutualité de la Vienne,
- la fédération des associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR).

Les personnes âgées peuvent également faire appel à des associations ou entreprises qui ont obtenu l'agrément qualité par arrêté préfectoral après instruction par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Elles fonctionnent en tarifs libres avec une prise en charge de base au titre de l'APA.

## **XII .Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)**

Le territoire départemental comporte 8 CLIC pour une population de 97 156 personnes âgées de 60 ans et plus sur la base du recensement 2006 (cf. carte page suivante).

Leurs missions se déclinent de la manière suivante :

- rôle d'information et de conseils,
- évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées et suivi des situations,
- mise en place d'actions collectives de prévention.

Le Département leur a confié par convention l'évaluation des demandes de renouvellement d'APA : 572 demandes de renouvellement en 2007, soit 28% des demandes accordées.

La convention signée avec ces centres propose un cadre plus harmonisé au plan départemental selon les objectifs suivants :

- développer un partenariat avec l'équipe médico-sociale du Département concernant le suivi des personnes âgées,
- mieux utiliser Vienne Infos Sociales,
- mettre en place un système d'information partagé et des indicateurs d'activité communs,
- présenter un bilan annuel à la Commission départementale de coordination gérontologique.

En 2009, le financement des CLIC par le Département représente 325 000 €.



### XIII. L'aide sociale aux personnes âgées

#### A. L'aide aux personnes âgées dépendantes

Au 31 décembre 2008, 7 926 personnes bénéficiaient d'une aide du Département de la Vienne pour compenser leur perte d'autonomie (APA et ACTP), 4 379 vivant à domicile et 3 547 en établissement.

##### 1) L'APA en établissement

L'évaluation de la dépendance par la Commission Départementale de Coordination Médicale a permis d'établir pour 2008-2009 que sur 4 415 personnes accueillies dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes du Département, 3 862 personnes étaient en perte d'autonomie et dépendantes (**87 %** des résidents en 2008, comme en 2007, relèvent des GIR 1 à 4 pour **81 %** en 2004).

Le tableau ci-après récapitule la répartition par niveau de GIR des personnes accueillies dans les EHPAD de la Vienne et les évolutions entre 2004 et 2008 des évaluations réalisées par la Commission Départementale de Coordination Médicale :

On remarque que sur la population de personnes âgées dépendantes en 2004, **46 %** étaient en GIR 1-2 et **35 %** en GIR 3-4 alors qu'en 2008 et en 2007, **52 %** sont en GIR 1-2 et **35 %** en GIR 3-4.

|                                  | 2004         | %          | 2005         | %          | 2006         | %          | 2007         | %          | 2008         | %          |
|----------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| GIR 1                            | 644          | 17         | 722          | 19         | 730          | 18         | 830          | 20         | 854          | 20         |
| GIR 2                            | 1069         | 29         | 1141         | 30         | 1263         | 31         | 1320         | 32         | 1420         | 32         |
| GIR 3                            | 595          | 16         | 573          | 15         | 633          | 15         | 644          | 15         | 735          | 15         |
| GIR 4                            | 693          | 19         | 753          | 20         | 865          | 21         | 838          | 20         | 853          | 20         |
| <b>Sous total<br/>GIR 1 à 4</b>  | <b>3 001</b> | <b>81</b>  | <b>3 189</b> | <b>84</b>  | <b>3 491</b> | <b>85</b>  | <b>3 632</b> | <b>87</b>  | <b>3 862</b> | <b>87</b>  |
| GIR 5                            | 308          | 8          | 294          | 7          | 283          | 7          | 272          | 6          | 252          | 6          |
| GIR 6                            | 427          | 11         | 339          | 9          | 326          | 8          | 281          | 7          | 301          | 7          |
| <b>Sous total<br/>GIR 5 et 6</b> | <b>735</b>   | <b>19</b>  | <b>633</b>   | <b>16</b>  | <b>609</b>   | <b>15</b>  | <b>553</b>   | <b>13</b>  | <b>553</b>   | <b>13</b>  |
| <b>Total</b>                     | <b>3 736</b> | <b>100</b> | <b>3 822</b> | <b>100</b> | <b>4 100</b> | <b>100</b> | <b>4 185</b> | <b>100</b> | <b>4 415</b> | <b>100</b> |
| Nbre Ets concernés               | 45           |            | 53           |            | 59           |            | 60*          |            | 66*          |            |

\* dont 3 qui ne sont pas sous convention et 2 USLD

Ainsi, au 31 décembre 2008, le Département de la Vienne aide 3 547 personnes au titre de l'APA en établissement :

- 3 104 personnes âgées, originaires et hébergées dans la Vienne,
- 443 personnes âgées originaires de la Vienne accueillies dans des établissements situés en dehors du département.

La moyenne d'âge des personnes de la Vienne ayant l'APA en établissement est de 86 ans.

## 2) L'APA à domicile

En 2008, 4 379 personnes dépendantes vivant à domicile ont été aidées par le Département de la Vienne :

- 96 au titre de l'allocation compensatrice,
- 4 283 au titre de l'APA.

Leur répartition

⇒ par niveau de dépendance :

|       | VIENNE |      |      |      | FRANCE |      |      |      |
|-------|--------|------|------|------|--------|------|------|------|
|       | 2005   | 2006 | 2007 | 2008 | 2005   | 2006 | 2007 | 2008 |
| GIR 1 | 3 %    | 2 %  | 2 %  | 2 %  | 3 %    | 3 %  | 3 %  | 2 %  |
| GIR 2 | 17 %   | 16 % | 16 % | 16 % | 19 %   | 19 % | 18 % | 18 % |
| GIR 3 | 23 %   | 22 % | 22 % | 21 % | 22 %   | 22 % | 22 % | 22 % |
| GIR 4 | 57 %   | 60 % | 60 % | 61 % | 56 %   | 56 % | 57 % | 58 % |

⇒ par tranche d'âge :

|             | VIENNE |      |      |      | FRANCE   |
|-------------|--------|------|------|------|----------|
|             | 2005   | 2006 | 2007 | 2008 | 31-12-05 |
| 85 ans et + | 45 %   | 44 % | 46 % | 47 % | 45 %     |
| 75 à 84 ans | 41 %   | 43 % | 42 % | 41 % | 40 %     |
| 60 à 74 ans | 14 %   | 13 % | 12 % | 12 % | 15 %     |

La moyenne d'âge des personnes de la Vienne bénéficiant de l'APA à domicile est de 83 ans.

## 3) L'analyse globale

Au total, au 31 décembre 2008, **7 926** personnes âgées sont bénéficiaires d'une prestation d'aide à la personne.

Ces bénéficiaires se répartissent de la manière suivante :

- 55 % vivent à domicile
- 45 % sont accueillis en établissement.

Près de ¼ des bénéficiaires de l'APA de 75 ans et plus sont des femmes.

Entre 2004 et 2008, le nombre des personnes âgées aidées a globalement augmenté de 19,61 %, de façon plus importante en établissement (+ 33,30%) qu'à domicile (+ 10,50 %). Au-delà de l'augmentation globale du nombre de personnes âgées dépendantes, le nombre de bénéficiaires en établissement a progressé du fait de l'augmentation des capacités et de la transformation en EHPAD de résidences-services et de certains logements-foyers : les bénéficiaires de ces structures étaient auparavant considérés comme bénéficiaires à domicile.

La dépense d'APA du Département de la Vienne pour 2008 a été de **30,8 millions** d'euros, à laquelle la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a contribué à hauteur de 13,4 millions d'euros.

## **B. L'aide sociale à l'hébergement**

En établissement pour personnes âgées, l'aide sociale à l'hébergement est stable sur la période. Le nombre de bénéficiaires est de 644 au 31 décembre 2008 pour 629 en 2003, pour une dépense sur l'exercice 2008 de 13,1 millions d'euros.

A fin 2008, le Département aide également 26 personnes handicapées âgées de 60 ans et plus, hébergées en familles d'accueil. Cette aide représente un montant de 185 500 euros.

## **XIV. Les subventions d'aide à l'investissement**

### **A. Les aides de l'Etat**

Le parc des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes du département a fait l'objet d'aides importantes de l'Etat sur crédits de la CNSA en termes de rénovation et de restructuration.

Deux établissements (Sèvres-Anxaumont, Mirebeau) ont pu en 2006 bénéficier chacun de 1 250 000 € de subvention d'investissement pour reconstruction et restructuration. Cet effort a été poursuivi en 2007 avec une aide de 4 000 000 € apportée à l'opération exceptionnelle de restructuration du pôle gériatrique du Centre Hospitalier de Loudun.

Cet effort a été complété en 2008 avec un apport supplémentaire de 1 481 000 €, réparti entre les établissements suivants :

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| - Nouaillé « Les Grillons »  | 70 450 €  |
| - Chaunay                    | 251 648 € |
| - Usson-du-poitou            | 162 460 € |
| - CHU (reconstruction EHPAD) | 996 442 € |

L'Etat et l'Assurance Maladie ont accompagné à partir de 2007 et sous certaines conditions, les opérations de restructuration d'EHPAD par la prise en charge sur le budget soins de 75 % des frais financiers issus des emprunts contractés (3 millions d'Euros dépensés en 2007 pour 6 opérations). Cette aide a permis de limiter la hausse induite du tarif hébergement acquitté par les personnes âgées dépendantes (entre 2 et 6 € de gain journalier).

### **B. Les aides du Département**

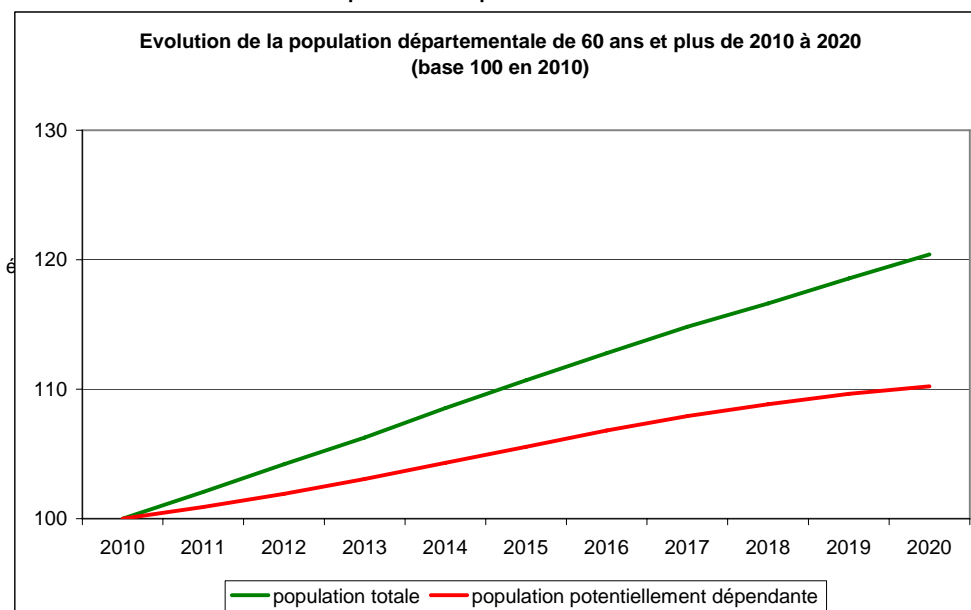
Pour accompagner le financement des projets entrant dans le dispositif des EHPAD, le Conseil Général a voté en 2004 une autorisation de programme, abondée pendant les années suivantes.

Elle s'élèvera à près de 12 millions d'euros pour 1 863 lits restructurés ou créés.

## Chapitre II : **LA POPULATION AGEE DANS LA VIENNE « ETUDE INSEE » ET SON EVOLUTION**

En 2020, 30% des habitants de la Vienne auront 60 ans et plus. L'augmentation du nombre de seniors, nourrie par l'allongement de l'espérance de vie et par le vieillissement des générations du baby-boom, s'accompagnera parallèlement d'une hausse de + 10% du nombre de personnes potentiellement dépendantes entre 2010 et 2020.

### Une hausse de 10 % du nombre de personnes dépendantes



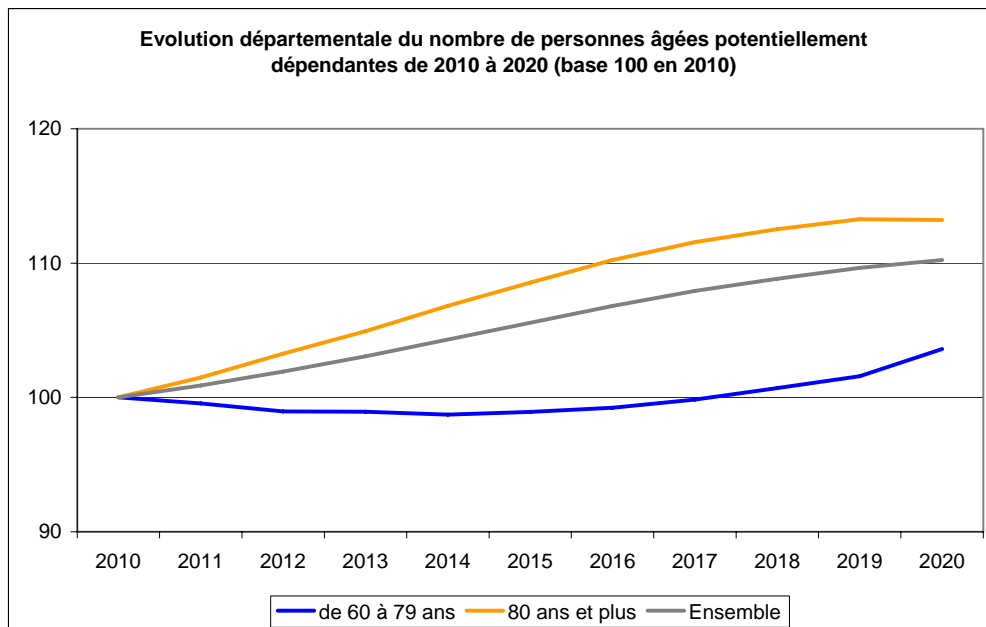
Source : Insee (Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998-1999 - Omphale)

### I. La démographie

#### **Données départementales - projections de population « dépendante » à l'horizon 2020 :**

##### 1<sup>er</sup> constat :

Les personnes passant le cap des 60 ans durant les années 2005 à 2020 sont nées durant la période du baby-boom, entre 1945 et 1960. Elles forment donc une population importante, dont peu d'individus seront dépendants, car n'ayant pas encore atteint l'âge où le risque d'être dépendant devient important.



Source : Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998-1999 - Omphale

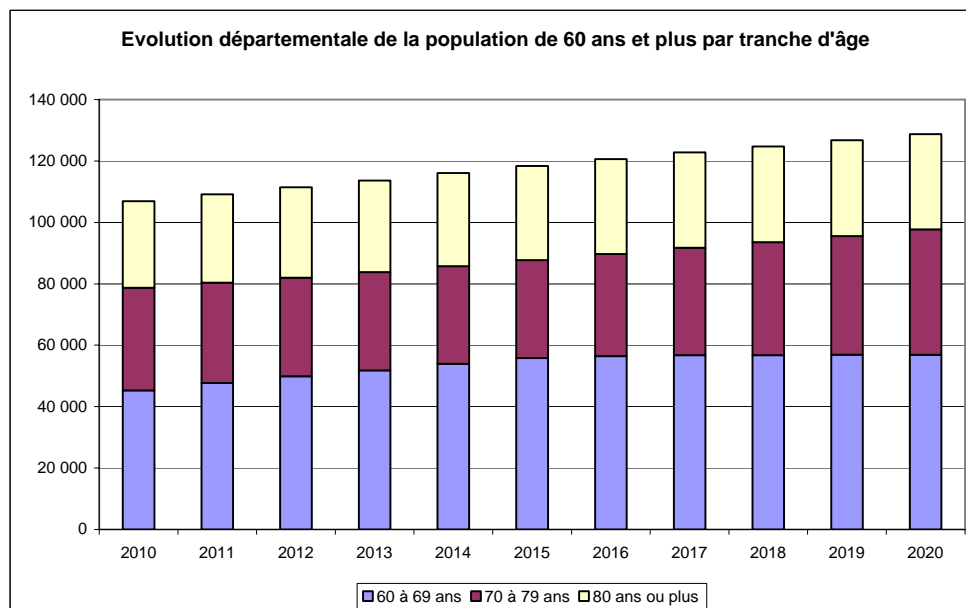
La population nombreuse issue du baby-boom n’atteindra les grands âges, quand la dépendance devient plus fréquente, qu’à partir de 2025.

Deux phénomènes se conjuguent. D’un côté, l’augmentation de l’espérance de vie accroît le nombre de personnes très âgées. De l’autre, les personnes dépassant 80 ans entre 2010 et 2020, nées entre 1930 et 1940, sont peu nombreuses.

Ainsi, d’ici 2020, l’augmentation du nombre de personnes potentiellement dépendantes serait donc très faible pour les personnes âgées de moins de 80 ans et se concentrerait surtout sur celles âgées de 80 ans et plus. Leur nombre augmenterait de 13% entre 2010 et 2020.

En 2005, l’espérance de vie des habitants de la Vienne s’élevait à 84,5 ans pour les femmes contre 76,8 ans pour les hommes, avec un écart entre hommes et femmes qui se réduit peu à peu.

**Arrivée au-delà de 60 ans des classes nombreuses du baby-boom**



Source : Omphale

En 2020, les femmes seraient 1,3 fois plus nombreuses que les hommes après 60 ans, alors que ce rapport s'élèverait à 2,1 parmi la population dépendante.

### **Données infra-départementales** **Projections sur la base des résultats du recensement de 2006**

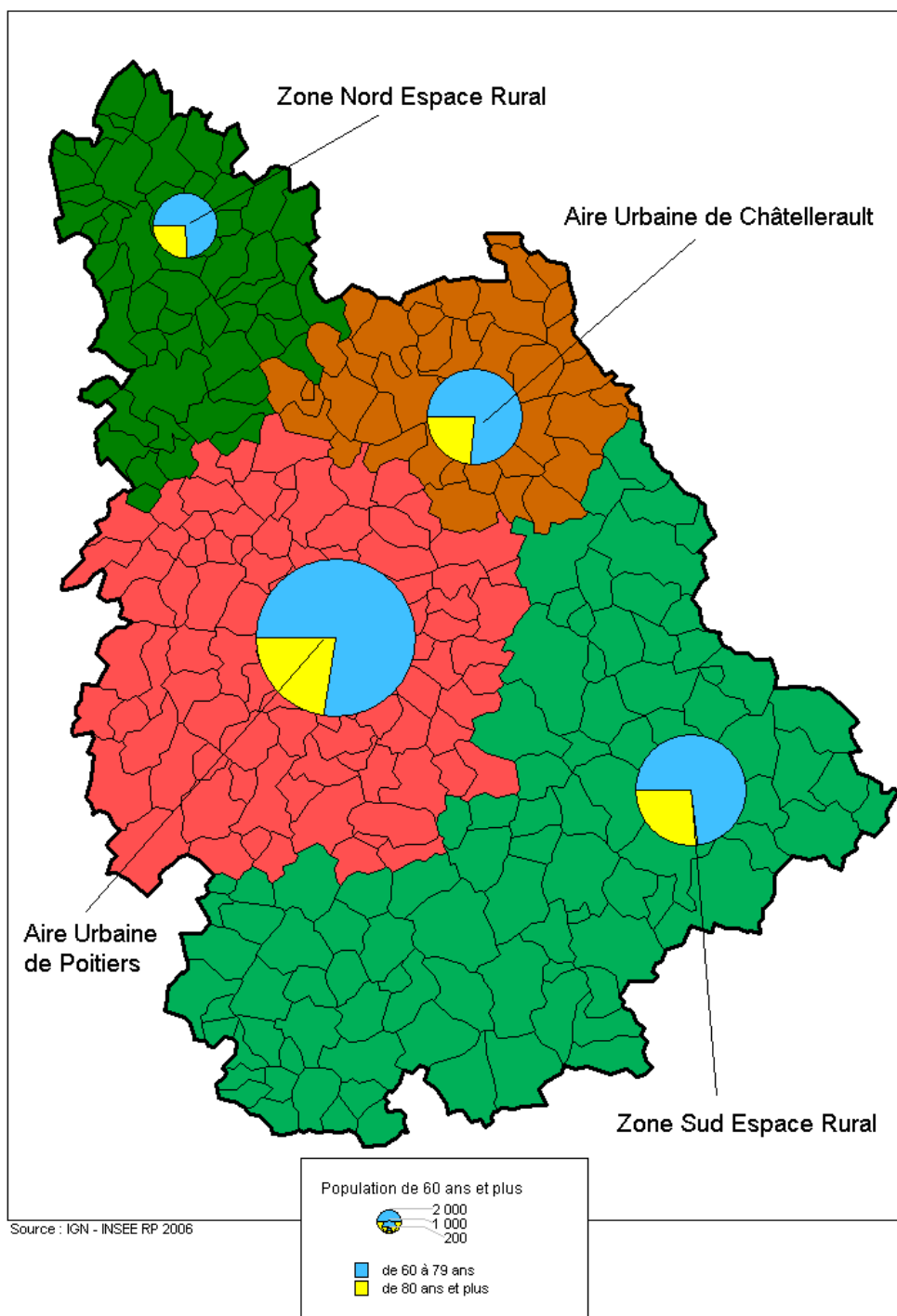
En supposant le maintien des tendances démographiques depuis 1990, la population du département de la Vienne devrait passer de **419 000 habitants en 2006 à 454 000 en 2020, soit une progression de +8,4%**.

Entre 2006 et 2020, la population de l'aire urbaine de Poitiers devrait s'accroître de +16,5% et celle de Châtelleraut de +5%. En revanche, les zones rurales du département devraient voir leur population diminuer de -5,8% pour la zone nord et -8,6% pour la zone sud.

La part des personnes âgées de 60 ans et plus passerait de 23 % en 2006 à 30 % en 2020 dans le département de la Vienne, contre 31 % dans l'ensemble de la Région Poitou-Charentes.

Répartition de la population de 60 ans et plus

**46 % des personnes de 60 ans et plus vivent dans l'aire urbaine de Poitiers**



Les personnes âgées sont proportionnellement plus présentes en milieu rural. En 2006, elles représentent 34% de la population de l'espace rural sud du département et 30% de l'espace nord.

D'ici 2020, cette part continuera d'augmenter pour atteindre 44% dans le sud et 42% dans le nord.

Ce constat se vérifie pour les personnes âgées de 80 ans et plus.

| <b>Zone rurale sud Vienne</b>  | 2006         | 2010          | 2015          | 2020          | Evolution 2020/2006 |
|--------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|
| 60 ans et plus                 | 24 163       | 25 452        | 27 138        | 28 931        | 19,73%              |
| <i>évolution</i>               | /            | 5,33%         | 6,62%         | 6,61%         | /                   |
| <b>dont 80 ans et plus</b>     | 6 548        | 7 323         | 7 985         | 8 223         | 25,58%              |
| <i>évolution</i>               | /            | 11,84%        | 9,04%         | 2,98%         | /                   |
| population totale de la zone   | 71 193       | 69 744        | 67 643        | 65 048        | -8,63%              |
| Part des 60 ans et plus        | 33,94%       | 36,49%        | 40,12%        | 44,48%        | /                   |
| <b>Part des 80 ans et plus</b> | <b>9,20%</b> | <b>10,50%</b> | <b>11,80%</b> | <b>12,64%</b> | /                   |

| <b>Zone rurale nord Vienne</b> | 2006         | 2010         | 2015          | 2020          | Evolution 2020/2006 |
|--------------------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------------|
| 60 ans et plus                 | 9 200        | 10 026       | 11 091        | 12 114        | 31,67%              |
| <i>évolution</i>               | /            | 8,98%        | 10,62%        | 9,22%         | /                   |
| <b>dont 80 ans et plus</b>     | 2 436        | 2 751        | 3 125         | 3 244         | 33,17%              |
| <i>évolution</i>               | /            | 12,93%       | 13,60%        | 3,81%         | /                   |
| Population totale de la zone   | 30 816       | 30 499       | 29 907        | 29 041        | -5,76%              |
| Part des 60 ans et plus        | 29,85%       | 32,87%       | 37,08%        | 41,71%        | /                   |
| <b>Part des 80 ans et plus</b> | <b>7,90%</b> | <b>9,02%</b> | <b>10,45%</b> | <b>11,17%</b> | /                   |

Cependant, les aires urbaines sont les plus peuplées. Ainsi en 2006, 46% des personnes âgées de 60 ans et plus de la Vienne habitent dans l'aire urbaine de Poitiers. Ce phénomène de concentration devrait continuer, l'aire urbaine de Poitiers compterait 70 000 personnes âgées de 60 ans et plus en 2020, soit une augmentation de +55% par rapport à 2006. Ainsi, dans la Vienne, plus d'une personne de 60 ans et plus sur deux y résiderait.

| <b>Aire urbaine de Poitiers</b> | 2006         | 2010         | 2015         | 2020         | Evolution 2020/2006 |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| 60 ans et plus                  | 45 156       | 51 613       | 60 615       | 70 040       | 55,11%              |
| <i>évolution</i>                | /            | 14,30%       | 17,44%       | 15,55%       | /                   |
| <b>dont 80 ans et plus</b>      | 10 302       | 11 860       | 14 005       | 15 825       | 53,61%              |
| <i>évolution</i>                | /            | 15,12%       | 18,09%       | 13,00%       | /                   |
| Population totale de la zone    | 239 240      | 250 506      | 264 029      | 278 607      | 16,46%              |
| Part des 60 ans et plus         | 18,87%       | 20,60%       | 22,96%       | 25,14%       | /                   |
| <b>Part des 80 ans et plus</b>  | <b>4,31%</b> | <b>4,73%</b> | <b>5,30%</b> | <b>5,68%</b> | /                   |

L'aire urbaine de Châtelleraut, quant à elle, rassemblerait en 2020 près de 25 000 personnes de 60 ans et plus, soit +33% par rapport à 2006.

| <b>Aire urbaine de Châtelleraut</b> | 2006         | 2010         | 2015         | 2020         | Evolution 2020/2006 |
|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| 60 ans et plus                      | 18 637       | 20 053       | 22 374       | 24 743       | 32,76%              |
| <i>évolution</i>                    | /            | 7,60%        | 11,57%       | 10,59%       | /                   |
| <b>dont 80 ans et plus</b>          | 4 444        | 5 041        | 5 758        | 6 270        | 41,09%              |
| <i>évolution</i>                    | /            | 13,43%       | 14,22%       | 8,89%        | /                   |
| Population totale de la zone        | 77 523       | 78 802       | 80 209       | 81 391       | 4,99%               |
| Part des 60 ans et plus             | 24,12%       | 25,45%       | 27,89%       | 30,40%       | /                   |
| <b>Part des 80 ans et plus</b>      | <b>5,73%</b> | <b>6,40%</b> | <b>7,18%</b> | <b>7,70%</b> | /                   |

L'aire urbaine de Poitiers et l'aire urbaine de Châtelleraut regroupent plus des 2/3 des personnes âgées de 60 ans et plus du département de la Vienne.

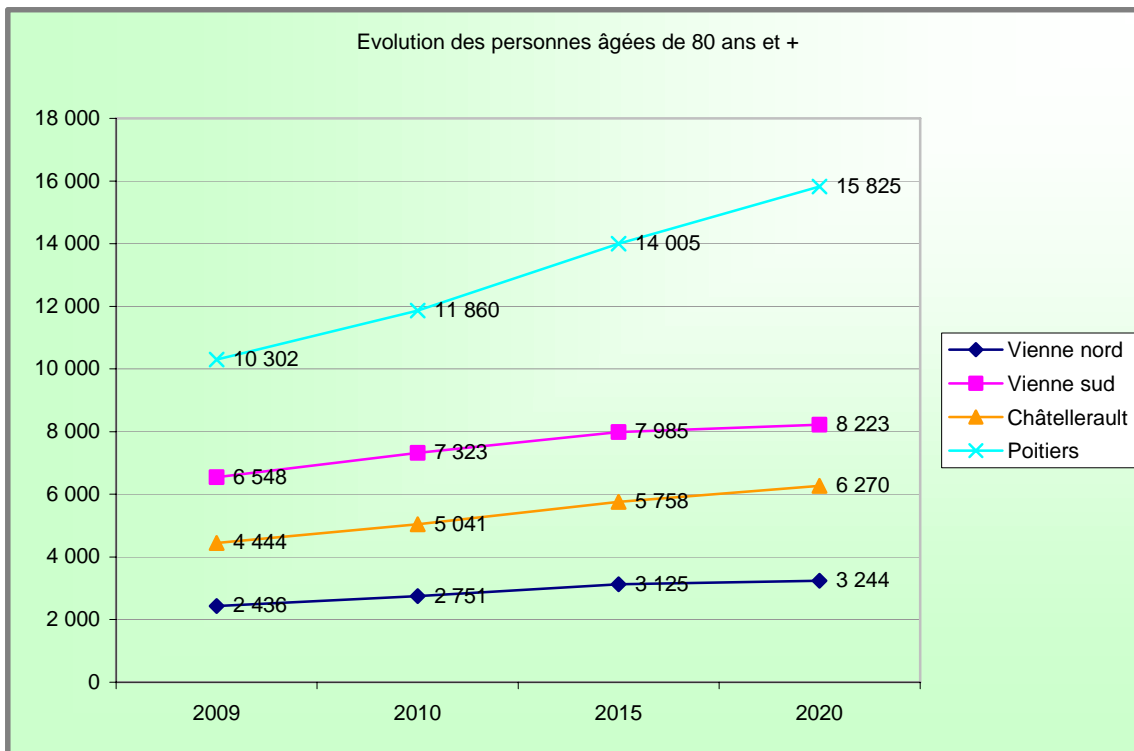
| Population âgée de 60 ans et plus | 2006                  |                 | 2010                  |                 | 2015                  |                 | 2020                  |                 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
|                                   | Nombre 60 ans et plus | % zone / Vienne | Nombre 60 ans et plus | % zone / Vienne | Nombre 60 ans et plus | % zone / Vienne | Nombre 60 ans et plus | % zone / Vienne |
| Vienne                            | 97 156                |                 | 107 144               |                 | 121 218               |                 | 135 828               |                 |
| Zone rurale sud                   | 24 163                | 24,87%          | 25 452                | 23,75%          | 27 138                | 22,39%          | 28 931                | 21,30%          |
| Zone rurale nord                  | 9 200                 | 9,47%           | 10 026                | 9,36%           | 11 091                | 9,15%           | 12 114                | 8,92%           |
| Aire urbaine Poitiers             | 45 156                | 46,48%          | 51 613                | 48,17%          | 60 615                | 50,00%          | 70 040                | 51,57%          |
| Aire urbaine Châtelleraut         | 18 637                | 19,18%          | 20 053                | 18,72%          | 22 374                | 18,46%          | 24 743                | 18,22%          |

Bien que l'explication principale de l'augmentation des personnes âgées soit l'arrivée dans ces âges des premières générations du baby-boom, l'allongement de l'espérance de vie va aussi augmenter le nombre des plus âgés d'entre eux.

Le département de la Vienne devrait compter près de 34 000 personnes de 80 ans et plus en 2020, soit 10 000 de plus qu'en 2006. La moitié des octogénaires résiderait, là aussi, dans l'aire urbaine de Poitiers.

Pour la période 2010-2015 (durée du schéma), le groupe des 80 ans et plus augmenterait de 3 898 personnes (+2 145 pour l'aire urbaine de Poitiers).

| Population âgée de 80 ans et plus | 2006   | 2010           | 2015           | 2020    | Evolution 2020/2006 |
|-----------------------------------|--------|----------------|----------------|---------|---------------------|
| Vienne                            | 23 730 | <b>26 975</b>  | <b>30 873</b>  | 33 562  | + 9 832             |
| <i>évolution</i>                  | /      | <b>+ 3 245</b> | <b>+ 3 898</b> | + 2 689 | /                   |
| Dont                              |        |                |                |         |                     |
| zone rurale sud                   | 6 548  | <b>7 323</b>   | <b>7 985</b>   | 8 223   | + 1 675             |
| <i>évolution</i>                  | /      | <b>+ 775</b>   | <b>+ 662</b>   | + 238   | /                   |
| zone rurale nord                  | 2 436  | <b>2 751</b>   | <b>3 125</b>   | 3 244   | + 808               |
| <i>évolution</i>                  | /      | <b>+ 315</b>   | <b>+ 374</b>   | + 119   | /                   |
| aire urbaine Poitiers             | 10 302 | <b>11 860</b>  | <b>14 005</b>  | 15 825  | + 5 523             |
| <i>évolution</i>                  | /      | <b>+ 1 558</b> | <b>+ 2 145</b> | + 1 820 | /                   |
| aire urbaine Châtelleraut         | 4 444  | <b>5 041</b>   | <b>5 758</b>   | 6 270   | + 1 826             |
| <i>évolution</i>                  | /      | <b>+ 597</b>   | <b>+ 717</b>   | + 512   | /                   |



Si l'on rapproche ces chiffres des données actuelles sur l'APA, qui font apparaître une proportion de personnes dépendantes de 24,5% parmi les 80 ans et plus, le département de la Vienne verrait sa population dépendante augmenter de 960 personnes entre 2010 et 2015.

## II. Les revenus

L'entrée dans un établissement d'accueil ou le recours à des services d'aide à domicile signifie pour la personne âgée des dépenses accrues.

Les difficultés sont d'autant plus importantes lorsque la personne est dépendante, seule, et sans famille pour apporter une aide financière.

Dans un couple, si l'un des conjoints doit rejoindre un établissement spécialisé, il faut également que celui restant au domicile puisse continuer de bénéficier de ressources suffisantes pour subvenir à ses propres besoins.

L'attribution de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) par les Départements prend en compte les ressources pour établir le montant de la participation éventuelle de la personne âgée.

L'observation des revenus des ménages âgés peut permettre d'apprécier la charge potentielle qui incombe aux Départements.

### Des ressources nettement inférieures à la moyenne nationale

En 2005, dans la Vienne, pour les ménages âgés, les ressources par personne au sens de l'APA sont inférieures à celles de la France métropolitaine. Ainsi, au niveau national, 10% des ménages âgés de 60 ans et plus perçoivent des ressources mensuelles inférieures à 636 €. Dans la Vienne, ce sont 12,6% des ménages de 60 ans et plus qui recueillent moins que cette somme.

De la même façon, la moitié des ménages français d'au moins 60 ans gagnent moins de 1 183 € par mois et par personne. Dans la Vienne, ce sont près de 60% des ménages d'au moins 60 ans qui perçoivent des ressources inférieures à cette somme.

Pour les ménages de 60 ans et plus du département, la médiane n'atteint que 1 065 € par mois, soit 120€ mensuels de moins qu'au niveau national.

A l'autre extrémité de l'échelle des ressources, les 10% des ménages métropolitains de 60 ans et plus, les plus aisés perçoivent plus de 2 342 € par mois, alors qu'ils ne sont que 6,5% dans la Vienne.

*Répartition des revenus des ménages dans la Vienne selon la composition des ménages au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (en %) :*

| Revenu mensuel par personne | Ménages composés d'une seule personne | Ménages composés de plusieurs personnes | Ensemble des ménages |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| jusqu'à 636€                | 14,3                                  | 11                                      | 12,4                 |
| plus de 636€ à 801€         | 14,1                                  | 13,8                                    | 14                   |
| plus de 801€ à 930€         | 12,3                                  | 11,6                                    | 11,8                 |
| plus de 930€ à 1054€        | 11,7                                  | 10,2                                    | 10,8                 |
| plus de 1054€ à 1183€       | 10,5                                  | 9,6                                     | 10,0                 |
| plus de 1183€ à 1333€       | 8,7                                   | 9,5                                     | 9,2                  |
| plus de 1333€ à 1534€       | 7,8                                   | 9,7                                     | 8,9                  |
| plus de 1534€ à 1822€       | 7,3                                   | 9,2                                     | 8,4                  |
| plus de 1822€ à 2342€       | 7,2                                   | 8,6                                     | 8                    |
| plus de 2342€               | 6,1                                   | 6,8                                     | 6,5                  |
| <b>Ensemble</b>             | <b>100</b>                            | <b>100</b>                              | <b>100</b>           |

Source : INSEE, Revenus fiscaux 2004, ménages dont le référent fiscal a 60 ans ou plus.

### La situation des ménages par rapport aux plafonds de l'APA

La situation des ménages par rapport aux plafonds de l'APA ne dépend pas de la composition du ménage : les résultats ne varient guère entre les personnes seules et les personnes en ménages composés de plusieurs personnes. En revanche, on note des différences entre générations. Près de 3 ménages sur 10 de plus de 90 ans ne dépassent pas le premier plafond de l'APA.

La grande majorité des ménages, 82%, disposent de ressources mensuelles situées entre les 2 plafonds de l'APA. Ils bénéficieraient donc, si leur perte d'autonomie donnait droit à attribution de l'APA, d'une allocation versée par le Département s'échelonnant de 10 à 90% du montant total de l'APA.

*Répartition des ménages départementaux au 1<sup>er</sup> janvier 2005 selon le revenu et l'âge : (source : revenus fiscaux 2004)*

| Revenu mensuel (au sens APA) par personne | En dessous du 1 <sup>er</sup> plafond APA (de 0 à 658.04€) | Entre le 1 <sup>er</sup> et le 2 <sup>ème</sup> plafond APA (plus de 658.04€ à 2622.34€) | Au dessus du 2 <sup>ème</sup> plafond APA (plus de 2622.34€) | Ensemble |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|
| <b>60-64 ans</b>                          | 950                                                        | 7 250                                                                                    | 590                                                          | 8 790    |
| <b>65-69 ans</b>                          | 1 110                                                      | 8 880                                                                                    | 560                                                          | 10 550   |
| <b>70-74 ans</b>                          | 1 360                                                      | 9 650                                                                                    | 420                                                          | 11 430   |
| <b>75-79 ans</b>                          | 1 500                                                      | 8 780                                                                                    | 340                                                          | 10 620   |
| <b>80-84 ans</b>                          | 1 450                                                      | 7 330                                                                                    | 310                                                          | 9 090    |

|                       |              |               |              |        |
|-----------------------|--------------|---------------|--------------|--------|
| <b>85-89 ans</b>      | 710          | 2 500         | 130          | 3 340  |
| <b>90-94 ans</b>      | 630          | 1 700         | 90           | 2 420  |
| <b>95 ans et plus</b> | 210          | 370           | 30           | 610    |
| <b>Ensemble</b>       | <b>7 920</b> | <b>46 460</b> | <b>2 470</b> | 56 850 |
| <b>en %</b>           | <b>14 %</b>  | <b>82 %</b>   | <b>4 %</b>   | /      |

Selon le scénario central qui prolonge les tendances démographiques récentes, le département de la Vienne compterait plus de 45 000 ménages de 70 ans et plus en 2020, soit une augmentation de 20% par rapport à 2005. Les personnes seules connaîtraient une hausse trois fois plus importante que les ménages de plusieurs personnes.

### III. Les incidences sur l'emploi

En dessous de 80 ans, les personnes âgées vivent majoritairement à domicile.

L'augmentation du nombre de personnes âgées demeurant dans leur logement, qu'elles vivent seules ou non, entraînera un besoin accru d'emplois de service à la personne.

Le nombre d'aides soignantes à domicile devrait être multiplié par 2 de 2010 à 2020. Le nombre d'aides ménagères, auxiliaires de vie sociale devrait être multiplié par 1,5. En revanche, les effectifs des gardes à domicile ou de service de portage de repas ne devraient qu'assez faiblement augmenter, quelques dizaines d'emplois seulement dans le département.

Dans la Vienne, près de 12% des personnes de 80 ans et plus vivent en institution, contre 1,5% des personnes âgées de 60 à 79 ans.

Le Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) prévoit une redistribution entre les différentes catégories d'institutions dans le département de la Vienne : le nombre de résidents baisserait jusqu'en 2010 dans les logements-foyers et unités de soins de longue durée au profit des maisons de retraites et Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Après une augmentation de + 25% du nombre de lits en maisons de retraite et EHPAD entre 2007 et 2009, le rythme devrait se ralentir : 250 places devraient être créées en EHPAD entre 2009 et 2013. A partir de 2014, conformément aux hypothèses nationales du rapport du Centre d'analyse stratégique, le nombre de places en institutions resterait stable jusqu'en 2020.

L'offre d'hébergement serait supposée concentrée sur les personnes âgées les plus dépendantes nécessitant plus de personnel qualifié.

En 2004, la Vienne comptait 55 équivalents temps plein (ETP) de personnel pour 100 résidents. Selon les différents scénarios d'augmentation des ratios d'encadrement, l'augmentation de l'emploi en institutions serait comprise entre + 11 et + 14% entre 2010 et 2020.

Les fortes évolutions auraient lieu parmi le personnel éducatif, social et d'animation et parmi les aides soignants.

A l'inverse, les personnels de services généraux, administratifs et agents de services n'augmenteraient que faiblement.

**En conclusion**, les augmentations les plus importantes concerneraient le personnel soignant, ainsi que le personnel d'aide à la vie quotidienne, personnel éducatif, social ou d'animation, ou encore les aides à domicile.

## CHAPITRE III : L'ETUDE DES LISTES D'ATTENTE EN EHPAD

### I. Les résultats de l'étude au 30 juin 2008

Cette étude a servi de base à la constitution d'un groupe de travail qui a réfléchi à l'opportunité de mettre en place un outil uniformisé de gestion des listes d'attente en EHPAD.

L'état des lieux est positif. Les établissements ont largement contribué aux résultats (cf. annexe 2 présentant le questionnaire).

Sur 60 EHPAD consultés :

- 88,3 % des établissements ont répondu,
- 51 questionnaires et 39 listes d'attente ont été traités,
- 7 établissements n'ont pas répondu.

L'étude a porté sur une analyse fine des listes d'attente qui s'est effectuée de la manière suivante :

- élimination des demandes multiples,
- décompte des personnes déclarées en EHPAD,
- croisement avec les bénéficiaires de l'APA en établissement, et de l'APA à domicile.

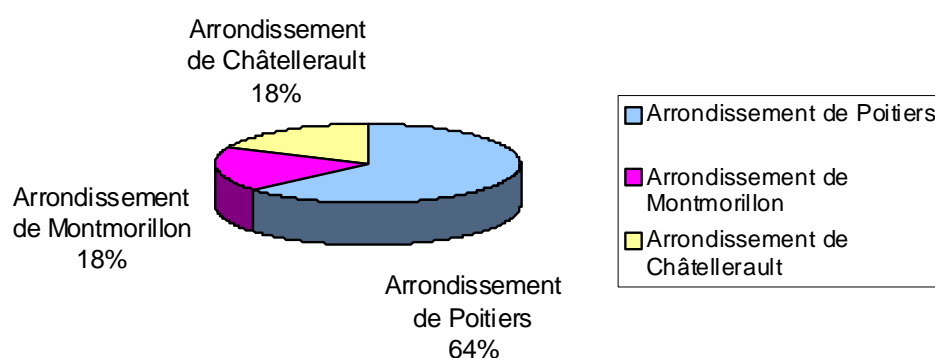
Ainsi, au 30 juin 2008, on comptait :

- 982 demandeurs de la Vienne,
- 145 demandeurs hors Vienne.

Sur 982 demandeurs de la Vienne, 281 avaient l'APA à domicile soit 28,6 % .

Ces demandeurs étaient majoritairement domiciliés sur l'arrondissement de Poitiers.

#### Demandeurs en attente de la Vienne au 30 juin 2008



La moyenne d'âge était de 85 ans pour les trois arrondissements.

L'étude fait également ressortir une grande hétérogénéité dans la gestion des listes d'attente en EHPAD.

Selon les établissements, elles sont gérées par :

- les agents du bureau des entrées,

- le secrétariat sous couvert de la Direction,
- le Directeur et son adjoint,
- l'infirmière coordinatrice,
- le cadre de santé, l'assistante sociale.

La périodicité des mises à jour des listes d'attente est très disparate. Selon les établissements, elle peut varier de plusieurs fois par mois, à tous les 6 mois ou tous les ans.

Au delà des renseignements incontournables sur l'état civil du demandeur, des informations propres à chaque établissement peuvent être demandées en fonction de leurs spécificités (accueil en unité Alzheimer, accueil pour hospitalo-requérants,...).

Une liste d'attente fiable et efficace comporte obligatoirement les éléments suivants :

- nom,
- prénom,
- date de naissance,
- lieu de naissance,
- domicile,
- lieu de vie actuel/ provenance,
- âge,
- sexe,
- numéro de Sécurité Sociale (pour recouper les doublons homonymes).

L'exploitation des questionnaires a permis de retenir les principaux critères de priorité d'accueil des établissements et de les classer par ordre décroissant.

Les six premiers critères sont :

- la proximité géographique pour 53 %,
- le Gir Moyen Pondéré (GMP) pour 17,5 %,
- le placement en urgence pour 13,5 %,
- les caisses de retraite pour 10 %,
- l'antériorité de la demande pour 8 %,
- le rapprochement avec la famille pour 8 %.

Certains établissements ont des critères spécifiques : c'est le cas des établissements hospitaliers dont les entrées proviennent le plus souvent des services de soins de suite.

D'autres établissements ont un recrutement national, tenant compte en premier lieu du handicap sensoriel, puis de l'urgence de la situation, enfin de l'absence d'autre solution adaptée au handicap de la personne (ex : EHPAD pour déficients sensoriels de Larnay).

Le recrutement peut également avoir lieu au vu d'une convention particulière, comme l'EHPAD Résidence Les Cèdres à Payroux qui prend en priorité les personnes venant du Centre Hospitalier Henri Laborit.

L'étude permet également d'établir le constat de disparités entre les listes d'attente liées à plusieurs facteurs :

#### ➔ Des EHPAD de statut différent

Le statut des 60 EHPAD recensés dans la Vienne au 30 juin 2008 est le suivant :

- 5 rattachés à un établissement hospitalier,
- 4 publics autonomes,
- 12 publics territoriaux,
- 18 privés à but non lucratif,
- 21 privés à but lucratif.

Les établissements fortement demandés sont majoritairement les EHPAD publics territoriaux, suivis des EHPAD publics autonomes et hospitaliers et des EHPAD privés à but non lucratif. Il est constaté des listes d'attente souvent peu importantes dans les établissements privés à but lucratif.

→ La situation géographique de l'EHPAD :

Il existe une grande disparité des demandes en attente entre les établissements de la Vienne selon que, l'EHPAD est situé en milieu urbain ou semi-urbain (fortement demandé) ou implanté en milieu rural (moins demandé).

Par ailleurs, l'étude a également permis de réaliser un état des lieux auprès de douze Départements sur la centralisation d'un outil de gestion des listes d'attente (Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Corrèze, Creuse, Finistère, Loir-et-Cher, Puy de Dôme, Savoie, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Vosges).

Sur ces Départements consultés :

- deux n'ont pas d'outil de gestion des listes d'attente,
- sept sont à l'étape de la conception,
- trois en possèdent et font appel à un prestataire extérieur.

Un logiciel utilisé dans l'un des Départements a été présenté au groupe de travail qui s'est réuni suite à cette étude.

Avant d'en restituer les propositions, il convient d'actualiser l'étude des listes d'attente réalisée au 30 juin 2008 par un point de situation sur les ouvertures d'établissements à **mi-2009**.

En effet, depuis cette étude, 10 établissements ont ouvert : les EHPAD de Naintré, Dangé-Saint-Romain, Vendevre, Jaunay-Clan, Saint-Georges-les-Baillargeaux, Vouillé, Saint-Jean-de-Sauves, Senillé, Smarves et Luchapt. Globalement ces ouvertures représentent 512 places.

Pour ce qui est de la répartition géographique, le secteur Nord avec 9 ouvertures a été particulièrement concerné. Seul l'EHPAD de Luchapt concerne le secteur Sud.

A défaut de pouvoir réactualiser l'étude réalisée et de mesurer plus précisément l'impact de ces ouvertures sur les listes d'attente, la montée en charge de ces établissements a fait l'objet d'un suivi tout particulier.

Pour les EHPAD résultant principalement d'une transformation de logement foyer en EHPAD, qu'elle soit partielle ou totale, le recrutement de résidents déjà présents dans la structure a permis un remplissage rapide, à une exception près.

Les nouveaux établissements ont rencontré un niveau d'admission moins rapide que prévu.

Ainsi un point de situation à fin avril 2009 a permis de mettre en évidence que pour les établissements ayant ouvert au début de l'année 2009, le taux de remplissage était tout juste supérieur à 34 % après 3 mois de fonctionnement.

Une nouvelle situation, à fin juin 2009, pour les établissements ayant ouvert au cours du second trimestre 2009, a confirmé ce constat.

Les établissements subissent une montée en charge beaucoup plus lente que ne le prévoient les promoteurs. En outre, certains établissements ayant ouvert depuis plus longtemps ne fonctionnent pas à 100 % de leur capacité.

Ces tendances sont confirmées par les directeurs d'établissement rencontrés. En outre, il est constaté lors de l'examen des comptes administratifs et des comptes d'emploi que l'activité des établissements a tendance à décroître.

Cette observation vaut aussi pour les places Alzheimer puisque ce ne sont pas les unités dédiées qui se remplissent en premier lieu.

Enfin, il faut tenir compte des établissements autorisés dans le cadre du schéma 2003-2008 qui ouvriront sur les 3 prochaines années.

| Lieu d'implantation                   | Calendrier d'ouverture | Capacité autorisée      |
|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Fleuré                                | Fin 2009/2010          | 38                      |
| Civaux                                | Été 2010               | 47                      |
| Lathus                                | Mi 2011                | 50                      |
| La Roche Posay                        | 2011                   | 77                      |
| Poitiers<br>(Jardins de Cybèle)       | 2011                   | 85                      |
| Brigueil-le-Chantre/ La<br>Trimouille | 2012                   | 65 ( <i>extension</i> ) |
| <b>TOTAL</b>                          |                        | <b>362</b>              |

## II. Les conclusions du groupe de travail sur la gestion des listes d'attente

La mise en place d'un outil de gestion uniformisée des listes d'attente présente peu d'intérêt face aux constats suivants :

- fléchissement des listes d'attente depuis l'étude réalisée d'avril à juin 2008,
- critères de priorité d'accueil spécifiques pour un certain nombre d'établissements,
- manque de souplesse du logiciel pour ce qui concerne la difficulté d'entrer des commentaires particuliers (cf. CNIL),
- coût élevé du logiciel et de sa maintenance,
- temps de personnel à dégager par le Département pour la gestion des relances et la mise à jour des listes.

L'inscription sur un site internet identifié a été écartée lors de la précédente réunion par respect du libre choix de la personne âgée qui n'en aurait pas été informée.

Les participants ont préféré opter pour une gestion simplifiée des listes d'attente, pour connaître la tendance sur plusieurs années.

Ainsi, a été élaborée une fiche annuelle de suivi des mouvements en EHPAD (*cf. fiche action 1-1 annexe 2*).

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : LES PRINCIPAUX AXES DE RÉFLEXION ET LES ORIENTATIONS**

Les préconisations des groupes de travail ont enrichi la réflexion nécessaire à l'élaboration du schéma gérontologique 2010-2014, en continuité du précédent, dont les dernières réalisations interviendront au cours de cette période (chapitre I).

Elles ont été présentées au comité de pilotage et ont permis de dégager cinq orientations majeures couvrant l'ensemble des priorités à retenir (chapitre II)

### **Chapitre I : LES PRECONISATIONS ISSUES DES GROUPES DE TRAVAIL**

Réunis dans un cadre de concertation élargi, les groupes de travail ont largement contribué à la réflexion.

Les comptes rendus de leurs travaux seront mis en ligne sur le site internet du Conseil Général.

#### **I. Les personnes âgées en établissement médicalisé**

##### **A. Le rappel du contexte**

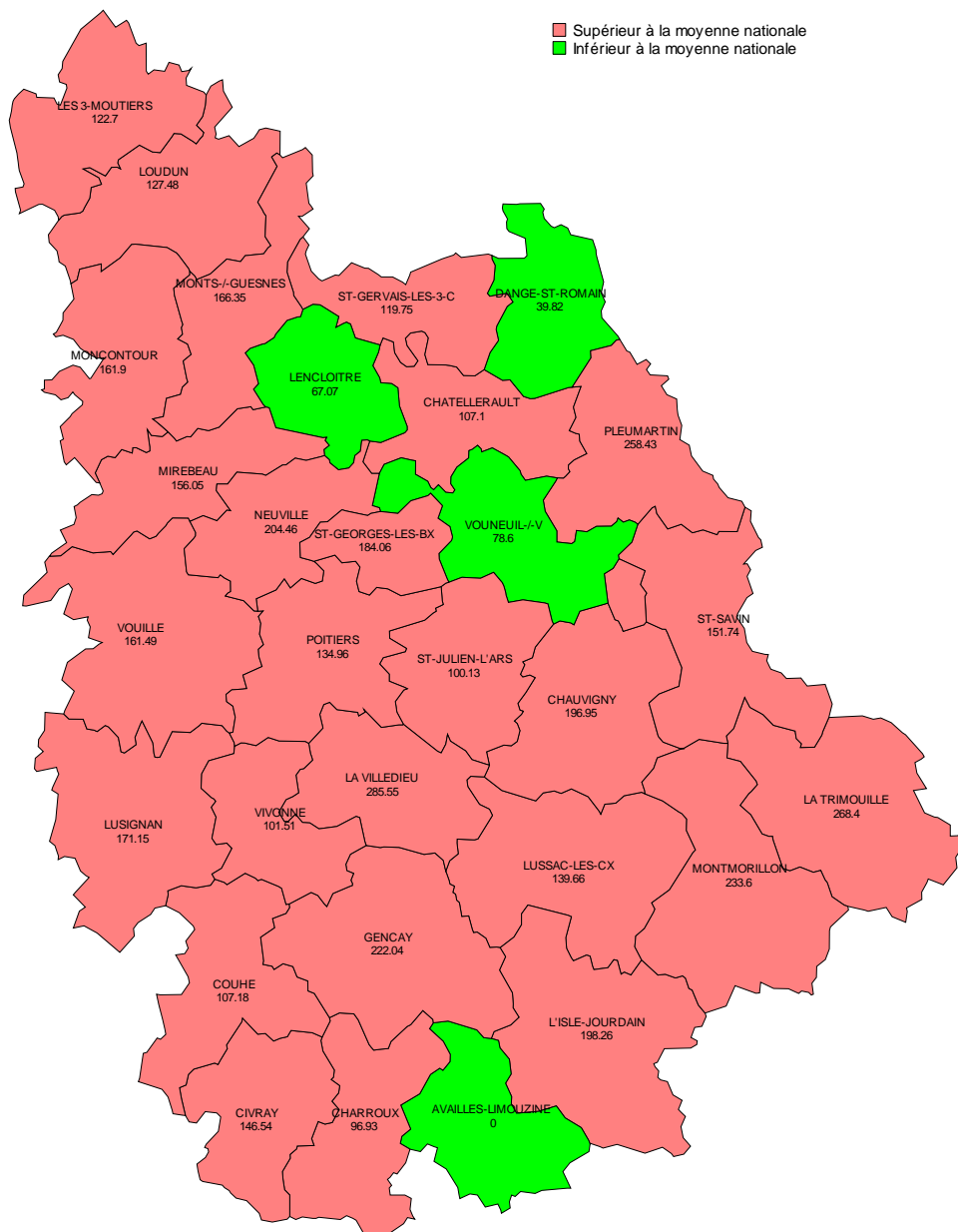
Les efforts conjugués du Département et de l'Etat ont permis la création d'un nombre de places important pour aboutir à un taux d'équipement globalement supérieur à la moyenne nationale.

Les éléments statistiques disponibles concernant les établissements médicalisés témoignent de ce constat (*cf carte suivante*).

Ils démontrent que la quasi-totalité des secteurs de la Vienne ont un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale, le nombre de places en fin de schéma étant rapporté à la population des personnes âgées de 75 ans et plus de 2006.

Schéma gérontologique 2003-2008  
Taux d'équipement fin du schéma  
en places EHPAD et USLD autorisées  
Comparaison avec la moyenne nationale

Taux d'équipement France 2007 (source DREES) : 95



DISS  
Service des Etablissements

Fait le 23 juillet 2009  
Source : INSEE population  
2006 de 75 ans et plus

Dans ce contexte, les objectifs du PRIAC tiennent compte de cette évolution et de la réalisation d'opérations du schéma gérontologique 2003-2008 sur la période 2010-2014.

Schéma Départemental Gérontologique 2010-2014  
Direction Générale Adjointe des Solidarités  
Conseil Général de la Vienne : 05 49 55 66 00  
→Télécharger ce document sur [www.cg86.fr](http://www.cg86.fr)

Direction Départementale des Affaires  
Sanitaires et Sociales : 05 49 44 83 50

Les dotations annuelles des crédits de soins sont constituées sur la base de 50 places par an d'hébergement permanent, 8 places par an d'hébergement temporaire et 10 places par an d'accueil de jour.

Au total, le schéma porte donc sur une prévision de 340 places dont 250 au titre de l'hébergement permanent.

Leur mise en œuvre, compte tenu de l'achèvement du précédent schéma en 2010, devrait intervenir à compter de 2011.

En outre, la volonté affichée par l'État et le Département est d'orienter une partie importante des places vers les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, préoccupation d'ailleurs relayée par l'association France Alzheimer Vienne.

A cette fin, les créations de places nouvelles et les reconnaissances d'unités spécialisées dans des structures existantes devront permettre de doubler les capacités d'accueil des unités Alzheimer de 371 installées fin 2008 à près de 800 à la fin du schéma.

Parallèlement, deux éléments ont complété la réflexion engagée :

- le travail réalisé par l'INSEE qui démontre une évolution des personnes âgées dépendantes limitée (+960 entre 2010 et 2015) avec une demande plus forte sur l'aire urbaine de Poitiers,
- une offre de lits accrue sur la période précédente et des listes d'attente peu importantes.

## **B. Les perspectives**

### **→ La création de places sur la période :**

Il est proposé la création de 4 établissements nouveaux et la médicalisation de places existantes.

La zone urbaine de Poitiers est considérée comme prioritaire avec la création de deux établissements, la médicalisation de places existantes et la perspective d'un troisième établissement si des redéploiements de places permettent son financement.

Un établissement est programmé sur le territoire du Châtelleraudais dont le taux d'équipement doit être amélioré.

Pour le sud qui connaît un taux d'équipement supérieur à la moyenne départementale, un établissement spécialisé Alzheimer est toutefois envisagé en fin de schéma et sur le suivant, au vu de l'évaluation annuelle d'avancement du schéma.

Pour toutes les différentes zones retenues et conformément à la législation un appel à projets sera lancé après une étude de besoin qui devra notamment démontrer la réalité des personnes en attente de places et un taux d'occupation de 100% des structures déjà présentes à proximité.

### **→ La poursuite de l'amélioration de la qualité de prise en charge :**

La mise aux normes des structures existantes, en lien avec le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) de la Vienne, prendra en compte les avis donnés par les commissions de sécurité.

Cette démarche s'accompagne également d'un travail sur la qualité de la prise en charge : un questionnaire a été élaboré pour permettre de mieux évaluer les résultats des

conventions tripartites et d'apporter des aides ciblées en fonction des besoins recensés (cf annexe 1 : synthèse et questionnaire).

### → La bientraitance

La bientraitance fait partie des priorités de la politique menée depuis plusieurs années en faveur des personnes âgées.

Elle connaît un nouvel essor depuis le plan national d'Octobre 2008.

Le plan national promeut :

- l'information avec la mise en place d'un numéro national d'appel, le 3977, pour l'écoute des personnes âgées, elles-mêmes, ou de toute personne souhaitant faire connaître une difficulté concernant une personne âgée,
- la formation des personnels avec la mise en œuvre d'un plan national de formation sur 3 ans,
- l'évaluation des pratiques avec la diffusion des recommandations de l'Agence Nationale d'évaluation sociale et médico-sociale,
- le contrôle ; l'accent étant porté sur la nécessité des contrôles inopinés en établissement.

Les mesures déclinées au niveau départemental relaient ces grands axes de travail :

- la mise en place d'un protocole de signalement des incidents, accidents, actes mettant en jeu la bientraitance, conclu entre les établissements et les services de l'Etat,
- l'analyse des questionnaires d'auto-évaluation des établissements sur les pratiques de bientraitance,
- les contrôles.

### → Le suivi des tarifs d'hébergement.

Le groupe de travail relatif au tarif d'hébergement poursuivra sa réflexion sur la constitution d'un cahier des charges qui pourrait devenir un document de référence en vue de la sélection des porteurs des futurs projets.

Par ailleurs, le Département examinera les conditions d'évolution du tarif de prise en charge à l'aide sociale à l'hébergement des établissements habilités partiellement afin de réduire l'écart subsistant avec le tarif moyen des établissements habilités totalement à l'aide sociale.

Enfin, les modalités d'harmonisation des ratios d'encadrement des budgets dépendance, seront étudiées en particulier pour les établissements présentant des ratios d'encadrement inférieurs à 0,105, au regard de leur niveau moyen de dépendance (GIR moyen pondéré).

## **II. Les personnes âgées à domicile**

Afin d'encourager un soutien à domicile de qualité, et de répondre au souhait de nombreuses personnes âgées, deux points ont fait l'objet d'échanges importants :

- l'étude de propositions nouvelles d'intervention auprès des personnes âgées dans le cadre de l'élaboration des plans d'aide APA,
- la prise en compte des besoins des aidants familiaux.

En effet, ces derniers assurent une part importante de l'aide sans laquelle la personne âgée ne pourrait rester à son domicile, notamment dans le cas d'accompagnement d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés présentant des troubles du comportement ou une détérioration cognitive.

Du point de vue des professionnels de l'aide à domicile, les aidants familiaux sont confrontés aux problèmes suivants :

- la culpabilité à confier la personne âgée à une institution,
- le manque d'information sur les aides possibles (accueil de jour, hébergement temporaire),
- le temps insuffisant donné aux professionnels au niveau des plans d'aide pour intervenir auprès de ces malades.

## **A. La diversification des plans d'aide APA**

Il est apparu dans les différents groupes de travail relatifs aux personnes âgées à domicile que les aidants familiaux pourraient prendre conscience des différentes formes d'aide possibles lors des préconisations émises dans les plans d'aide APA.

En outre, certaines dispositions spécifiques sont susceptibles de favoriser le répit des aidants familiaux.

Ainsi, dans la limite des conditions légales d'attribution de l'APA, les plans d'aide pourront ainsi proposer des travaux à réaliser ou des forfaits annuels de prise en charge adaptés aux besoins la personne âgée et de sa famille.

Il a également été constaté que le coût horaire des aides à domicile augmentant plus vite que les plafonds d'attribution de l'APA, le nombre d'heures d'aide à la personne âgée dépendante diminue légèrement.

Les budgets des services d'aide à domicile conventionnés continueront donc à faire l'objet d'une étude attentive tout en poursuivant leur modernisation. Celle-ci pourra également s'inscrire dans le cadre de la future convention avec la CNSA qui dispose de crédits dans ce domaine.

## **B. L'accueil de jour**

L'accueil de jour est destiné à la prise en charge, pendant la journée, de personnes âgées dépendantes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, vivant à leur domicile.

Il propose des activités adaptées dont l'objectif est de retarder la perte d'autonomie des accueillis et permet aux aidants familiaux d'avoir des moments de répit.

Les personnes âgées y sont accueillies de une à plusieurs journées par semaine, en général de manière régulière.

Plusieurs freins au fonctionnement des accueils de jour ont été répertoriés :

- l'organisation des transports et la formation des chauffeurs,
- la prise en charge financière,
- le nombre et le contenu des dossiers administratifs à remplir,
- le sentiment de culpabilité face à la séparation du conjoint,
- l'assimilation de l'entrée en accueil de jour au sein d'un EHPAD à une entrée permanente.

En revanche, les membres du groupe de travail ont relevé un certain nombre d'éléments favorables à un bon fonctionnement :

- un travail en réseau préalable, très en amont,
- un travail d'informations et de préparation à la séparation de la famille et des aidants par le médecin traitant,
- une entrée à la suite de prise en charge en hôpital de jour, dans le cadre d'un parcours de soins,
- une organisation des transports réussie (ex :minibus à Mignaloux-Beauvoir et Handibus de Vitalis pour le CHU à Pasteur),
- la présence de personnels formés et de personnes référentes,
- l'élaboration d'un projet de vie spécifique à ce mode d'accueil,
- un nombre de places permettant de décliner un réel projet de fonctionnement,
- un accueil de jour adossé à un établissement existant, mais dans des locaux dédiés.

Le groupe de travail a ainsi étudié un projet d'une capacité de 5 places. Si le projet de vie était recevable, le prix journalier de 45 € a été jugé trop élevé.

Au vu de ces éléments, le Département et l'Etat, dans le cadre de ce schéma, se donnent deux objectifs :

- organiser un maillage territorial équilibré,
- orienter les projets sur des unités de capacité suffisante permettant l'élaboration d'un projet de vie particulier, d'organiser le transport et d'avoir du personnel dédié.

### C. L'hébergement temporaire.

Il est constitué de places d'hébergement situées en EHPAD, permettant l'accueil de personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile, sur une période déterminée, lorsque l'aidant familial est absent ou dans l'impossibilité d'apporter son aide quotidienne.

Outre les freins au fonctionnement évoqués pour l'accueil de jour, on note également :

- l'écart ressenti entre le nombre de places agréées et la réponse possible des établissements,
- le déficit de prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées,
- un manque de solutions d'accueil d'urgence (en cas d'hospitalisation de l'aidant par exemple),
- un déficit d'information des professionnels de santé (médecins libéraux, ...).

Le groupe de travail a émis un avis réservé sur un projet de 20 places qui lui a été présenté : il ne s'adresse pas aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et son coût journalier de 65 € a été jugé trop élevé.

Au vu de ces constats, le groupe de travail a fait un certain nombre de préconisations :

- définir un projet de vie pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées,
- renforcer la formation des personnels,
- apporter une réponse à l'urgence des demandes d'hébergement,
- améliorer les conditions de prise en charge de l'APA en simplifiant le financement,
- examiner la situation des personnes âgées à domicile qui ne bénéficient pas de l'APA, améliorer sensiblement l'information sur l'APA et sur les places existantes sur le territoire départemental,
- identifier, distinguer, organiser un équilibre entre les hébergements temporaires offerts aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés et les autres accueils,

- définir un nombre de places minimal et maximal pour ces unités, pour atteindre un équilibre budgétaire,
- déterminer la limitation ou non de l'hébergement temporaire à 90 jours par an (durée prévue pour les adultes handicapés et étendue aux personnes âgées), afin d'augmenter le nombre de bénéficiaires,
- pratiquer des tarifs accessibles au plus grand nombre.

Sur cette base, le comité de pilotage a validé l'objectif suivant :

Sous la condition de contrats de séjours adaptés, la prise en charge de l'hébergement temporaire répond à un réel besoin. La création d'une structure spécifique d'hébergement temporaire devra répondre à une double condition :

- prévoir de l'accueil d'urgence et la prise en charge de malades Alzheimer,
- offrir un tarif journalier, hébergement plus dépendance, inférieur à 65 euros.

Pour faciliter l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, la prise en charge au titre de l'APA pourrait être modifiée selon les axes suivants :

- adapter le Règlement Départemental d'Aide Sociale aux modalités pratiques de mise en œuvre du dispositif,
- adopter le principe d'une participation financière forfaitaire journalière pour l'hébergement temporaire,
- intervenir par dotation globale, si possible.

Afin de répondre aux besoins d'information et de suivi des personnes âgées et de leur famille et prendre en compte les points forts de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire en terme de réussite, le Département encouragera la couverture de l'ensemble du territoire par des réseaux de santé gériatriques articulés avec les CLIC existants, de préférence avec des secteurs d'intervention homogènes.

#### **D. La mise en place de gardes itinérantes de nuit.**

Le projet innovant d'interventions de garde itinérante de nuit serait à développer.

Il pourrait s'inscrire à la fois dans la démarche de préconisations élargies des plans d'aide et également dans une réflexion globale de modernisation des services à domicile envisagée à travers la convention signée entre la CNSA et le Département.

Cette convention permettrait de définir des projets innovants portés par des structures d'aide à domicile, soutenus par le Département sur la base d'un programme pluriannuel. Sont concernés tous les services d'aide à domicile, prestataires conventionnés, agréés qualité, services mandataires et la Fédération des particuliers employeurs pour les aides à domicile employées en gré à gré.

#### **E. Les SSIAD**

En complément de l'APA, l'intervention des SSIAD est indispensable et l'Etat veillera à la répartition des places supplémentaires sur le territoire en tenant compte des zones déficitaires.

En complément des 807 places de SSIAD aujourd'hui autorisées aux quatre services gestionnaires, l'extension des capacités sur la durée du schéma est prévue à hauteur de 250 places, soit environ 50 places par an.

La répartition de ces places doit répondre aux critères suivants :

- assurer une couverture homogène des besoins dans les zones d'intervention des SSIAD en réduisant les écarts de taux d'équipement entre les quatre zones,

- tenir compte, dans la création de nouvelles places, de l'importance de l'offre de soins infirmiers dans le département, en privilégiant les secteurs sous dotés en infirmiers ; le rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers, prévu par la convention nationale des infirmiers libéraux et l'arrêté du 29 décembre 2008, s'appuie sur l'identification, par la Mission Régionale de Santé, de zones sur ou sous-dotées ; des installations d'infirmiers libéraux supplémentaires sont favorisées en zones sous-dotées. L'implantation des places de SSIAD doit être cohérente avec ces orientations,
- intégrer les orientations du plan « Alzheimer » et prévoir la création d'équipes spécialisées au sein des SSIAD (Réf : circulaire DGAS/DSS/DHOS/195 du 6 Juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 »).

### III. Les solutions alternatives : l'accueil non médicalisé

Plusieurs constats ont été faits :

En milieu rural, le concept de logement-foyer a vieilli. Les personnes âgées non dépendantes cherchent plutôt à se rapprocher d'un centre bourg, dans des petites maisons de plain-pied avec un aménagement adapté au vieillissement et un jardin de taille réduite. De ce fait, ces structures ont très peu de liste d'attente.

De plus, elles sont confrontées à la perte d'autonomie de la population accueillie.

Leur équilibre financier reste globalement difficile et le retrait des interventions des caisses de retraite a accru les difficultés rencontrées.

En milieu urbain, la demande pour ce type de structure semble encore répondre à un besoin, les personnes âgées y trouvant un habitat collectif rassurant et proposant des services bien ciblés. En outre, la complémentarité avec les services à domicile et les établissements médicalisés est pour l'instant bien articulée.

L'accueil familial continue à répondre à une demande constante en particulier pour les personnes relevant d'un degré de dépendance modéré (GIR 3 et 4).

Des porteurs de projets ont présenté leur dossier au groupe de travail. Ils se répartissent en deux catégories pour :

- La réalisation de Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Agées (MARPA) portées par la MSA qui sont des petites unités de vie inférieures à 25 places.

Cinq communes seraient intéressées par ce concept.

Relevant de la catégorie des EHPA, ces établissements ne sont pas médicalisés.

Le groupe de travail a souligné d'une part le manque d'étude de besoin des secteurs géographiques concernés et, d'autre part, la difficulté des établissements existants à interrompre l'accueil d'une personne âgée qui devient trop dépendante.

Il faut ajouter que ces établissements qui seraient implantés en secteur rural seraient confrontés aux mêmes difficultés de remplissage que les logements-foyers.

Le comité de pilotage n'a pas retenu comme prioritaire ce type de projet. La durée du schéma permettra d'étudier les besoins dans cette catégorie d'établissements et de traiter la prise en charge de la dépendance des résidents des EHPA existants.

- La réalisation de Maisons ou Appartements d'Accueil Familial (MAF) :

Ces projets relèvent de l'accueil familial (article L 441-1 du CASF). Ils reposent notamment sur la réalisation d'une maison permettant de loger dans des parties distinctes, deux familles d'accueil avec chacune trois accueillis, comme cela existe déjà dans la Vienne à Monts-sur-Guesnes et à Availles-Limouzine.

Cependant, plusieurs porteurs de projets exposent des modalités différentes de prise en charge : Villas Edéniales, Association des Familles d'Accueil de la Vienne 86 et la Fédération Nationale des Aidants et Accueillants Familiaux.

Pour envisager la gestion de ces maisons par un organisme extérieur, il sera utile de s'appuyer sur la publication annoncée des décrets d'application sur l'accueil familial.

Toutefois, le groupe de travail montre de l'intérêt pour le développement de ces accueils qui peuvent être une alternative moins onéreuse pour les personnes âgées. Il est cependant précisé qu'ils doivent en priorité s'adresser à des personnes peu dépendantes.

-----

L'ensemble des orientations proposées sur le secteur du maintien à domicile nécessite un renfort de l'équipe médicale départementale notamment pour l'information des médecins généralistes, pour la préparation des évolutions d'organisation annoncées (maison de l'autonomie), pour l'aide à la décision des établissements et pour la mise en œuvre des structures alternatives comme les maisons d'accueil familial.

Tout d'abord, le renforcement de l'équipe médicale permettra d'informer les médecins traitants des nouvelles prises en charge possibles au titre de l'APA dans le cadre de l'incitation au répit des aidants : accueil de jour et hébergement temporaire ; les médecins libéraux peuvent ainsi orienter leurs patients vers des prises en charge adaptées à leur situation.

De plus, l'implication d'un médecin départemental aussi bien pour l'étude des projets d'EHPAD (création, extension, unités Alzheimer) que dans l'adoption et le suivi des conventions contribue à améliorer la qualité.

Il en est de même pour les maisons d'accueil familial, solutions alternatives entre le domicile et l'établissement avec notamment une vigilance quant à l'accueil des personnes âgées moyennement dépendantes (GIR3-GIR4).

Enfin, cette contribution médicale enrichira la préparation des évolutions d'organisation annoncées avec la mise en place des maisons départementales de l'autonomie.

#### **IV. Les actions transversales – l'information et la prévention**

Dans le département de la Vienne comme au plan national, on constate un allongement de l'espérance de vie, 84 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes, notamment conditionné par l'amélioration de l'état de santé au sens large.

La prévention de la perte d'autonomie permet une plus grande qualité de la vie et ainsi, aux personnes âgées de pouvoir rester à leur domicile.

##### **A. La poursuite des actions collectives**

Le groupe de travail a ainsi proposé de poursuivre les actions déjà engagées dans ce domaine et d'inscrire la prévention comme axe d'orientation du schéma, objectif retenu par le comité de pilotage.

Sont déjà engagés dans cette démarche de prévention :

- les CLIC qui sont à l'initiative de manifestations organisées dans le cadre de la démarche d'appel à projets lancée depuis 2005 par le Comité de suivi de la Commission départementale de coordination gérontologique, composé des principales caisses de retraite (CRAMCO, MSA, RSI, SNCF, AG2R) et du Département,
- la convention de coordination gérontologique des prestations servies aux personnes âgées dans le département de la Vienne, renouvelée en 2009 qui tient compte des évolutions et de la volonté des différents partenaires de continuer à travailler ensemble, notamment sur la prévention de la dépendance,
- des associations dont les actions sont soutenues et financées par le Groupement régional de santé publique (GRSP), groupement d'intérêt public composé de plusieurs partenaires (Etat – Départements – MSA – RSI ...).

Ces actions couvrent notamment les thématiques suivantes : l'alimentation et la nutrition des personnes âgées, la prévention au quotidien, l'aide aux aidants, la maladie d'Alzheimer, l'inter-génération.

## **B. Le développement des actions individuelles**

Au-delà des thèmes généraux de l'action collective, la prévention doit aussi favoriser un soutien à domicile de qualité, qui se traduit par :

- ➔ un travail de proximité : création de lien social, afin de rendre la personne âgée actrice dans son quartier ou dans son village,
- ➔ le développement d'informations régulières.

Ainsi, rompre l'isolement des personnes âgées reste prioritaire dans le domaine de la prévention.

Des actions simples à un coût modéré pourront être développées :

1. l'organisation de séjours collectifs de vacances de personnes âgées et de leurs aidants, qui peuvent être à l'origine de la constitution de réseaux personnels poursuivis au-delà de l'action principale,
2. la mise en place de réseaux de bénévoles afin de faciliter la circulation de l'information par le CODERPA à travers ses 20 associations représentatives de personnes âgées et retraités,
3. le développement, après évaluation, de projets du type de celui du quartier des 3 Cités à Poitiers porté par le Centre socio-culturel et le réseau gérontologique Ville-Hôpital de Poitiers, qui repose sur la formation de bénévoles et permet aux personnes âgées du quartier :
  - d'être accompagnées lors de sorties à l'extérieur,
  - d'avoir des visites à domicile pour échanger, dans un cadre inter-générationnel.

## **C. Un renforcement de l'information des personnes âgées**

Les différents groupes de travail ont fait le constat d'un fort déficit d'information des personnes âgées et de leur famille, et des professionnels de santé.

Un travail préparatoire à la généralisation de Maisons départementales de l'autonomie (réforme du 5<sup>ème</sup> risque) sera engagé dans le but de renforcer l'information de proximité sur les

territoires, associant les différents acteurs de terrain du fait d'un déficit d'information des professionnels de santé (médecins libéraux, ...).

Ainsi, le schéma retient 3 objectifs :

- les actions collectives de prévention,
- le lien social de proximité,
- l'information de proximité des personnes âgées,

## **V. La continuité et la qualité des soins assurés aux personnes âgées dépendantes**

Elle s'articule autour de la structuration des filières gériatriques et l'adaptation de la démographie des professionnels médicaux et para-médicaux.

Les propositions qui en découlent sont reprises dans les fiches-action correspondantes.

### **A. La structuration des filières médico-sociales et sanitaires**

#### **Eléments de contexte**

Conformément au Plan de Solidarité Grand Age 2007-2010, l'objectif est de donner au système hospitalier les moyens de faire face à l'accroissement du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, de répondre aux besoins spécifiques de ces personnes souffrant souvent de poly-pathologies et fragiles afin de prévenir la perte d'autonomie qui touche aujourd'hui 6 à 7% des personnes âgées de 60 ans et plus.

Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prise en charge sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis.

Les mesures de l'axe 3 du Plan Solidarité Grand Age visent à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés grâce au développement des filières gériatriques hospitalières, intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques, en complémentarité des professionnels intervenant à domicile et des EHPAD.

Sur son territoire d'implantation, la filière de soins gériatriques couvre tous les parcours potentiels de recours aux soins du patient âgé « gériatrique » quel que soit le motif d'entrée dans la filière (circulaire ministérielle DHOS/O2 n°2007-157 du 28 mars 2007) :

- prise en charge programmée ou non programmée,
- pathologie somatique avec ou sans troubles cognitifs ou psychiatriques,
- lieu d'accueil ou de résidence de la personne âgée (structure sanitaire, médico-sociale, domicile).

Elle s'attache à répondre aux besoins du patient âgé au plus près de son domicile ou de son lieu de vie.

#### **Etat des lieux : les équipements hospitaliers spécifiques aux personnes âgées**

La filière de soins gériatrique doit permettre à chaque personne âgée quel que soit son lieu de résidence de pouvoir accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

La filière est organisée autour d'un établissement sanitaire « support » disposant d'un équipement spécifique : court séjour, équipe mobile, pôle ambulatoire gériatrique et urgences, soins de suites à orientation gériatrique et soins de longue durée.

Elle implique un ou plusieurs établissements liés par des conventions. Un gériatre assure la coordination médicale de la filière. Des partenariats sont conclus avec l'Hospitalisation à domicile, les acteurs du secteur médico-social, les structures de coordination et les médecins traitants.

Plusieurs structures composent cette filière gériatrique en Vienne :

- des lits de soins de suite spécifiques aux personnes âgées dans tous les établissements sanitaires du département,
- des consultations mémoire dans les CH de Châtelleraut, de Montmorillon, de Loudun et le CHU de Poitiers,
- des lits de courts séjours hospitaliers pour les personnes âgées au sein des CH de Châtelleraut, de Loudun et au CHU de Poitiers,
- des lits d'USLD autorisés au CHU de Poitiers (97) au CH de Châtelleraut (60), au CH de Montmorillon (42), au CH de Loudun (30), à l'hôpital local de Lusignan (30), soit 259 pour la Vienne qui auront été mis en place d'ici 2010 en fonction des restructurations immobilières,
- les services d'hospitalisation à domicile (HAD),
- un département de 20 lits de géro-psycho-geriatrie au CH H. Laborit,
- des unités de soins palliatifs.

Cette filière passe par l'élaboration de **conventions** avec les partenaires de santé et notamment les EHPAD dont l'objectif est de fixer un protocole d'intervention en amont et en aval de l'hospitalisation d'une personne âgée.

Cette démarche de conventionnement est engagée entre 29 EHPAD et le CHU.

De son côté, le CH H. Laborit a développé par convention la liaison avec l'extra-hospitalier et notamment les EHPAD. De plus, il met à disposition des infirmiers auprès des EHPAD, lorsque la situation le justifie.

L'organisation du suivi sanitaire des personnes âgées est portée aussi par une **équipe mobile de gériatrie** qui a pris en charge 733 patients au 1er semestre 2008. Cette équipe est portée par la communauté des établissements hospitaliers de la Vienne.

**Les réseaux gérontologiques** sont au nombre de 5 sur le territoire de la Vienne :

- réseau de la vallée du Clain (axe poitiers-Châtelleraut),
- réseau « Lien de vie » (Nord ouest de Châtelleraut),
- réseau gérontologique ville Hôpital (Poitiers et la CAP),
- réseau « Val de Vonne » - (régions de Lusignan et Vivonne),
- réseau du pays Montmorillonnais.

## **B. L'adaptation de la démographie médicale et paramédicale**

## Éléments de contexte

La mise en œuvre du Plan de Solidarité Grand âge et du schéma gérontologique de la Vienne 2003-2008 s'est traduite par une augmentation importante du nombre de places d'EHPAD et de SSIAD dans le département et, par conséquence, par un doublement de l'enveloppe Assurance Maladie affectée aux établissements et services pour personnes âgées de la Vienne passant de 22 millions d'euros en 2003, à 58 millions d'euros en 2008.

Elle s'accompagne d'une progression du nombre de professionnels exerçant leur activité auprès des personnes âgées, et est un des facteurs, sur le département, de la tension importante sur le marché de l'emploi dans ces catégories professionnelles.

Sont principalement concernés les infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat (IDE), les aides soignant(e)s, et les médecins coordonnateurs.

## Etat des lieux

Le médecin coordonnateur, au sein d'un EHPAD, est responsable du projet de soins des personnes âgées. Sa présence est obligatoire et son temps de travail encadré réglementairement, varie de 20% à 50% selon la taille de l'EHPAD.

En 2009 :

- certains EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur,
- des postes d'IDE, coordonnateurs ou non, ne sont pas occupés par du personnel permanent,
- des aides soignant(e)s qualifié(e)s sont recherché(e)s de façon continue par les différents EHPAD de la Vienne.

## Sources :

- volet « ressources humaines » du PRIAC,
- enquête EHPA,
- démographie médicale.

## Chapitre II : LES ORIENTATIONS

Après analyse des préconisations, le comité de pilotage a validé un certain nombre d'orientations déclinées en fiches-actions :

- I - Poursuivre l'adaptation de la prise en charge en établissement aux besoins des personnes âgées,
- II – Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile, en lien notamment avec le plan Alzheimer,
- III – Rechercher des solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé,
- IV – Développer la prévention et l'information à destination des personnes âgées,
- V – Assurer la continuité et la qualité des soins aux personnes âgées dépendantes.

Chaque orientation est assortie des indicateurs d'évaluation correspondants.

## **I. Poursuivre l'adaptation de la prise en charge en établissement aux besoins des personnes âgées**

Le schéma gérontologique 2003-2008 et les conventions tripartites signées depuis 2002 ont permis d'accroître le nombre de places médicalisées sur le département et d'améliorer la prise en charge des personnes âgées hébergées.

Le présent schéma, dans la continuité des précédentes actions mises en œuvre, fixe des objectifs de poursuite de ces améliorations par :

- une adaptation des capacités d'accueil, notamment pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (fiche 1-1),
- la prise en compte dans les modalités de prise en charge de l'évolution des populations accueillies (fiches 1-2, 1-3, 1-6),
- la prise en compte des capacités contributives des personnes âgées (fiches 1-4, 1-5).

### **Fiche 1-1 : Harmoniser la répartition des capacités d'accueil sur l'ensemble du département et doubler le nombre de lits dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées**

#### **OBJECTIFS :**

- Maintenir un taux d'équipement départemental en établissement pour personnes âgées stable et adapté au vieillissement de la population,
- Adapter les modalités d'accueil à la demande de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et développer les unités spécialisées : PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) et UHR (unités d'hébergement renforcées),
- Diversifier les modalités d'accueil et favoriser le développement des accueils de jour et d'hébergement temporaire,
- Etudier la possibilité de réalisation de structures dédiées à l'hébergement à l'accueil de jour, adossées ou non à un EHPAD.

#### **MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :**

- Rééquilibrer les taux d'équipement par rapport à la moyenne départementale, prioritairement dans les arrondissements de Châtellerauld et de Poitiers,
- Porter à près de 800 le nombre de places pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées,
- Prendre en compte la programmation prévisionnelle de l'Etat (PRIAC) à compter de 2011,
- Déterminer les projets prioritaires par zone géographique en fonction des critères retenus par le Comité de Pilotage dans la limite du nombre de places inscrit au PRIAC (cf annexe 1 fiche 1-1),
- Mettre en oeuvre la procédure d'appel à projets, conformément à la législation,
- Prendre en compte les réductions des listes d'attente (cf suivi des mouvements annexe 2 fiche 1-1).

#### **PORTEURS DU PROJET :**

- Département, Etat.

**IMPACTS :**

- Augmentation des crédits de soins attribués par la CNSA,
- Prise en charge par le Département de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement pour les places créées.

**INDICATEURS D'EVALUATION :**

- Evolution du taux d'équipement
- Evolution des taux d'occupation des établissements
- Evolution des listes d'attente

**ÉCHÉANCES / CALENDRIER**

- Durée du Schéma

**Harmonisation des capacités d'accueil**

Le schéma, en concordance avec le PRIAC, prévoit les augmentations de places suivantes :

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Hébergement permanent (HP) :  | 250 places |
| Hébergement temporaire (HT) : | 40 places  |
| Accueil de jour (AJ) :        | 50 places  |

**Répartition par zone géographique****Arrondissement de Poitiers**

|                                                                            | Nb de places<br>HP envisagées | Nb de places<br>HT envisagées | Nb de places<br>AJ envisagées | <b>TOTAL</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| Poitiers (Saint Eloi)                                                      | 60                            | 5                             |                               | <b>65</b>    |
| Béruges                                                                    | 60                            | 3                             | 10                            | <b>73</b>    |
| Fontaine le Comte<br>(médicalisation partielle<br>de la résidence service) | 36                            |                               |                               | <b>36</b>    |
| Poitiers (Montgorges) (1)                                                  | /                             |                               |                               | <b>/</b>     |
| <b>TOTAL</b>                                                               | <b>156</b>                    | <b>8</b>                      | <b>10</b>                     | <b>174</b>   |

**Arrondissement de Châtelleraut**

|              | Nb de places<br>HP envisagées | Nb de places<br>HT envisagées | Nb de places<br>AJ envisagées | <b>TOTAL</b> |
|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>50</b>                     | <b>5</b>                      | <b>22</b>                     | <b>77</b>    |

**Sud Vienne**

|                                                      | Nb de places<br>HP envisagées | Nb de places<br>HT envisagées | Nb de places<br>AJ envisagées | <b>TOTAL</b> |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| Médicalisation de<br>structures existantes<br>(Cuhé) | 16                            |                               |                               | <b>16</b>    |
| Pressac (2)                                          | 28                            | 4                             | 8                             | <b>40</b>    |
| Lusignan                                             |                               | 3                             |                               | <b>3</b>     |
| Montmorillon                                         |                               |                               | 10                            | <b>10</b>    |
| <b>TOTAL</b>                                         | <b>44</b>                     | <b>7</b>                      | <b>18</b>                     | <b>69</b>    |

**Non affecté**

|                                                                                                                    |  |    |  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|----|
| Enveloppe disponible<br>pour des petites<br>extensions liées<br>notamment à la sécurité<br>et à la mise aux normes |  | 20 |  | 20 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|----|

|              |            |           |           |            |
|--------------|------------|-----------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>250</b> | <b>40</b> | <b>50</b> | <b>340</b> |
|--------------|------------|-----------|-----------|------------|

- (1) Cette opération serait financée sur le schéma 2010-2014 s'il y a des redéploiements possibles. A défaut, elle sera prioritaire sur le schéma suivant.
- (2) Cette dotation doit être complétée par une dotation de 20 places dans le schéma suivant.

Un outil de suivi du taux d'occupation et de la liste d'attente des EHPAD élaboré par le groupe de travail, a été adopté par le Comité de pilotage.

Il permet de suivre l'évolution annuelle des indicateurs.

Il est prévu une mise en œuvre par le Département de la façon suivante :

- envoi du document à l'occasion de l'invitation à la réunion annuelle des directeurs d'EHPAD,
- remise par les établissements des fiches complétées le jour de cette réunion,
- transmission de la restitution des données avec le compte-rendu de cette réunion.

Un modèle de ce document est joint en page suivante.



## **Fiche 1-2 : Contribuer à la mise aux normes de sécurité incendie des EHPAD**

### **OBJECTIFS :**

- En matière de mise aux normes de sécurité incendie des EHPAD, s'assurer plus particulièrement de la conformité des locaux aux normes requises pour les Etablissements Recevant du Public (ERP) de type J,
- Prendre en compte les exigences particulières de la Commission de Sécurité relatives à une présence minimale de personnel la nuit, déterminées en fonction de la configuration et de la surface des locaux.

### **MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :**

- Vérifier régulièrement la concordance des informations sur les créations ou modifications de statut juridique des structures avec le SDIS,
- Avoir un suivi des avis des Commissions de Sécurité,
- S'assurer des mesures prises dans les établissements ayant un avis défavorable de la Commission de Sécurité,
- Renforcer les relations avec le SDIS, notamment sur le suivi de la réglementation.

### **PORTEURS DU PROJET :**

- Département, Etat et SDIS

### **IMPACTS :**

- Aide à l'investissement des EHPAD publics ou associatifs par le Département dans le cadre de son Programme d'Aide au Développement des Communes (PADC),
- Prise en compte de l'incidence des créations de poste réalisées sur les budgets dépendance des EHPAD, et sur le budget soins dans la limite du plafond légal,
- Incidence sur les tarifs dépendance prise en compte dans le cadre de l'APA versée par le Département.

### **INDICATEURS D'EVALUATION :**

- Nombre d'avis défavorables
- Nombre de postes de personnels créés

### **ÉCHÉANCES / CALENDRIER :**

- Durée du Schéma

## **Fiche 1-3 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les établissements**

### **OBJECTIFS :**

- Veiller à la qualité des prestations offertes dans les établissements :
  - dans l'accueil des personnes âgées et de leur famille,
  - dans l'environnement immédiat des personnes âgées : entretien des locaux, blanchisserie, restauration,...
  - dans les activités et les animations,
- Promouvoir la bientraitance des personnes âgées en établissement.

### **MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :**

- Généraliser l'auto-évaluation des pratiques de bientraitance et le cas échéant, les vérifier sur place,
- Envoyer un questionnaire dans le cadre des conventions tripartites,
- Analyser les bilans annuels des conventions tripartites des EHPAD et des USLD,
- Vérifier l'existence du Conseil de la Vie Sociale, du livret d'accueil, d'un contrat de séjour, du règlement de fonctionnement,
- Contrôler les affichages réglementaires,
- Contrôler les modalités d'information des personnes âgées sur les animations,
- Vérifier la qualification professionnelle des personnels des établissements et les formations proposées,
- Suivre l'évolution du nombre de chambres doubles,
- Mettre en œuvre au niveau départemental, l'objectif national de formation des personnels aux techniques d'accompagnement personnalisé des résidents.

### **PORTEURS DU PROJET :**

- Département, Etat

### **IMPACTS :**

- Traduire les résultats de ces analyses par des objectifs assignés aux établissements.

### **INDICATEURS D'ÉVALUATION :**

- Nombre de plaintes ou de signalements relatifs à la qualité de l'accueil, des repas, de l'animation,
- Nombre de plaintes reçues dans le cadre des protocoles de signalement conclus avec les établissements,
- Nombre d'inspections suite à des plaintes ou des signalements de résidents ou des familles,
- Nombre de chambres doubles,
- Taux d'encadrement en personnel,
- Qualification du personnel et nombre de jours de formation par établissement

### **ÉCHÉANCES / CALENDRIER :**

- Durée du Schéma

## Fiche 1-4 : Maîtriser le tarif Hébergement

### OBJECTIFS :

- Limiter l'inflation des tarifs hébergement sur l'ensemble du territoire,
- Permettre l'accès en EHPAD au plus grand nombre,
- Offrir un service homogène à des coûts comparables,
- Favoriser l'occupation des places réservées aux bénéficiaires de l'aide sociale,
- Limiter les autorisations d'EHPAD présentant un tarif hébergement élevé ne correspondant pas au niveau de revenu de la population concernée,
- Etudier la possibilité de plafonner le tarif hébergement préalablement à l'autorisation d'un EHPAD.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Réaliser un cahier des charges du contenu du tarif hébergement (toutes prestations comprises) qui sera utilisé dans le cadre d'appels à projets,
- Adapter le tarif au secteur d'implantation (urbain/rural) en veillant au maintien d'un service de qualité,
- Poursuivre la maîtrise des tarifs des EHPAD habilités totalement à l'aide sociale par les services départementaux, sous réserve que la législation ou la réglementation ne modifie pas le régime actuel de tarification.

### PORTEURS DU PROJET :

- Département
- Etat, dans le cadre des projets nouveaux.

### IMPACTS :

- Intégrer dans le cahier des charges des appels à projets une partie consacrée au tarif hébergement.  
Pour information, en valeur 2009, le tarif estimé par le groupe de travail est de : 56 € pour un établissement existant et 60 € pour une construction.

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Nombre de prises en charge à l'aide sociale par rapport au nombre de places autorisées,
- Evolution du nombre de demandes à l'aide sociale,
- Niveau des revenus des personnes de 75 ans et plus transmis par l'INSEE,
- Niveau des tarifs à l'ouverture d'établissement et les années suivantes pour les nouveaux entrants (contrat de séjour).

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- 2010

## Fiche 1-5 : Redéfinir le tarif aide sociale départemental

### OBJECTIFS :

- Permettre la convergence du tarif aide sociale départemental et du tarif moyen départemental des établissements habilités totalement, sous réserve de la pérennité de la législation actuelle,
- Assurer la continuité de l'accueil de résidents demandant l'aide sociale en cours de séjour, dans leur établissement d'origine,
- Permettre aux personnes âgées aux faibles ressources de choisir leur structure d'accueil parmi un plus grand nombre d'établissements,
- Permettre aux établissements d'occuper les chambres disponibles en accueillant des bénéficiaires de l'aide sociale.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Etablir annuellement l'écart entre le tarif aide sociale départemental et le tarif moyen départemental des établissements habilités totalement,
- Examiner les modalités d'évolution du tarif aide sociale départemental en fonction des capacités financières du Département,
- Fixer un taux directeur d'évolution annuelle spécifique, sous réserve que la législation ou la réglementation ne modifie pas le régime actuel de tarification.

### PORTEUR DU PROJET :

- Département

### IMPACTS :

- Sur la base d'une étude réalisée à partir des tarifs 2008, le coût pour le Département serait d'environ 312 700 € au total.

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Nombre de prises en charge à l'aide sociale par rapport au nombre de places autorisées,
- Proportion des places occupées par les bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à la capacité totale en hébergement permanent de l'établissement,
- Nombre de demandes d'autorisation de places habilitées partiellement à l'aide sociale.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- A partir de 2010, sous réserve du budget social adopté annuellement par le Conseil Général, avec un étalement sur 3 ans.

## **Fiche 1-6 : Harmoniser les ratios d'encadrement de la section budgétaire dépendance des EHPAD**

### **OBJECTIFS :**

- Obtenir des taux d'encadrement de la section budgétaire dépendance comparables dans les EHPAD, en fonction du niveau moyen de dépendance des résidents (GMP),
- Permettre aux EHPAD de bénéficier de personnel de remplacement,
- Donner aux établissements des facilités d'organisation et ainsi limiter les risques de difficultés financières.

### **MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :**

- Autoriser des moyens en personnels comprenant les remplacements soit un ratio moyen d'encadrement « dépendance » compris entre 0,105 et 0,110 par place, toutes prestations comprises, pour les EHPAD dont le GMP est actuellement supérieur ou égal à 600,
- Proposer un calendrier d'évolution des moyens correspondants.

### **PORTEUR DU PROJET :**

- Département

### **IMPACTS :**

- Création d'environ 18 ETP de personnel supplémentaire, sur l'ensemble du département (évaluation en valeur 2007 à 590 000 € répartis sur 2 ans soit 295 000 € par an),
- Augmentation des tarifs dépendance.

### **INDICATEURS D'ÉVALUATION :**

- Ratio d'encadrement des sections budgétaires dépendance des EHPAD.

### **ÉCHÉANCES / CALENDRIER :**

- A partir de 2011

## **II. Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile, en lien notamment avec le plan Alzheimer**

Sur un sujet qui concerne toutes les personnes âgées dépendantes, les actions proposées sont en cohérence avec les préconisations du Plan national Alzheimer 2008-2012, décliné dans son volet médico-social par la circulaire ministérielle du 6 juillet 2009.

Il s'agit de permettre aux personnes âgées dépendantes qui le souhaitent de rester chez elles, dans les meilleures conditions possibles.

Il convient donc que la personne dépendante puisse bénéficier des services nécessaires et que l'aidant puisse avoir des moments de répit.

Les plans d'aide APA qui seront développés (fiche 2-2) pourront participer à cet objectif en proposant :

- une aide à la prise en charge de nuit (fiche 2-1) avec le développement des gardes itinérantes de nuit, actuellement expérimentales,
- une participation aux frais d'accueil de jour (fiche 2-4) et d'hébergement temporaire (fiche 2-5).

Parallèlement, la modernisation des services d'aide à domicile (fiche 2-3), la formation des aides à domicile en emploi direct qui a déjà débuté (fiche 2-6) et le développement des services de soins infirmiers à domicile (fiche 2-7) pourront y contribuer.

## Fiche 2-1 : Expérimenter la garde itinérante de nuit (GIN)

### OBJECTIFS :

- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans le cadre :
  - des sorties d'hospitalisation,
  - des situations de fin de vie,
  - du soutien des aidants,
  - de prises en charge spécifiques (changes, prévention des escarres, ...),
  - de l'absence de l'aidant.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Déterminer les critères d'intervention des gardes itinérantes de nuit dans les plans d'aide,
- Paiement sur facture.

### PORTEURS DU PROJET :

- CCAS de Châtelleraut à titre expérimental,
- Extension possible à d'autres porteurs de projets,
- Département.

### IMPACTS :

- Modification du règlement départemental d'aide sociale,
- Participation à la prise en charge de l'abonnement à la garde itinérante de nuit à hauteur de 50 € par mois, dans les limites légales de l'attribution de l'APA (estimation pour 20 personnes : 10 000 € en valeur 2009).

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Suivi statistique du bilan trimestriel,
- Montant inscrit dans les plans d'aide et réellement payés.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- A partir de 2010.

## **Fiche 2-2 : Améliorer le maintien à domicile dans le cadre des plans d'aide APA**

### **OBJECTIFS :**

- Permettre le maintien à leur domicile des personnes âgées lors des absences de l'aidant,
- Faciliter l'amélioration du logement.

### **MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :**

- Octroyer dans les plans d'aide un montant forfaitaire annuel permettant de pallier l'absence temporaire de l'aidant,
- Mise en place d'un groupe de travail pour définir la procédure : situations où le forfait pourra être accordé, montants octroyés, analyse de la pratique...,
- Paiement sur facture,
- Suggérer des améliorations du logement et informer des organismes susceptibles d'apporter une aide dans ce domaine.

### **PORTEURS DU PROJET :**

- Département,
- Services d'aide à domicile,
- CLIC.

### **IMPACTS :**

- Modification du règlement départemental d'aide sociale.

### **INDICATEURS D'EVALUATION :**

- Suivi statistique du bilan trimestriel,
- Montant inscrit dans les plans d'aide et réellement payés.

### **ÉCHÉANCES / CALENDRIER :**

- A partir de 2010.

## **Fiche 2-3 : Participer à la modernisation des services à domicile (SAD) en lien avec la CNSA tout en maîtrisant les tarifs**

### **OBJECTIFS :**

- Adapter l'organisation administrative des services d'aide à domicile au développement de leurs activités, dans le cadre d'un équilibre financier,
- Offrir un service homogène sur l'ensemble du territoire à des coûts comparables,
- Développer les pratiques innovantes permettant de moderniser les services d'aide à domicile (applications informatiques, livret d'accueil, gestion comptable et gestion prévisionnelle des effectifs).

### **MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :**

- Mettre en œuvre les ratios relatifs à l'encadrement,
- Poursuivre la maîtrise des dépenses de personnels, notamment en travaillant sur la gestion prévisionnelle des effectifs,
- Echelonner la prise en compte des mesures nouvelles ou d'évolution (formation, rémunération liées aux primes, etc.),
- Définir les thèmes retenus dans une convention de modernisation des services d'aide à domicile avec le CNSA.

### **PORTEURS DU PROJET :**

- Département,
- Services d'aide à domicile,
- CNSA.

### **IMPACTS :**

- Respect des enveloppes budgétaires annuelles,
- Stabilité du nombre d'heures d'intervention incluses dans les plans d'aide APA,
- Participation financière et technique de la CNSA à l'organisation des services.

### **INDICATEURS D'ÉVALUATION :**

- Evolution et comparaison des coûts de revient des services,
- Nombre d'heures réalisées par les SAD,
- Nombre de services aidés par la CNSA,
- Comparaison des budgets des SAD.

### **ÉCHÉANCES / CALENDRIER :**

- Durée du schéma.

## Fiche 2-4 : Développer l'accueil de jour

### OBJECTIFS :

- Offrir des modalités d'accueil spécifiques aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées,
- Permettre le répit des aidants.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Améliorer l'information en direction des professionnels et des familles,
- Confirmer dans les plans d'aide APA, dans la limite des plafonds légaux, la possibilité d'apporter une participation maximale de 3 jours par semaine à 25 € par jour,
- Augmenter la capacité d'accueil en envisageant des unités dédiées d'une capacité suffisante permettant :
  - un projet de vie particulier comprenant des activités adaptées,
  - l'organisation des transports,
- Lancer une procédure d'appel à projets dans le cadre de la répartition géographique déterminée dans la fiche d'action 1-1.

### PORTEURS DU PROJET :

- Département, Etat.

### IMPACTS :

- Crédits d'assurance maladie supplémentaires pour les places à créer,
- Le coût maximal de l'aide d'une personne âgée, intégré dans son plan d'aide APA, peut atteindre 3 900 € par an, soit près de 200 000 € annuels après l'ouverture des 50 places prévues.

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Nombre de jours prévus dans les plans d'aide, nombre de jours réalisés,
- Nombre de places dédiées à l'accueil de jour,
- Taux d'occupation des places d'accueil de jour,
- Niveau de tarif journalier.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- A partir de 2011.

## Fiche 2-5 : Développer l'hébergement temporaire

### OBJECTIFS :

- Eviter l'entrée en hébergement permanent dans les situations suivantes :
  - sorties d'hospitalisation,
  - absence temporaire de l'aidant,
  - accueil d'urgence,
  - besoins saisonniers (logements inadaptés l'hiver, isolement, ...),
- Permettre le répit des aidants.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Améliorer l'information des habitants de la Vienne sur ce mode de prise en charge,
- Respecter la répartition territoriale définie dans la fiche d'action 1-1 des places nouvelles,
- Etudier la répartition territoriale des places à créer, non encore affectées, dans le cadre d'une procédure d'appel à projets,
- Contrôler le fonctionnement des places déjà autorisées,
- Etudier la limitation éventuelle de la durée de l'accueil à 90 jours par an pour permettre l'accès au plus grand nombre et répondre aux besoins,
- Mettre en place un groupe de travail sur l'étude de la création de places d'accueil d'urgence par secteur géographique à définir,
- Instaurer une procédure simplifiée pour l'ouverture des droits à l'APA dès l'entrée en hébergement temporaire,
- Demander aux établissements de formaliser un projet de vie spécifique pour cet accueil, si la capacité est suffisante,
- Inciter les établissements à avoir un tarif de l'hébergement temporaire au plus égal à celui de l'hébergement permanent.

### PORTEURS DU PROJET :

- Département, Etat.

### IMPACTS :

- Intégrer au RDAS la possible participation financière de l'APA à domicile, dans le cadre des conditions légales d'attribution, avec un montant journalier maximal de 30 €,
- Crédits d'assurance maladie supplémentaires pour les places à créer.

### INDICATEURS D'EVALUATION :

- Nombre de prises en charge dans les plans d'aide APA,
- Nombre de places dédiées à l'hébergement temporaire,
- Taux d'occupation des places d'hébergement temporaire,
- Niveau du tarif journalier.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- A partir de 2010.

## Fiche 2-6 : Favoriser la formation des aides à domicile en emploi direct

### OBJECTIFS :

- Garantir à la personne âgée un service de qualité,
- Développer la professionnalisation des aides à domicile,
- Rompre leur isolement,
- Revaloriser le métier.

#### **MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :**

- S'appuyer sur les CLIC pour repérer les besoins de formation des aides à domicile employées en gré à gré,
- Conduire une expérimentation de relais assistant de vie sur deux territoires du département (zone rurale et zone urbaine),
- Solliciter pour l'animation, les Maisons Familiales Rurales d'Ingrandes et de Gençay,
- Organiser cinq cycles de rencontres de trois heures.

#### **PORTEUR DU PROJET :**

- La FEPEM (Fédération des Particuliers Employeurs).

#### **IMPACTS :**

- Financements de la CNSA et de l'AGEFOS,
- Convention entre le Département et la FEPEM.

#### **INDICATEURS D'ÉVALUATION :**

- Nombre de formations organisées,
- Nombre de personnes ayant participé à ces formations,
- Transposition de l'expérimentation sur d'autres territoires du département.

#### **ÉCHÉANCES / CALENDRIER :**

- 2010. Cette action a démarré en septembre 2009.

## Fiche 2-7 : Développer les soins infirmiers à domicile

### OBJECTIFS :

- Accroître les capacités de prise en charge des SSIAD existants,
- Assurer une meilleure couverture géographique, notamment en zone rurale en cohérence avec les orientations de la Mission Régionale de Santé,
- Prévoir la mise en place d'équipes spécialisées Alzheimer.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Créer environ 50 places nouvelles par an,
- Réduire les écarts de taux d'équipement et permettre l'amélioration de la couverture en offre de soins infirmiers des zones « très sous-dotées » : bassins de vie de Civray, Couhé, Loudun, Mirebeau Montmorillon, Saint-Savin, Vouillé et des zones « sous-dotées » : Chauvigny, Gençay, Isle-Jourdain, La Roche-Posay,
- Proposer une prise en charge adaptée par des équipes spécialisées ; celles-ci seront formées à la prise en charge des malades d'Alzheimer, notamment ceux présentant des troubles du comportement. La création de ces équipes, dans le cadre de l'expérimentation et de l'appel à projet national, (2009 à 2012 incluse) devra répondre au référentiel de la prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation ».

### PORTEUR DU PROJET :

- Etat.

### IMPACTS :

- Crédits d'Assurance Maladie à mobiliser.

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Nombre de places créées,
- Taux d'équipement par zone d'intervention des SSIAD,
- Pour les SSIAD qui disposeront d'une équipe spécialisée, nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer prises en charge au titre de l'activité « soins d'accompagnement et de réhabilitation » et composition de l'équipe par type de profession.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- A partir de 2009 pour les places supplémentaires de SSIAD,
- A partir de 2010 pour les places et équipes dédiées « Alzheimer ».

### **III. Rechercher des solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé.**

La personne âgée peu ou pas dépendante peut ne pas vouloir ou ne pas pouvoir rester à son domicile, sans nécessiter pour autant un hébergement en structure médicalisée.

Résider chez une famille d'accueil agréée est une alternative à l'hébergement médico-social, proche du domicile dans son organisation. Le statut de ces familles d'accueil a été modifié par l'article 57 de la loi n°2007-209 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. La mise en œuvre de cette réforme nécessite la parution de décrets d'application.

En outre, il est prévu le développement du concept de maison d'accueil familial, regroupant, notamment dans des logements contigus, 2 familles d'accueil (fiche 3).

Par ailleurs, si une partie des EHPA a été médicalisée dans la période du schéma 2003-2008, ce type d'hébergement reste aussi une solution d'accueil pour des personnes âgées valides.

Actuellement, 1 300 places de logements-foyers existent sur le département de la Vienne. Toutefois, depuis quelques années, le vieillissement des personnes âgées accueillies a nécessité la médicalisation de près de 400 places, et la demande d'admission en milieu rural s'est fortement réduite, voire éteinte.

Dans ces conditions, le comité de pilotage n'a pas souhaité retenir de nouveaux projets d'EHPA ou de MARPA.

Il reste à examiner la situation de quelques structures conçues soit sur le principe d'un habitat regroupé, soit sur la configuration de résidences avec services, qui envisagent d'intégrer le statut d'établissement social.

Il sera utile de faire l'analyse et d'établir un bilan précis de ces situations. Par ailleurs, pour d'autres demandes, une étude de besoins sera nécessaire.

## Fiche 3 : Développer l'accueil familial

### OBJECTIFS :

- Apporter des solutions alternatives à l'hébergement permanent plus familiales et moins coûteuses pour les bénéficiaires,
- Valoriser le dispositif de l'accueil familial,
- Expérimenter des solutions innovantes d'accueil : les Maisons d'Accueil Familial (MAF),
- Etudier les modalités d'attribution de l'APA en accueil familial.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Mettre en place un groupe de travail sur les évolutions du dispositif d'accueil familial après la parution des décrets d'application de l'article 57 de la loi n°2007-209 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- Définir une procédure d'examen des dossiers de demandes d'associations, collectivités locales ou groupements qui souhaitent devenir employeurs,
- Faire une analyse qualitative et financière des MAF existantes (cabinet extérieur),
- Préciser les zones géographiques d'implantation pour d'autres projets,
- Mettre en place une procédure d'appel à projets pour la réalisation de 8 nouvelles MAF sur la base de la définition jointe en annexe.

### PORTEURS DU PROJET :

- Département,
- AFA 86, FNAAF, Villas édéniales pour la gestion des MAF,
- Les Communes ou Communautés de Communes pour l'investissement des MAF, notamment les communes de Buxeuil, La Chapelle-Bâton, Mouterre-Silly, Surin, Dercé et La Roche-Rigault.

### IMPACTS :

- Attribution de l'APA à domicile pour les personnes âgées dépendantes, dans les conditions fixées par le RDAS,
- Subvention d'investissement dans le cadre du Programme d'Aide au Développement des Communes.

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Evolution du nombre de familles d'accueil, du nombre de places agréées et du nombre de personnes accueillies,
- Bilan des suivis et des contrôles exercés par les services départementaux.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- Durée du schéma pour le dispositif général de l'accueil familial,
- Implantation de 2 MAF par an de 2010 à 2013.

## Annexe Fiche 3 : **REGLEMENT DES MAISONS D'ACCUEIL FAMILIAL**

Elles sont constituées du regroupement dans des logements contigus de 2 familles d'accueil agréées à titre individuel. Elles ne sont pas un établissement médico-social.

### → **CRITERES POUR LA CREATION DES MAF**

- projets portés par des communes ou des communautés de communes,
- zones géographiques : implantation dans le nord et le sud du département, dans des communes de moins de 2 000 habitants,
- proximité d'un EHPAD pour faciliter la complémentarité de la prise en charge d'accueillis très dépendants.

### → **AIDE DU DEPARTEMENT AU TITRE DU PROGRAMME D'AIDE AU DEVELOPPEMENT DES COMMUNES (PADC)**

En 2009, les subventions sont de :

- bâtiments neufs : subvention de 25 % du coût HT plafonnée à 25.000 € pour la durée du PADC,
- bâtiments existants : subvention de 25 % du coût HT plafonnée à 50 000 € pour la durée du PADC.

### **PROCEDURE D'AGREMENT INDIVIDUEL DES FAMILLES D'ACCUEIL**

L'instruction du dossier administratif (vérification des pièces, demande de pièces complémentaires dossier déclaré complet) peut être réalisée avant l'entrée du candidat(e) dans les locaux destinés à l'accueil, à condition qu'il ou elle soit domicilié(e) dans la Vienne.

L'évaluation médico-sociale est réalisée une fois le candidat ou la candidate dans les lieux, dans les 30 jours qui suivent l'ouverture de la MAF.

L'arrêté d'agrément est pris au plus tard dans les deux mois qui suivent le déménagement du candidat au sein de la MAF, si le fonctionnement de la structure est assuré.

### → **CONTENU DE L'AGREMENT INDIVIDUEL**

L'autorisation est délivrée pour un nombre de personnes accueillies variant entre 1 et 3, conformément à la réglementation en vigueur. Elle est fonction de l'expérience du candidat, de sa formation, de sa situation familiale et de ses capacités à assumer une telle charge.

Un délai de 6 mois est nécessaire avant toute demande d'extension d'agrément, afin de permettre une évaluation de la situation.

Le montage financier de l'opération doit inclure ce délai pour équilibrer l'opération.

Les personnes accueillies doivent avoir un faible niveau de dépendance et relever des GIR 3 à 6.

### → **LE LOYER DES ACCUEILLIS**

Le Département est compétent pour déterminer le caractère abusif du loyer demandé aux accueillis.

Le montant déterminé par le règlement départemental d'aide sociale est de 175,60 €. S'agissant des MAF, le loyer ne pourra pas excéder 275 € en référence aux PLS (montant en vigueur en 2009) accordés par la DDE.

## → **LE NOMBRE DE MAISONS D'ACCUEIL**

Huit maisons d'accueil familial nouvelles soit au maximum 48 places sur la durée du schéma, à raison de deux par an de 2010 à 2013.

Ces dispositions sont susceptibles d'évoluer en fonction des décrets à paraître.

### **IV. Développer la prévention et l'information à destination des personnes âgées**

Cette orientation concerne toutes les personnes âgées de la Vienne, quel que soit le niveau de dépendance et leur lieu de résidence.

Elle a pour objectif de lutter contre les handicaps liés au vieillissement (handicaps moteurs, psychiques, sensoriels) (fiche 4-1), de favoriser le lien social de proximité (fiche 4-2) et de renseigner les personnes âgées et leur famille sur l'ensemble des dispositifs mis à leur disposition (fiche 4-3).

## Fiche 4-1 : Développer les actions collectives de prévention

### OBJECTIFS :

- Prévenir les effets néfastes du vieillissement,
- Permettre à toutes les personnes intéressées de pouvoir bénéficier d'actions de prévention sur leur territoire de proximité.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Poursuivre le partenariat engagé au niveau du Comité de suivi de la coordination gérontologique sur la base d'une convention entre le Département et les principales caisses de retraite (CRAMCO, MSA, ...),
- Inviter aux réunions du Comité de suivi les professionnels de terrain en fonction des thèmes abordés (services prestataires d'aide à domicile, CLIC, ...).

### PORTEURS DU PROJET :

- Les CLIC et les associations avec l'appui du Département et des organismes partenaires de la convention de coordination gérontologique.

### IMPACTS :

- Crédits spécifiques du budget du Département prévu pour les subventions aux associations du secteur social (10 000 €/an).

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Nombre d'actions réalisées (types et lieux),
- Nombre de participants par action,
- Bilan qualitatif.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- Durée du schéma.

## Fiche 4-2 : Favoriser le lien social de proximité

### OBJECTIFS :

- Rompre l'isolement des personnes âgées et des aidants familiaux,
- Rendre la personne âgée actrice dans son quartier ou dans son village,
- Développer les réseaux de voisinage.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- S'appuyer sur les réseaux associatifs de bénévoles existants,
- Constituer de nouveaux réseaux avec l'aide du CODERPA.

### PORTEURS DU PROJET :

- CLIC,
- CODERPA,
- Associations.

### IMPACTS :

- Crédits spécifiques du budget du Département prévu pour les subventions aux associations du secteur social (10 000 € par an).

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Nombre d'actions réalisées,
- Nombre de personnes accompagnées en moyenne par année,
- Bilan qualitatif.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- Durée du Schéma.

## Fiche 4-3 : Renforcer l'information de proximité aux personnes âgées

### OBJECTIFS :

- Aider les personnes âgées à mieux connaître les interlocuteurs pouvant répondre à leurs besoins ou les orienter vers l'organisme compétent,
- Les aider à anticiper les situations à risque,
- Assurer un niveau de réponse équivalent sur tout le territoire départemental.

### MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE :

- Mettre en place un groupe de travail sur l'organisation des territoires de proximité,
- Travailler en partenariat avec les caisses de retraite, les CLIC,
- S'appuyer sur le CODERPA en tant que relais de l'information auprès de ses 20 associations représentatives de personnes âgées et retraités,
- Utiliser l'opportunité de la semaine nationale des retraités et personnes âgées (Semaine bleue),
- S'appuyer sur les aides à domicile,
- Assurer le suivi des évolutions législatives et réglementaires, notamment sur la réforme du 5<sup>ème</sup> risque et les maisons départementales de l'autonomie.

### PORTEURS DU PROJET :

- Département en partenariat avec les acteurs gérontologiques locaux (CLIC, CODERPA, associations, ...).

### IMPACTS :

- Communication, notamment en appui de la commission Communication du CODERPA, dont l'association de gestion bénéficie d'une subvention du Département,
- Mutualisation des moyens des services actuels si généralisation des maisons départementales de l'autonomie, actuellement expérimentées au plan national.

### INDICATEURS D'ÉVALUATION :

- Nombre de thèmes abordés et supports de communication,
- Bilan quantitatif (CLIC de niveau 1 et Vienne Infos Sociales),
- Bilan annuel de la Semaine Bleue,
- Homogénéité de la réponse apportée aux personnes âgées quel que soit le territoire.

### ÉCHÉANCES / CALENDRIER :

- Durée du schéma.

## V. Assurer la continuité et la qualité des soins aux personnes âgées dépendantes

La continuité et la qualité des soins aux personnes âgées dépendantes est une priorité dont la mise en œuvre repose sur deux objectifs :

- veiller à la présence dans les EHPAD des médecins-coordonnateurs et à la présence d'IDE dans les établissements et les SSIAD (fiche 5-1),
- favoriser la coordination entre établissements hospitaliers, EHPAD, SSIAD, réseaux et CLIC pour faciliter l'orientation de la personne âgée dépendante dans son parcours de soins (fiche 5-2).

Le premier objectif s'inscrit dans le cadre plus général de la politique menée par les collectivités territoriales dont le Département, par l'Assurance Maladie et l'Etat pour favoriser l'implantation de médecins en zone rurale, soit sous la forme d'aides individuelles (bourses d'étude, aide à l'installation, etc...) ou d'organisation des conditions d'exercice (maisons de santé pluridisciplinaires, par exemple).

Cette politique va au-delà du schéma gérontologique ; néanmoins, les effets positifs qui en sont attendus sur la démographie médicale et para-médicale sont aussi un facteur significatif de la qualité des soins en EHPAD et en SSIAD.

Le second objectif vise, dans le droit fil des orientations nationales sur l'organisation de la filière de soins gériatrique, à organiser de façon lisible pour l'utilisateur dans l'ensemble du département la meilleure orientation possible de la personne âgée entre l'ensemble des possibilités de prise en charge auxquelles elle peut avoir recours : l'hôpital –médecine gériatrique, soins de suite, consultations-mémoire, hôpital de jour-, l'EHPAD, le SSIAD, le réseau, le CLIC...

## **Fiche 5-1 : Adapter la démographie médicale et paramédicale**

### **OBJECTIF :**

→ Dans le cadre de dispositifs destinés à favoriser le maintien ou l'installation des professionnels de santé en zone rurale, veiller à ce que les EHPAD et les SSIAD puissent recruter les personnels nécessaires.

### **MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE :**

- Faciliter la présence de médecins-coordonnateurs dans chaque EHPAD par la mutualisation entre établissements, l'information des médecins généralistes,
- Favoriser l'installation d'infirmiers salariés ou libéraux en convention d'EHPAD et de SSIAD, dans le cadre du dispositif de régulation des installations d'infirmiers en zones sous-dotées (cf. fiche action SSIAD).

### **PORTEURS DU PROJET :**

- ARH, DDASS, URCAM (ARS),
- EHPAD et SSIAD,

### **INDICATEURS D'EVALUATION :**

- Nombre de postes médicaux et paramédicaux vacants.

### **ECHEANCES / CALENDRIER :**

- 2014.

## **Fiche 5-2 : Structurer les filières médico-sociales et sanitaires**

### **OBJECTIF :**

- Aider à la formalisation des filières gérontologiques sur les territoires sanitaires du département.

### **MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE :**

- Faire un état des lieux précis du fonctionnement des filières (cf annexe page suivante),
- Harmoniser les réponses entre les 5 réseaux de santé gérontologiques et les 8 CLIC,
- Etendre le conventionnement entre les établissements sanitaires et les EHPAD sur tout le département,
- Conformément aux orientations du schéma régional de l'organisation sanitaire, définir une stratégie départementale d'admission en USLD et EHPAD.

### **PORTEURS DU PROJET :**

- Etablissements sanitaires,
- EHPAD et SSIAD,
- Réseaux et CLIC,
- DDASS, ARH, URCAM (ARS).

### **INDICATEURS D'EVALUATION :**

- Nombre de conventions nouvelles signées.

### **ECHEANCES / CALENDRIER :**

- 2014.

Annexe fiche 5-2

Tableau synthétique : Etat des lieux de la filière gériatrique dans les hôpitaux de la Vienne

|              | lien avec CHU et consultations mémoires                | membre du réseau ville hôpital                         | A signé des conventions avec                                     | Equipe mobile de gériatrie :                                                          |
|--------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Châtelleraut | oui                                                    | non                                                    | 6 EHPAD de proximité, 6 autres structures pour personnes âgées   |                                                                                       |
| Montmorillon | oui                                                    | oui                                                    | 10 EHPAD de proximité et 2 foyers logements                      |                                                                                       |
| Loudun       | oui                                                    | oui                                                    | 3 EHPAD et 1 MAPAD                                               |                                                                                       |
| Lusignan     | non                                                    | Collaboration étroite avec réseau Val de Vonne et ADMR | Avec CH Laborit, le CHU (HAD) et la MAFPA d'Ayron                |                                                                                       |
| CHU          | - Centre Ressources Mémoire<br>- Consultations mémoire | oui                                                    | Avec le CH H Laborit et avec 30 EHPAD sur le territoire de santé | - en interne<br>- en externe<br>- vers le CH Laborit (20 lits de géronto-psychiatrie) |

## **Fiche 5-3 : Assurer la formation et la qualification du personnel soignant**

### **OBJECTIF :**

- Améliorer la connaissance des besoins et de l'offre en personnel soignant qualifié dans le département,
- Promouvoir les actions de formation dans les établissements.

### **MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE :**

- Se rapprocher des instituts de formation concernés afin de mieux connaître l'orientation professionnelle des personnels à l'issue de leur formation,
- Assurer un suivi des volets « formation » des conventions tripartites au sein des EHPAD.

### **PORTEUR DU PROJET :**

- DDASS, DRASS et ARS en 2010.

### **IMPACTS :**

- Anticiper les besoins en personnels qualifiés lors de la création d'un établissement ou service,
- Encourager la formation et la qualification des personnels.

### **INDICATEURS D'EVALUATION :**

- Nombre de VAE dans le département,
- Nombre de jeunes diplômés entrant en établissement.

### **ECHEANCES / CALENDRIER :**

- 2010.

### **Chapitre III : LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA**

Le schéma départemental gérontologique, pendant sa période d'application, fera l'objet d'un bilan annuel, présenté au Conseil Général.

Ce bilan sera également communiqué aux instances suivantes :

- Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées,
- Commission Départementale de Coordination Gérontologique.

Il fera également l'objet d'évaluations régulières conjointes entre l'Etat et le Département.

Un bilan à mi-parcours, au vu du constat établi, pourra permettre de prendre des dispositions précises pour la réalisation des différentes actions sur la période restant à courir.

En fonction de l'évolution des besoins, un réajustement des orientations pourra être opéré et de nouvelles actions définies.

L'articulation avec le PRIAC sera nécessaire.



## CONCLUSION

Au final, ce projet de schéma gérontologique portera sur :

### A domicile :

- développement de l'accueil de jour (50 places),
- renforcement des créations prises en compte dans l'APA (garde itinérante de nuit, suivi médical, modernisation des services à domicile....),
- création de places de services de soins infirmiers à domicile (+50 places par an),
- développement de la prévention et de l'information.

### En établissements médicalisés :

- création de 250 places d'hébergement permanent,
- création de 40 places d'hébergement temporaire,
- harmonisation des tarifs de la dépendance,
- ajustement des tarifs d'aide sociale pour les établissements habilités partiellement.

### Maisons d'accueil familial :

- création de 8 nouvelles maisons d'accueil familial.

L'ensemble des mesures de ce schéma sont estimées à :

**Pour le Département :** 5,5 millions d'euros dont 4,4 millions d'euros sont liés à l'évolution démographique (+960 personnes âgées dépendantes sur la période).

**Pour l'État :** 6 millions d'euros.

### Annexe 1 : Synthèse relative à la qualité de l'hébergement en EHPAD - septembre 2008

Le questionnaire a été adressé en juillet 2008 à 62 établissements.

En septembre, 50 établissements ont répondu, représentant 73 % de la capacité totale installée pour les EHPAD de la Vienne, en juillet 2008.

#### 1 / L'accueil

**17 établissements** n'ont pas de personnel spécifique. L'accueil est assuré par le personnel disponible et présent au moment de l'arrivée d'un visiteur.

L'accueil des personnes âgées lors de leur admission est en principe assuré par un membre de la direction, une infirmière ou un agent en qualité de référent, à défaut ce peut être une aide soignante voire la secrétaire.

Pour les Conseils de la Vie Sociale, 84% des établissements déclarent rédiger un compte rendu de réunion.

33 % des établissements ne disposent pas de recueil centralisé des demandes des résidents.

#### 2 / Les résidents

La moyenne d'âge des résidents est de 86 ans pour l'ensemble des établissements, avec une moyenne de 93,6 ans pour la plus élevée et 70 ans pour la plus faible (établissement ouvert récemment).

76 centenaires sont dénombrés, un établissement ayant 5 résidents âgés de 100 ans et plus.

L'âge moyen à l'entrée en EHPAD est de 77 ans.

La durée moyenne des séjours est de près de 39 mois (3 ans et 3 mois).

En 2007 il y a eu 732 décès soit une moyenne de 15 par établissement.

#### 3 / Les repas

Les commissions « menus » existent dans 82 % des établissements.

64 % des établissements bénéficient d'une cuisine sur place, 36 % sous traitent ce service.

75 % des établissements respectent un rythme de 5 semaines au moins dans la variation des menus.

Les familles disposent d'un lieu privatif pour les repas dans 92 % des établissements.

#### 4 / Les chambres

32% des établissements qui ont répondu dépassent le taux de chambres doubles préconisé par le cahier des charges EHPAD, soit 10 % de la capacité totale.

19 % ont moins de 75 % de salles de bains équipées de douches avec siphon de sol.

#### 5 / Le personnel

8 établissements ne disposent pas de 2 agents la nuit.

14 établissements n'ont pas d'animateur.

50 % des établissements disent ne pas bénéficier de temps de psychologue. Le temps moyen d'intervention d'un psychologue auprès des résidents ressort à 0,15 ETP.

30 établissements comptabilisent moins de 200 jours par an de formation professionnelle.

## **6 / Conclusion**

Le questionnaire adressé aux établissements concernait de nombreux domaines et le délai de réponse imposé était court.

Si certains items auraient nécessité des informations complémentaires afin d'analyser avec précision les réponses à certaines questions, des axes de réflexions se sont néanmoins dégagés de l'étude.

-----

### **Les actions prioritaires d'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées hébergées en établissement doivent porter sur :**

- La personnalisation de l'accueil, la présence d'un interlocuteur permanent bien identifié pour les résidents, les familles et les visiteurs,
- La nécessité de suivre les recommandations et les prescriptions des Commissions de Sécurité et d'Accessibilité et d'apporter les aides nécessaires notamment en ce qui concerne le personnel de nuit et le respect des normes de type J,
- La poursuite des travaux de réhabilitation notamment pour les établissements les plus anciens, plus particulièrement pour l'installation de salles de bain dans les chambres sans siphon de sol eu égard à la population de plus en plus dépendante,
- La diminution du nombre de chambres doubles qui ne correspondent plus à une demande,
- La qualification et la formation du personnel notamment pour les unités protégées mais aussi pour le personnel de nuit,
- La présence d'un animateur qualifié à temps plein si possible pour offrir les activités thérapeutiques qui favorisent la prévention de la dépendance,
- La poursuite de la recherche de convergence tarifaire dans les taux d'encadrement dépendance et les moyens alloués.

FICHE TECHNIQUE

" La Qualité de l'Hébergement en EHPAD "

|                                              |
|----------------------------------------------|
| Eléments Qualité de<br>l'EHPAD ..... de..... |
|----------------------------------------------|

Statut : .....

**Capacité autorisée** : ..... places d'hébergement permanent + ..... places d'hébergement temporaire  
 + ..... places d'accueil de jour

**Capacité installée** : .....places d'hébergement permanent + .....places d'hébergement temporaire  
 + ..... places d'accueil de jour

Unité de vie "Alzheimer" en fonctionnement : ..... places

**1. Accueil**

|                                                                          | OUI                      | NON                      |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Existence d'un accueil organisé à l'arrivée du résident :                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'un personnel d'accueil spécifique                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, préciser : .....                                                 |                          |                          |
| Existence d'un livret d'accueil :                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres documents remis (préciser) :                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres informations diffusées :                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'un panneau d'affichage à l'attention des résidents/familles: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, préciser le contenu et la ou les localisations                   |                          |                          |
| .....                                                                    |                          |                          |
| .....                                                                    |                          |                          |

**2. Résidents / Familles**

|                                                   | OUI                      | NON                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Existence de recueil des demandes des personnes : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'enquête de satisfaction :             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compte rendu du Conseil de la Vie Sociale :       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, fournir les documents ou conclusions      |                          |                          |

### 3. Prise en charge de la personne âgée

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|------------|--|
| Moyenne d'âge des résidents :                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nombre de centenaires :                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Age moyen d'entrée dans l'établissement                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Durée moyenne de séjour des résidents décédés dans l'année N-1:                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nb moyen de jours d'hospitalisation par an :                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nb moyen de décès par an pour le dernier exercice clos (N-1) :                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nb de décès <b>hors de l'EHPAD</b> (transfert à l'hôpital ) pour le dernier exercice clos (N-1) : |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nombre moyen de toilettes <b>complètes</b> ou douches par résident et par semaine :               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nombre moyen <b>d'aides à la toilette</b> par résident et par semaine :                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nombre moyen de bains par résident et par mois :                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nb moyen de personnes bénéficiant de systèmes absorbants <b>nuit et jour</b> :                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nb moyen de personnes bénéficiant de systèmes absorbants seulement la nuit :                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Horaire des repas :                                                                               | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 2px;">petit déjeuner</td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">dîner</td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> </table>                                     | petit déjeuner       |  | dîner      |  | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 2px;">déjeuner</td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> </table>                                                                                                                                            | déjeuner   |  |            |  |
| petit déjeuner                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| dîner                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| déjeuner                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Cuisine interne ou sous-traitée :                                                                 | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">interne</td> <td style="width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;"><b>OUI</b></td> <td style="width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | interne              |  | <b>OUI</b> |  | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">ss traitée</td> <td style="width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;"><b>NON</b></td> <td style="width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | ss traitée |  | <b>NON</b> |  |
| interne                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| <b>OUI</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| ss traitée                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| <b>NON</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Existence d'une collation et si oui, horaire(s) :                                                 | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Existence d'une commission des menus :                                                            | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Contrôle sanitaire des repas - conclusions :                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Nb de menus proposés :                                                                            | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| fréquence de renouvellement des menus :                                                           | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Possibilité de prendre ses repas avec sa famille dans un lieu privatif :                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| Temps de psychologue intervenant dans la structure :                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| auprès des résidents et des familles                                                              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ETP                  |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |
| auprès du personnel                                                                               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ETP                  |  |            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |  |            |  |

### 4. Environnement immédiat de la personne âgée

|                                                                  |                      |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Fréquence de nettoyage des chambres par semaine :                | <input type="text"/> |
| Fréquence de nettoyage <b>des locaux de soins</b> par semaine :  | <input type="text"/> |
| <b>des espaces communs</b> par semaine :                         | <input type="text"/> |
| Contrôle sanitaire des cuisines - conclusions :                  | -----                |
| Avis de la dernière visite (date) de la commission de sécurité : | -----                |
| Existence de prescriptions à réaliser (préciser) :               | -----                |

Nb de chambres à 2 lits :

Nb de chambres équipées d'une douche au sol :

Existence d'une zone de déambulation extérieure sécurisée :

**5. Soins et surveillance de nuit**

Permanence et continuité des soins assurée : 

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| OUI                  | NON                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Qualification du personnel de nuit :

Nb de personnel de nuit :  ETP

Protocole d'organisation de nuit / alerte : 

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| OUI                  | NON                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**6. Activités et animations**

Temps de présence d'un animateur salarié :  ETP

Niveau de qualification de l'animateur salarié :

Nombre et types de sorties organisées en moyenne sur 1 mois :

-----  
-----

Nombre et types d'animations organisées en moyenne sur 1 mois :

-----  
-----

Nombre moyen de participants à une activité "type" :

Existence d'activités intergénérationnelles :

Existence d'activités à visée thérapeutique :

Exemples : -----

Exercice d'un culte au sein de l'EHPAD :

Si oui, fréquence : -----

**7. Personnel**

Nb de jours d'arrêts maladie par an (bilan N-1) :

Nb de jours d'arrêts pour accident de travail par an (bilan N-1) :

Nb de jours de formations par an (bilan N-1) :

Nb de personnel (en ETP) faisant fonction d'AS / AMP :

## Annexe 2 : Étude des listes d'attente en établissements pour personnes âgées

### QUESTIONNAIRE

Veillez cliquer sur la question pour répondre, le curseur se déplacera automatiquement sur le champ.

- Nom de l'établissement :
- Type (EHPAD , Foyer Logement...) :
- Adresse :
- Code postal :
- Commune :
  
- Nombre de personnes en attente ( cf. annexe 1 à remplir) :
- Dont nombre de personnes en attente d'établissements habilités à l'aide sociale :
- Date d'ouverture de l'établissement :
  
- Si 2007, rythme d'entrée des nouveaux pensionnaires (nombre accueillis par mois) :
- Qui gère la liste ?
- Qui la met à jour ?
- Selon quelle périodicité ?
- Date de la dernière mise à jour :

De plus, afin de nous aider dans l'élaboration d'une liste d'attente commune sur tout le département, selon vous :

- Quels renseignements doivent comporter obligatoirement une liste d'attente fiable et efficace ?
- Quels sont vos critères de priorité d'accueil (communal, cantonal...) ?

De même :

- Seriez- vous favorable à la mise en place d'un groupe de travail sur cette problématique dans le cadre de la préparation du futur schéma gérontologique?

Si oui,

- Seriez-vous favorable pour y participer ?

Vous faire représenter ?

## **Annexe 3 : Extrait du rapport d'activités du CODERPA de la Vienne d'octobre 2008 à mai 2009**

### **PROPOSITIONS POUR LE SCHEMA GERONTOLOGIQUE**

#### **PROPOSITIONS POUR LE SCHEMA GERONTOLOGIQUE**

Nous avons participé aux trois commissions organisées par la DISS pour la préparation du Schéma Gérontologique :

- 1) Actions de Prévention-lien social-informations
- 2) Qualité de la prise en charge à domicile dans le cadre de l'APA
- 3) Solutions alternatives entre le domicile et l'EHPAD

En tant que représentants des usagers deux aspects nous paraissent particulièrement importants. C'est de reconnaître la personne âgée comme acteur de son projet de vie et de maintenir autant que possible le lien social intergénérationnel.

Nous commencerons par la réflexion conduite concernant les CLIC et les propositions que nous faisons.

#### **SYNTHESE DES RENCONTRES DES CLIC (Centres locaux d'information et de coordination)**

La situation de chaque CLIC est différente, liée au territoire, mais aussi à l'histoire de sa création.

Les CLIC articulés à un réseau santé ont des moyens plus importants et réalisent plus d'actions.

Ils sont en relation avec les médecins traitants du secteur ainsi qu'avec les hôpitaux et établissements accueillant des personnes âgées, même si cela reste encore à développer.

Ce sont les cas de Poitiers Ville Hôpital, Val de Vonne, Lien de Vie, et Montmorillon.

Par ailleurs le CLIC de Châtelleraut a développé de nombreuses actions avec le CCAS, et devrait être prochainement relié à un réseau santé, qui reconnaîtrait le travail déjà engagé sur Châtelleraut, mais aussi pour les autres communes de ce secteur.

Les CLIC n'étant pas articulés à un réseau santé ont une action plus limitée pour répondre aux sollicitations. Ils interviennent essentiellement pour les sorties d'hôpital et les évaluations de renouvellement de l'APA. Certains existent depuis peu de temps et ne sont pas très connus sur leurs territoires.

Seuls les CLIC articulés à un réseau santé conduisent des actions d'informations, de préventions, de formations sur le secteur.

La question du premier contact d'information et de l'accompagnement individuel est différente selon les secteurs. Les CLIC ne sont pas toujours connus.

La commission « Communication » se propose de réfléchir à l'information au niveau des communes.

## PROPOSITIONS

Au niveau de la commission « Maintien à domicile et suivi des établissements », nous posons la question de la coordination des différents services et de leur adéquation aux problèmes que rencontrent les personnes âgées. L'articulation avec les associations existantes sur le territoire, en particulier pour le maintien à domicile, ainsi que l'information et les complémentarités avec les Maisons de la Solidarité sont sans doute à réfléchir et à renégocier sur chaque territoire.

Les équipes pluridisciplinaires, qui sont une richesse dans l'analyse des situations et dans la qualité des réponses et des prises en charge, nécessitent une rencontre et une concertation régulières à prendre en compte dans le temps de travail.

Il est évident que les CLIC articulés à un réseau santé sont une nécessité :

La qualification des intervenants, leur articulation dans la complémentarité du social et du sanitaire, mais aussi d'autres services et de différents professionnels s'imposent dans un réel travail d'équipe et permettent une meilleure prise en charge des personnes âgées.

Leur implantation sur le territoire et leur travail avec les différentes associations pourraient se développer autour d'informations ou de formations.

L'articulation avec les réseaux intergénérationnels des territoires pour le maintien du lien social paraît important pour lutter contre l'isolement, tant en milieu rural qu'urbain.

Ce n'est pas qu'une question de moyens, c'est aussi une organisation prenant en compte tous les éléments et aussi une volonté politique.

C'est pour chaque acteur connaître la « galaxie » des réseaux du territoire et y faire appel selon les questions posées par les personnes âgées et leurs familles.

En conclusion, il est attendu des CLIC qu'ils accueillent tous les publics de retraités et personnes âgées dans la proximité et qu'ils soient le lieu de concertation des partenaires du secteur compétents sur les différentes questions posées.

Nous partageons les propositions de la Conférence Régionale de Santé qui dans l'axe « Bien Vieillir » propose la mise en place d'un réseau de gérontologie dans chaque territoire.

## MAINTIEN A DOMICILE

Il y a encore beaucoup d'interrogation sur les interventions à domicile :

- le tarif horaire qui augmente régulièrement,
- la mise en place du CESU,
- les services mandataires et les services commerciaux qui se développent, avec toutes les questions de qualification des intervenants, mais aussi de financements de ces formations qualifiantes.

Nous insistons sur les aspects suivants :

- l'accompagnement social individuel, mais aussi collectif par les groupes de paroles,
- le maintien du lien social,
- les actions d'informations et de prévention sont toujours à développer,
- l'accessibilité au niveau urbain en général et de l'habitat.

Les SSIAD ont un rôle déterminant pour apporter un soutien à la personne âgée et lui donnent la possibilité de rester à son domicile.

Ce service pour répondre aux besoins s'est développé, mais il faut rester attentif. Une évaluation régulière permettrait de vérifier que les services ont bien répondu à la demande et que les besoins sont réellement couverts. Par ailleurs une souplesse entre les territoires permettrait des complémentarités et des solidarités entre les services.

## **REFLEXIONS CONCERNANT LES EHPAD**

Les conventions tripartites et le suivi assuré par la DDASS et la DISS ont apporté beaucoup d'améliorations dans la qualité de l'accueil.

Alors que les engagements du précédent schéma gérontologique sont atteints, les établissements créés n'accueillent pas toutes les personnes âgées qu'ils avaient prévues.

Ce qui pose question et devrait être amélioré :

Le montant du prix de journée de l'hébergement devient dissuasif pour beaucoup de retraités.

L'aide sociale va permettre de répondre à une partie des difficultés, mais va poser d'autres questions en matière d'obligations alimentaires et de patrimoines.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont proposés par beaucoup d'établissements et en particulier sont mentionnés dans les projets présentés au CROSMS. Ils sont, en fait, peu utilisés. Ils exigent un projet spécifique articulé au projet de l'établissement, et c'est rarement le cas. Il sera important à l'avenir d'être attentif à cet aspect.

Le taux d'encadrement des professionnels paraît très « limite » pour l'accueil des situations les plus lourdes.

La formation et la qualification des personnels demeurent toujours une question d'actualité, ainsi que l'encadrement.

## **LES FORMES ALTERNATIVES ET INNOVANTES D'ACCUEIL**

L'accueil dans les Maisonnées à Châtelleraut, dans les MARPA à l'initiative de la MSA, les placements familiaux sont d'autres formes possibles d'accueil. L'entrée dans ces établissements signifie souvent les premières craintes pour l'avenir, les premières difficultés rencontrées par la personne âgée qui prévoit une évolution à plus ou moins long terme, mais qui souhaite rester le plus longtemps possible dans cette forme d'accueil qui exige déjà changement et adaptation. On pourrait penser que ces structures travaillent en relation avec un EHPAD de référence, à proximité, qui permettrait l'accueil éventuel dans cet établissement selon l'évolution.

D'autres formes de prises en charges sont à développer ou à inventer, telle la prise en charge de nuit ou le « baluchonnage », pour soulager les familles ayant des parents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Le schéma gérontologique doit prévoir des évolutions possibles de prises en charge, ainsi que leur accompagnement technique, administratif et financier.

## **PROPOSITIONS GENERALES**

De façon générale ces différents thèmes font tous référence à des points essentiels :

- 1) La prise en compte de l'environnement, pour le maintien du lien social aussi bien au niveau du quartier, du milieu rural, que de l'établissement d'accueil.

- 2) Le maintien et le développement de la prévention par des informations et des activités.
- 3) Une formation adaptée, qualifiante et évolutive pour les différents professionnels. Ce qui signifie des moyens financiers pour ces formations et aussi une harmonisation et une concertation des différents centres et associations concernés.
- 4) L'articulation du schéma gérontologique avec le Plan Alzheimer afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des familles pour toutes les formes de dépendances.
- 5) La poursuite de la recherche médicale concernant le vieillissement pour, autant que possible, prévenir, améliorer, réduire les phases de dépendance en fin de vie.

#### **Annexe 4 : Avis du CODERPA**

Le schéma gérontologique aborde des points essentiels concernant l'accompagnement et l'accueil des personnes âgées dans le département de la Vienne.

Le CODERPA a été associé à la réflexion et a participé à trois groupes de travail . Il a complété sa participation par la synthèse des réflexions et propositions des commissions « Maintien à domicile et suivi des établissements » et « Communication ».

Les situations évolueront dans le temps et le schéma gérontologique répond aux questions posées pour la période 2010-2014 en fonction des éléments de connaissance d'aujourd'hui.

Cinq axes d'orientations ont été retenus :

- 1- Développer la qualité de l'accueil en établissement et l'évolution des capacités d'accueil.
- 2- Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile.
- 3- Développer des solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé
- 4- Développer la prévention et l'information à destination des personnes âgées
- 5- Assurer la continuité et la qualité des soins aux personnes âgées dépendantes.

L'axe n° 1 et l'axe n°5 répondent, pour l'essentiel, aux questions posées par le CODERPA concernant la tarification, ainsi que l'encadrement et la qualification des professionnels.

En tant que représentant des usagers le CODERPA insiste sur le rôle des résidents et des familles dans les conseils de vie des établissements. Il se propose de les sensibiliser par une information et éventuellement une formation sur leur place dans cette instance..

L'axe n° 2 aborde l'ensemble des questions concernant le maintien à domicile. Il est complété par l'axe n° 5.

Le CODERPA dans ses réflexions constate que les services à domicile se sont développés, mais qu'il faut rester attentif à cette évolution. Une évaluation régulière permettrait de vérifier que les services ont bien répondu à la demande et que les besoins sont réellement couverts. Par ailleurs une souplesse entre les territoires faciliterait des complémentarités et des solidarités entre les services.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont souvent prévus dans les projets des établissements, mais en fait peu utilisés. Ils exigeraient un projet spécifique articulé au projet de l'établissement.

L'axe n° 3 est consacré à la recherche de solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé. Il propose uniquement l'accueil familial. C'est effectivement une des solutions possible dont le développement doit rester limité. Le CODERPA est favorable à ce type d'accueil dans la mesure où il est accompagné d'une formation du responsable accueillant et d'un suivi régulier.

D'autres formes de prises en charge sont à développer ou à inventer, telle que la prise en charge de nuit ou le « baluchonnage », pour soulager les familles ayant des parents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Les autres structures d'accueil, existantes, type Maisonnées ou MARPA, pourraient travailler en relation avec un EHPAD de référence à proximité, qui permettrait des transitions plus faciles.

Le schéma gérontologique doit prévoir des évolutions possibles de prise en charge ainsi que leur accompagnement technique, administratif et financier.

L'axe n° 4 concerne la prévention et l'information à destination de personnes âgées. Il aborde tous les aspects de la prévention et du développement du lien social qui peuvent avoir de nombreux aspects et qui se sont bien développés au cours de ces dernières années.

.Le CODERPA, qui a rencontré tous les CLIC du département, est plus particulièrement attentif à l'information et aux services de proximité.

Il pose la question de la coordination des différents services. Il est soucieux de cette information de proximité, qu'en tant que représentant des usagers il souhaiterait soutenir et aider à développer. Deux aspects lui paraissent importants dans cette démarche. C'est de reconnaître la personne âgée comme acteur de son projet de vie et maintenir autant que possible le lien social intergénérationnel.

La prise en compte de l'environnement et plus particulièrement la question de l'habitat et de l'aménagement urbain ne doivent pas être oubliés.

L'articulation avec les associations existantes sur le territoire, en particulier pour le maintien à domicile, ainsi que l'information et les complémentarités avec les Maisons de la Solidarité sont sans doute à réfléchir et à renégocier sur chaque territoire.

Les équipes pluridisciplinaires, qui sont une richesse dans l'analyse des situations et dans la qualité des réponses et des prises en charge, nécessitent une rencontre et une concertation régulière à prendre en compte dans le temps de travail.

Les CLIC doivent tous être articulés à un réseau santé.

C'est pour chaque acteur connaître la galaxie des réseaux du territoire et y faire appel selon les questions posées par les personnes âgées et leurs familles.

Ce schéma gérontologique est une étape pour répondre aux questions que posent le vieillissement et les personnes âgées sur la période 2010- 2014.

La réflexion doit se poursuivre dans le partenariat des différents acteurs concernés où le CODERPA a sa place en tant que représentant des usagers.

La recherche tant en sciences sociales que médicales doit se poursuivre avec l'université, les centres de formation des travailleurs sociaux et des professionnels de santé, les observatoires régionaux et nationaux pour accompagner et nourrir la réflexion qui peut permettre de progresser vers une réponse adaptée aux problèmes du vieillissement où la personne âgée est acteur de son projet. Cette recherche permet de mesurer les différents enjeux en fonction de la qualité de vie et des capacités financières, matérielles et humaines .

Le CODERPA souhaite enrichir la réflexion et le débat par ses propositions..

Le CODERPA donne un avis favorable au projet de schéma gérontologique 2010- 2014 .  
Ce document est le reflet du partenariat et du travail des associations avec les professionnels, les responsables des administrations et les élus du Conseil Général.

A POITIERS, le 3 septembre 2009

La Vice Présidente du CODERPA, au titre des deux commissions de travail.  
R Papillon

A handwritten signature in black ink, reading "R. Papillon", is written over a horizontal line.

## GLOSSAIRE

|         |                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ACTP    | allocation compensatrice tierce personne                                            |
| ADAPA   | association d'aide et de maintien à domicile aux personnes âgées                    |
| ADMR    | aide à domicile en milieu rural                                                     |
| AFA 86  | association des familles d'accueil de la Vienne                                     |
| AGEFOS  | fonds d'assurance formation des salariés des petites et moyennes entreprises        |
| AJ      | accueil de jour                                                                     |
| AG2R    | assurance générale de retraite par répartition                                      |
| AMP     | aide médico-psychologique                                                           |
| APA     | allocation personnalisée d'autonomie                                                |
| ARS     | agence régionale de santé                                                           |
| ARH     | agence régionale de l'hospitalisation                                               |
| AS      | aide soignant(e)                                                                    |
| CAP     | communauté d'agglomération de Poitiers                                              |
| CASF    | code de l'action sociale et des familles                                            |
| CCAS    | centre communale d'action sociale                                                   |
| CESU    | chèque emploi service universel                                                     |
| CH      | centre hospitalier                                                                  |
| CHHL    | centre hospitalier Henri Laborit                                                    |
| CHU     | centre hospitalier universitaire                                                    |
| CLIC    | comité local d'information et de coordination                                       |
| CNIL    | commission nationale de l'informatique et des libertés                              |
| CNSA    | caisse nationale de solidarité pour l'autonomie                                     |
| CODERPA | comité départemental des retraités et des personnes âgées                           |
| CRAMCO  | caisse régionale d'assurance maladie du Centre-ouest                                |
| CROSMS  | comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale                         |
| DACDL   | direction des aides aux communes et au développement local                          |
| DDASS   | direction départementale des affaires sanitaires et sociales                        |
| DDE     | direction départementale de l'équipement                                            |
| DDTEPF  | direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle |
| DGAS    | direction générale de l'action sociale                                              |
| DHOS    | direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins                       |
| DISS    | direction des interventions sanitaires et sociales                                  |
| DSS     | direction de la sécurité sociale                                                    |
| EHPA    | établissement hébergeant des personnes âgées                                        |
| EHPAD   | établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes                            |
| ERP     | établissement recevant du public                                                    |
| ETP     | équivalent temps plein                                                              |
| FEPEM   | fédération nationale des particuliers employeurs                                    |
| FNAAF   | fédération nationale des aidants et accueillants familiaux                          |
| GIN     | garde itinérante de nuit                                                            |
| GIR     | groupe iso-ressources                                                               |
| GMP     | GIR moyen pondéré                                                                   |
| GRSP    | groupement régional de santé publique                                               |
| HAD     | hospitalisation à domicile                                                          |

|       |                                                                                        |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| HP    | hébergement permanent                                                                  |
| HT    | hébergement temporaire                                                                 |
| IDE   | infirmier diplômé d'Etat                                                               |
| INSEE | institut national de la statistique et des études économiques                          |
| MAF   | maison d'accueil familial                                                              |
| MAFPA | maison d'accueil familial pour personnes âgées                                         |
| MARPA | maison d'accueil rurale pour personnes âgées                                           |
| MDS   | maison départementale de la solidarité                                                 |
| MSA   | mutualité sociale agricole                                                             |
| Nb    | nombre                                                                                 |
| PADC  | programme d'aide au développement des communes                                         |
| PLS   | prêts locatifs sociaux                                                                 |
| PRIAC | programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie |
| PUV   | petites unités de vie                                                                  |
| RDAS  | règlement départemental d'aide sociale                                                 |
| RSI   | régime social des indépendants                                                         |
| SAD   | service d'aide et d'accompagnement à domicile                                          |
| SDIS  | service départemental d'incendie et de secours                                         |
| SMTI  | soins médico-techniques importants                                                     |
| SNCF  | société nationale des chemins de fer français                                          |
| SSIAD | service de soins infirmiers à domicile                                                 |
| URCAM | union régionale des caisses d'assurance maladie                                        |
| URML  | union régionale des médecins libéraux                                                  |
| USLD  | unité de soins de longue durée                                                         |
| VAE   | validation des acquis de l'expérience                                                  |