



Conseil général  
de Loir-et-Cher



 **Schéma gérontologique  
départemental**

Adopté le 19 juin 2008

[www.le-loir-et-cher.fr](http://www.le-loir-et-cher.fr)

LOIR-ET-CHER  
  
CONSEIL  
GENERAL

# PLAN

## SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DU DÉPARTEMENT DE LOIR-ET-CHER

2008 – 2013

### INTRODUCTION

### 1<sup>ère</sup> PARTIE : AXES D'ACTUALISATION

#### I – LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

- I-1 – un précédent schéma
- I-2 – un contexte législatif nouveau
- I-3 – la démographie

#### II – LE BILAN DU PRÉCÉDENT SCHÉMA

#### III – ÉTAT DES LIEUX ACTUALISÉ

##### III-1 – LA VIE À DOMICILE

- 1 – l'offre de services
- 2 – le recours à l'APA

##### III-2 – LA VIE EN ÉTABLISSEMENT

- 1 – L'offre d'hébergement
- 2 – La population des EHPAD
- 3 – La demande d'entrée en établissement
- 4 – L'analyse actualisée 2007 de l'occupation des établissements et de la demande d'entrée

#### IV – LE CADRAGE DE L'ACTUALISATION

#### V – LES AXES D'ACTUALISATION

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : PLAN D'ACTION**

**I** – Conforter le maintien à domicile

Plan d'action par orientations

**II** – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre

Plan d'action par orientations

**III** – Assurer le respect de la personne âgée et garantir la liberté de choix

Plan d'action par orientations

**IV** – Organiser le suivi de la mise en œuvre du schéma

## **ANNEXES**

Fiches actions

# SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE DU DÉPARTEMENT DE LOIR-ET-CHER

2008 – 2013

## INTRODUCTION

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales positionne le Département comme pivot de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

Il lui appartient de définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées.

Pour notre collectivité, définir une politique gérontologique c'est prendre en compte un phénomène démographique, c'est aussi prendre en considération la personne âgée dans toutes ses dimensions, sociale, économique et de santé, respecter son intégrité et ses aspirations, tenant compte des moyens disponibles et recherchant leur optimisation ;

A l'instar de l'évolution nationale, la population de notre département vieillit. Toutefois, les études menées, notamment par la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, démontrent que, si la population vieillit, on constate un accroissement de la longévité sans incapacité.

On observe également un accroissement rapide du coût des prestations en général, cependant que les ressources de la population âgée stagnent, voire régresseront avec l'arrivée des personnes qui n'auront pas eu une carrière complète.

Notre collectivité doit donc, en concertation avec les partenaires de l'action gérontologique, relever deux défis majeurs :

⇒ soutenir activement le maintien à domicile

⇒ adapter l'équipement départemental à l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes et l'ouvrir au soutien des aidants naturels, piliers du maintien à domicile.

Le schéma gérontologique constitue l'outil de la politique en faveur des personnes âgées. Il apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médicaux-sociaux et, en fonction de l'existant, il détermine les perspectives et les objectifs d'évolution de l'offre départementale.

L'élaboration de ce schéma a mobilisé un large partenariat en associant les acteurs de l'action gérontologique : les financeurs (Conseil Général, Etat, Assurance maladie), les établissements et services, les professionnels et les personnes âgées.

Il s'appuie sur des éléments de contexte (orientations du précédent schéma, contexte législatif nouveau, démographie), sur le bilan du précédent schéma, ainsi que sur un état des lieux actualisé de l'offre.

Il se veut empirique et pragmatique. A cet effet, il définit des éléments de cadrage des axes prioritaires et un plan d'action.

Enfin, il organise le suivi de sa mise en œuvre.

# 1<sup>ère</sup> PARTIE



## AXES

## D'ACTUALISATION

## I – LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

### I-1 - Un précédent schéma arrêté en 2003 fondé sur des données de 2001

La méthodologie du schéma départemental arrêté en décembre 2003 reposait notamment sur une analyse de l'existant portant sur la période d'août 2001 à novembre 2001.

Cet état des lieux a fait l'objet d'une analyse partagée permettant de faire émerger quatre axes qui charpentaient ce schéma :

- Assurer le respect de la personne,
- Conforter le maintien à domicile,
- Garantir le bien-être des résidents accueillis en établissements,
- Adapter les organisations en conséquence.

### I-2 - Un contexte législatif nouveau

L'actualisation du schéma en faveur des personnes handicapées intervient dans un contexte législatif nouveau à deux titres.

En effet, **la loi du 2 janvier 2002** relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale s'est vue complétée notamment par **la loi du 13 août 2004**.

Ainsi les schémas établis pour une période de cinq ans sont destinés à :

- 1° apprécier les besoins sociaux et médico-sociaux des personnes handicapées,
- 2° dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre de services,
- 3° déterminer les objectifs d'adaptation de cette offre et les moyens nécessaires,
- 4° préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés,
- 5° définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

Le schéma départemental est adopté par le conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Le représentant de l'Etat fait connaître au Président du conseil général les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services pour mineurs ou jeunes adultes handicapés, les établissements ou services d'aide par le travail ainsi que les maisons d'accueil spécialisées.

Le schéma peut être révisé à tout moment à l'initiative de l'autorité compétente pour l'adopter.

Enfin, ce schéma fonde les priorités établies et actualisées du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) établi par le représentant de l'Etat dans la région.

Par ailleurs, cette même loi réaffirme le droit des usagers et fournit des outils propres à garantir l'exercice effectif de ces droits. Elle met l'accent sur deux principes qui doivent guider l'action sociale et médico-sociale : le respect de l'égalité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire à l'offre de service. Par ailleurs, la loi renove le cadre budgétaire, comptable et financier des établissements et services sociaux. Elle instaure également dans les établissements et services une procédure d'évaluation.

Si l'Allocation Personnalisée d'Autonomie a été instaurée par la **loi du 20 juillet 2001**, sa mise en œuvre et ses effets ont particulièrement impactés les comportements.

Enfin, la loi du **26 juillet 2005** relative au développement des services à la personne accompagne cette nouvelle architecture législative.

### **I-3 – La démographie**

Evolution de la population à l'échelle du département

- ❖ 321 883 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (estimation INSEE-STATISS 2007 Centre) soit 4 224 habitants de plus qu'en 2002 (+ 1,33 %).
- ❖ Population de 60 ans et plus : 82 652 personnes en 1999 (26,2 % de la population)  
En 2005, elle représentait 81 566 personnes, soit – 1 086 personnes (-1,3 %) et le quart de la population totale (25,3 %)
- ❖ Population de 75 ans et plus  
Elle représentait, en 2005, 33 439 personnes soit 10,4 % de la population totale  
Cette population a augmenté de 1 978 personnes au 1<sup>er</sup> janvier 2005, soit + 6,3 %

#### 1 - DÉMOGRAPHIE AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2005

Analyse comparative entre départements de la région Centre

	Loir-et-Cher	Région Centre	France
Population	321 883	2 496 654	60 340 000
Part des 75 ans et plus	10,39 %	9,11 %	7,87 %
Part des 85 ans et plus	2,46 %	2,12 %	1,78 %

Source : STATISS 2007 – Les régions françaises et STATISS 2007 Centre

Il apparaît que le département de Loir-et-Cher se caractérise par une proportion importante de personnes âgées et de personnes très âgées, largement supérieure aux moyennes régionales et nationale.

	Indice de vieillissement *
Loir-et-Cher	88,8
Cher	90,4
Eure-et-Loir	62,1
Indre	109,3
Indre-et-Loire	72,2
Loiret	63,4
Région Centre	75,2
France	65,3

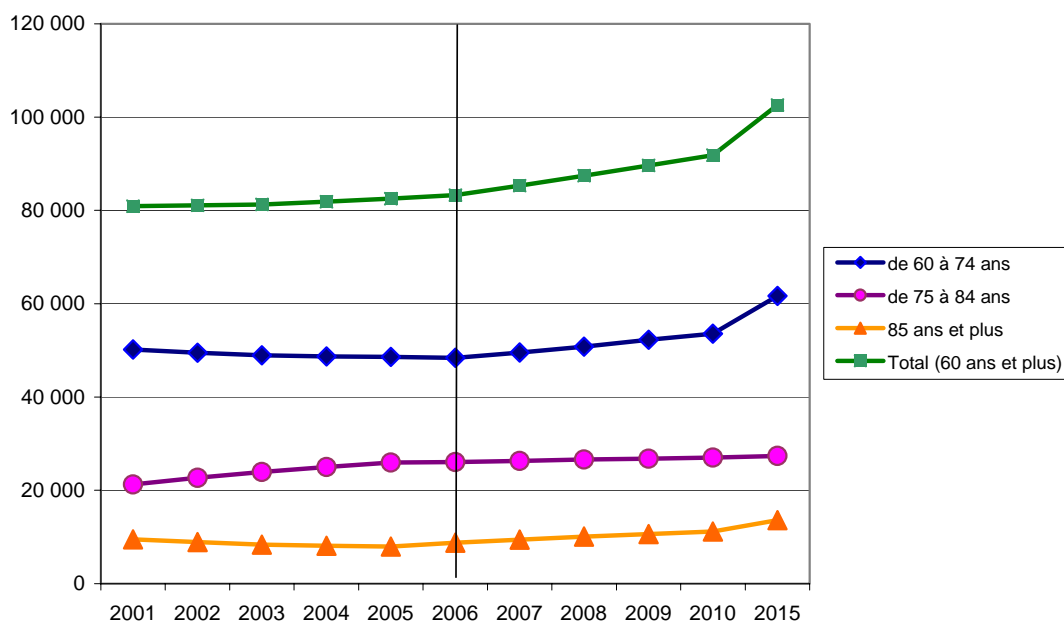
Source : STATISS 2007 – Les régions françaises et STATISS 2007 Centre

- Personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans



## 2 – LES PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES

### Evolution des différentes tranches d'âge entre 1999 et 2015



- L'augmentation des 60 ans et plus est continue : l'augmentation limitée jusqu'en 2006, s'accélère entre 2006 et 2015.
- La baisse des 60 à 74 ans s'atténue progressivement jusqu'en 2006 (classes d'âge creuses de la seconde guerre mondiale) puis la tendance s'inverse avec une augmentation sensible entre 2006 et 2015 (baby boom de l'après seconde guerre mondiale).
- La population des 75 à 84 ans connaît une augmentation sensible entre 2001 et 2006 puis se stabilise par la suite.
- Baisse sensible des 85 ans et plus entre 2001 et 2006 due aux classes d'âge creuses de la première guerre mondiale puis forte remontée.

## 3 – LA POPULATION ÂGÉE DÉPENDANTE – Approche par l'APA

- ❖ Des bénéficiaires majoritairement domiciliés sur l'arrondissement de Blois  
20 % habitent les cantons de Contres, Montrichard et Saint-Aignan sur Cher (cf carte annexe 2)
- ❖ 84 % des bénéficiaires ont 75 ans et plus  
40 % ont 85 ans et plus
- ❖ 53 % ont une dépendance moyenne (GIR 4)

## II – BILAN DU PRÉCÉDENT SCHÉMA

### **II-1 – Rappel des orientations**

Le diagnostic réalisé préalablement à l'adoption du schéma mettait en évidence l'aspect déterminant de l'évolution démographique à compter de 2006 (sans pour autant tenir compte de l'accélération des mesures de maintien à domicile), un niveau de médicalisation conforme aux moyennes régionales et nationales ainsi que le faible développement de la coordination.

Sur ces bases, le schéma se présentait comme un schéma de transition entre une période où les équipements avaient été assez largement développés et une période à venir caractérisé par la nécessité d'adapter le dispositif gérontologique à une meilleure prise en compte de la personne et de ses aspirations

Aussi, quatre orientations avaient été arrêtés :

- 1 – Assurer le respect de la personne âgée
- 2 – Renforcer le maintien à domicile
- 3 – Améliorer l'accueil en établissement
- 4 – Adopter les organisations et les outils

### **II-2 – Bilan des actions et validité des orientations**

#### **a – Actions réalisées**

- ⇒ Développement de l'accompagnement en fin de vie (JALMAV – EMSP)
- ⇒ Développement de la qualité de prise en charge à domicile par la définition d'une méthodologie commune d'évaluation des demandes d'agrément qualité
- ⇒ Elaboration des projets d'établissements (conventions tripartites)
- ⇒ Adaptation de l'offre architecturale (conventions tripartites)
- ⇒ Soutien des professionnels en établissement (conventions tripartites)
- ⇒ Elargissement et modification de l'IDCG
- ⇒ Création de services d'hébergement temporaire et d'accueil de jour
- ⇒ Mise en place de groupes de paroles d'aidants naturels
- ⇒ Mise en place d'unités d'accueil spécifiques pour personnes âgées désorientées

#### **b – Actions restant d'actualité**

- ⇒ Développement de la lutte contre la maltraitance
- ⇒ Territorialisation de l'action gérontologique et redéfinition de l'utilisation des moyens dédiés à la coordination gérontologique
- ⇒ Structuration d'une méthodologie d'observation
- ⇒ Consolidation de l'accueil familial
- ⇒ Organisation de l'accueil des personnes âgées
- ⇒ Amélioration de l'accompagnement social des personnes âgées

### III – ÉTAT DES LIEUX ACTUALISÉ AU 31/12/2005

#### III-1 – LA VIE À DOMICILE

##### 1 - L'OFFRE DE SERVICE

###### L'activité des services d'aide à domicile

- ❖ Couverture totale du département
- ❖ Offre essentiellement associative (CIAS Vendôme, CIAS Blois, ADMR, ARGM)
  - ❖ Croissance importante de l'activité dans le secteur de l'aide à domicile

Nb d'heures réalisées	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Prestataire</b>	438 942	454 677	553 275	642 528	698 864
<b>Mandataire</b>	1 040 235	1 106 738	1 129 809	1 127 588	1 107 958
<b>Total heures</b>	1 479 177	1 561 415	1 683 084	1 770 116	1 806 822

Évolution annuelle	2002	2003	2004	2005
<b>Prestataire</b>	4%	22%	16%	9%
<b>Mandataire</b>	6%	2%	0%	-2%
<b>Total</b>	6%	8%	5%	2%

- ❖ Augmentation conséquente des heures de prestations effectuées par ces organismes relevant du régime mandataire et prestataire (22 % entre 2001 et 2005). Cette augmentation est essentiellement liée au développement des interventions prestataires qui progressent de 59 % sur la même période. Le maintien de l'activité mandataire s'explique notamment en raison du coût de certaines interventions
- ❖ Répartition en Loir-et-Cher de l'activité prestataire/mandataire (36/64 en 2004) atypique en Région Centre (58/42) mais suivant la même tendance de diminution du mandataire au profit du prestataire

Répartition de l'activité	2001	2002	2003	2004	2005
prestataire	30%	29%	33%	36%	39%
mandataire	70%	71%	67%	64%	61%

- ❖ Croissance du nombre d'emplois (17,39 % entre 2003 et 2004 et 69% entre 1993 et 2004)
- ❖ Augmentation du temps moyen de travail (+37% entre 1993 et 2004 contre 21% en Région Centre)
- ❖ Faible taux de salariés formés : 1,91 % contre 4,32 % en Région Centre (Uriopss Centre mars 2006)
- ❖ Offre de service très traditionnelle (absence d'expérience innovante de garde itinérante par exemple)

## Téléalarme

- ❖ Forte progression pendant la montée en charge de l'APA

ACTIVITÉ DES SERVICES DE TÉLÉASSISTANCE						
Nbre d'abonnés au 31/12	2001	2002	2003	2004	2005	2001/2005
Présence Verte	937	1123	1326	1464	1580	
Évolution		20%	18%	10%	8%	69%
OBARPA	90	80	87	100	91	
Évolution		-11%	9%	15%	-9%	1%
Total	1027	1203	1413	1564	1671	
Évolution		17%	17%	11%	7%	63%

- ❖ Faible lisibilité de l'offre de service

## Service de repas

- ❖ Accroissement de l'offre
- ❖ Couverture presque complète du territoire

## La coordination gérontologique

⇒ L'activité des services d'accompagnement

- ❖ Suivi social des personnes âgées articulé autour de 3 critères discriminants principaux :
  - degré de dépendance
  - lieu de résidence
  - appartenance au régime de retraite
- ❖ Intervention hétérogène auprès de la population des plus de 60 ans, sur l'ensemble du territoire départemental

⇒ La coordination locale : 2 approches

- ❖ Les Centres Locaux d'Information et de Coordination :
  - 3 CLIC de niveau 2 adossés à des institutions (CIAS, ADMR)
  - organisation et fonctionnement hétérogènes
  - couverture incomplète du territoire
- ❖ les réseaux locaux
  - développement de réseaux locaux coordonnés sur le territoire des SSIAD
  - 6 sites de coordination créés

## Les services de soins infirmiers

- ❖ 17 SSIAD offrent 607 places
- ❖ un taux d'équipement de 19,3 pour 1000 habitants de 75 ans et plus
- ❖ un taux d'occupation de 97,12 % et une durée moyenne de prise en charge de 205 jours

## 2- LE RECOURS AUX PRESTATIONS D'AIDE SOCIALE

### A - Le recours à l'APA à domicile

Une croissance ininterrompue des demandes

- ⇒ 2002 : la montée en charge : 2 900 demandes reçues
- ⇒ 2003 : une croissance régulière : 1 300 demandes reçues
- ⇒ 2004 : un niveau élevé de demandes confirmé : 1 160 demandes reçues
- ⇒ 2005 : une relative stabilisation : 1190 demandes d'APA à domicile

Les demande d'APA sont formulées à 76 % par des personnes de dépendance moyenne (56 % en GIR 4 et 24 % en GIR 3) dont la durée de présence dans le dispositif est potentiellement longue

Les allocataires

- ❖ Une proportion élevée d'accords : 92,7 % en 2002, 94,7 % en 2004 et 96,8 % en 2006
- ❖ Globalement, les plans d'aide sont constitués de 90 % d'aide humaine à la personne. Le recours aux services prestataires est majoritaire. En 2005, le volume d'heures d'aide à domicile servies en service prestataire représente 47 % des heures d'aide humaine pour 38 % en mandataire et 15 % en emploi direct.
- ❖ Evolution du nombre de bénéficiaires :
  - 2002 : 1475
  - 2003 : 2220
  - 2004 : 2703
  - 2005 : 3285
  - 2006 : 3584
  - 2007 : 3934

### B - Les autres prestations

- ❖ Forte baisse du recours à l'aide sociale pour le service de repas et l'aide ménagère (126 bénéficiaires en 2006 soit une baisse de 52 % depuis 2000)

## **III-2 - LA VIE EN ÉTABLISSEMENTS**

### 1 - L'OFFRE D'HÉBERGEMENT

Tableau quantitatif et qualitatif de l'offre d'hébergement y compris les foyers logements (2001-2006)

<b>Catégories d'établissements</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b> <i>intégrant les réalisations en cours</i>
Structures gérées par des hôpitaux	2150	2134
Maisons de retraite publiques	1354	1356
Maisons de retraite privées	927	1072
Logements-foyers (nombre de logements)	498	518
<b>Total</b>	<b>4929</b>	<b>5080</b>

- ❖ 70 % des places sont habilitées à l'aide sociale dans des structures hospitalières ou des établissements publics autonomes.
- ❖ Les centres hospitaliers constituent le mode d'accueil le plus important avec 2 134 places (42 % de la capacité totale).
- ❖ Une place centrale de l'arrondissement de Blois dans l'ensemble de ce dispositif : il propose 50 % des places en établissements et concentre 57 % des places hospitalières.
- ❖ Taux d'équipement (hors foyers-logements) s'établit à 0,144 pour le département contre 0,130 en région Centre. En revanche, il est plus élevé sur l'arrondissement de Vendôme (0,156) que sur l'arrondissement de Blois (0,137). Il est dans la moyenne départementale sur l'arrondissement de Romorantin-Lanthenay (0,145).
  - ❖ 38 places d'accueil de jour spécifiquement dédiées aux personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer et 54 places d'hébergement temporaire dont 4 spécifiquement réservées aux malades Alzheimer.
- ❖ Augmentation constante du coût du séjour journalier moyen (Hébergement + GIR 5/6) : 39 € en 2004 ; 43 € en 2006

### Répartition géographique de la capacité

DÉPARTEMENT DU LOIR-ET-CHER	CH - HL	MR Publiques	MR Privées	F.L	TOTAL
Arrondissement de Blois	57%	34%	57%	42%	48%
Arrondissement de Romorantin	21%	29%	21%	18%	22%
Arrondissement de Vendôme	22%	37%	22%	40%	30%
	100%	100%	100%	100%	100%

### Bilan des conventions tripartites

- ❖ Rappel des orientations :
  - poursuivre la réforme de la tarification et de la démarche qualité engagée avec les établissements
  - créer des postes ou des mesures nouvelles dans le cadre de la négociation des conventions
  - promouvoir le développement de projets d'animation,
  - encourager l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents, notamment en tendant à se rapprocher des moyennes d'encadrement constatées au niveau régional et départemental, pour chaque catégorie d'établissement, lorsqu'elles ne sont pas atteintes,
  - privilégier la prise en charge, sur le budget dépendance, de personnels qualifiés avec l'objectif de se rapprocher des moyennes d'encadrement régionale et départementale,
  - favoriser le recours à un psychologue dans l'objectif d'améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées, d'aider les familles et d'apporter un soutien aux personnels, sur la base pour un établissement de moins de 80 lits de 0,10 ETP pour un GMP inférieur à 600 et 0,20 ETP pour un GMP supérieur à 600,
  - incorporer le clapet anti-retour progressivement sur cinq ans.
- ❖ Bilan au 30 septembre 2007
  - Sur 46 établissements (hors foyers-logements) 40 conventions ont été signées
  - 363 ETP de personnels qualifiés créés, portant le ratio d'encadrement moyen de 0,48 à 0,53 agent par lit.

## 2 – LA POPULATION DES EHPAD

### A - La population hébergée en établissement au 1<sup>er</sup> juin 2006

- ❖ 12 % de la population des 75 ans et plus (10 % au niveau national) et 33 % de la population des 85 ans et plus (25 % au niveau national) sont en institution
- ❖ 74 % de femmes et 26 % d'hommes
- ❖ Une majorité de personnes âgées de 80 à 94 ans (64 %) plus jeunes en Centre Hospitalier (70 % ont plus de 80 ans) et plus âgées en EHPAD publics (86 % ont plus de 80 ans). En juin 2006, 92 % des personnes vivant en EHPAD ont perdu de façon plus ou moins importante leur autonomie. 84 % d'entre elles sont dépendantes pour la toilette, 52 % pour l'habillement et 50 % pour la cohérence.
- ❖ 82 % sont originaires du département (84 % au niveau national)
- ❖ Un taux de remplacement de 31 % (1370 sorties définitives)
- ❖ Durée de présence dans l'établissement
  - moins de 1 an : 11 %
  - de 1 à 4 ans : 57 % (45 % en avril 2002)
- ❖ 72 personnes de moins de 60 ans (2 % des résidents hors foyers-logements) dont 68 % en établissement hospitalier
- ❖ 905 personnes (21 %) présentent une faible dépendance (GIR 5/6)
- ❖ Entre 2000 et 2006 on constate :
  - une diminution des GIR 1/2 en établissements hospitaliers et une augmentation en EHPAD privés
  - une augmentation des GIR 2/3 en EHPAD publics
  - une augmentation des GIR 6 en établissements hospitaliers

### B – le recours aux prestations d'aide sociale

#### 1/ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (au 31 décembre 2006)

- ❖ 2 973 bénéficiaires soit 85 % des résidents originaires du Loir-et-Cher
- ❖ 60 % en GIR 1 et 2 (hors établissements sous dotation globale)
- ❖ 48 % âgés de 75 ans et plus (hors établissements sous dotation globale)
- ❖ Forte augmentation de la dépense en raison des effets des conventions tripartites ( 9 004 000 € en 2006)

#### 2/ L'aide sociale à l'hébergement

- ❖ Relative stabilité du nombre de bénéficiaires depuis 2001 autour de 600 personnes

### 3 - LA DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT AU 1<sup>ER</sup> FEVRIER 2005 (à échéance de 6 mois)

- ❖ 12 établissements n'ont pas de liste d'attente (hors non-répondants)
- ❖ Une diminution de 53 % des dossiers déposés en vue d'une entrée en établissement depuis 2003
- ❖ Une augmentation de la proportion des demandes vers les hôpitaux et les EHPAD publics (44 % des dossiers concernent des EHPAD publics, 39% des hôpitaux)
- ❖ 27 % des demandes concernent des établissements du canton de Blois  
5 % des demandes concernent des établissements du canton de Vendôme  
3 % des demandes concernent des établissements du canton de Romorantin
- ❖ 75 % des demandes émanent de personnes de 80 ans et plus  
53 % émanent de personnes de 85 ans et plus
- ❖ Les 95-99 ans représentaient 5 % de la liste d'attente en 2002. Ils représentent 10 % en 2005
- ❖ 75 % des demandeurs résident en Loir et Cher  
9 % résident en Région Centre  
7 % résident en Région Parisienne
- ❖ Les demandeurs vivent dans le canton de l'établissement choisi ou dans un canton limitrophe
- ❖ Sur 145 demandes comportant cette information, 77 % émanent de personnes dépendantes
- ❖ Pour 75 % des demandeurs le délai d'attente depuis le dépôt du dossier, est inférieur ou égal à 6 mois, dont 80 % inférieur ou égal à 3 mois  
Ces délais sont moins importants qu'en 2002 (15 % de moins d'un mois en 2002, 27 % en 2005)

### 4 - L'ANALYSE ACTUALISÉE 2007 de l'occupation des établissements et de la demande d'entrée

- ☒ Des taux d'occupation moyens qui connaissent une hausse globale relativement faible (+0,61 % de 2003 à 2006 ):

Sur la période considérée, on observe une augmentation du taux d'occupation des établissements, qui passe de 97,70% en 2003 à 98,30% en 2006. Les indicateurs de dispersion confirment cette tendance : en 2003, le minimum de taux d'occupation observé était de 65,31%, le maximum de 124,63%. L'activité des institutions révélait ainsi une grande hétérogénéité. En 2006, l'écart n'est plus que de 8% environ avec une médiane à 98,70%.

- ☒ Un GMP départemental de 670 mais qui se caractérise par des GMP faibles dans de nombreux établissements :

Le G.M.P. est en hausse : il passe de 602,6 en 2003 à 670 en 2006. Cette tendance confirme une augmentation du niveau de dépendance qui accompagne le vieillissement de la population, en même temps qu'un recentrage de l'activité d'hébergement sur la part de la population âgée la plus dépendante, conformément à la vocation des établissements et aux orientations de la politique nationale en la matière. Il subsiste néanmoins des zones où les institutions n'ont pas encore opéré le recentrage de leur activité vers cette catégorie de résidents.



Il convient de noter que 33 établissements ( sur 43 ) font état d'un G.M.P. supérieur à 600 en 2006 ( contre 20 en 2003 ). Toutefois, il reste environ 30% des établissements qui accueillent des personnes âgées moyennement dépendantes ( G.M.P. < 600 ).

☒ Des écarts persistants entre l'activité réelle et l'activité autorisée :

A l'examen des données disponibles, un différentiel important entre l'activité théorique des institutions et leur « activité réalisée » apparaît, décroissant sur la période ( 11% en 2003 et 4 % en 2006 ). Ce différentiel atteint 65 634 journée soit 180 places

Une action incitative menée en direction des gestionnaires doit tendre à minimiser cet écart au maximum et rationaliser ainsi l'utilisation des capacités d'hébergement du département.

☒ Une augmentation sensible du nombre de résidents originaires d'autres départements :

On observe une hausse significative de la part des résidents originaires d'autres départements sur la période. ( + 40% ), leur nombre s'élève à 560 en 2006 soit 13% de la capacité totale.

In fine, cette étude rend compte de la nécessité pour le Conseil Général de rester attentif à l'évolution de ces indicateurs d'activité notamment sur les territoires où une tension existe. Une des réponses pourrait passer par le renforcement des places dédiées comme, notamment, les places d'urgence, les unités accueillant des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des places d'accueil temporaire.

## IV – LE CADRAGE DE L'ACTUALISATION

Des développements précédents, on peut retirer un certain nombre de données de cadrage dans un contexte d'accroissement de la longévité sans incapacité

### 1 – Une population très âgée (85 ans et plus) qui s'accroît

2005 : 8 000 personnes  
2010 : 11 183 personnes (+ 40 %)  
2015 : 13 376 personnes (+ 67 %)

### 2 – Une offre d'hébergement en cours d'accroissement

2001 : 4 929 places  
2006 : 5 080 places soit + 151

### 3 – Une offre inégalement répartie sur le territoire

### 4 – Une demande d'entrée en diminution et formulée par des personnes de plus en plus âgées et dépendantes

### 5 – Une population accueillie en établissement caractérisée par :

un nombre de personnes hébergées supérieur à la moyenne nationale (12 % contre 10 %) des personnes âgées de 75 ans et plus

un nombre important de personnes peu dépendantes : 905 soit 18 % de la capacité

### 6 – Une évolution des coûts d'hébergement qui influence les comportements

39 € en 2004  
43 € en 2006 (H + GIR 5/6)  
44 € en 2007

### 7 – Un recours accru à l'APA des personnes plus dépendantes générant un besoin croissant de services à domicile et de logements adaptés

## V – AXES D'ACTUALISATION

### 1 – Conforter le maintien à domicile

- 1.1 – Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire  
Favoriser la formation des aides à domicile
- 1.2 – Développer et accompagner les actions de prévention des effets liés au vieillissement
- 1.3 – Diversifier et adapter l'offre de logement aux besoins des personnes âgées comme alternative à l'entrée en établissement et lutte contre l'isolement

### 2 – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre

- 2.1 – Inciter à l'amélioration rapide de la qualité et de la diversité de l'offre d'accueil et favoriser la coopération entre établissements et entre le sanitaire et le médico-social pour mutualiser les compétences et expériences
- 2.2 – Rendre l'offre accessible à l'ensemble de la population sur tout le territoire
- 2.3 – Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement

### 3 – Assurer le respect de la personne âgée et garantir sa liberté de choix

- 3.1 – Développer les réseaux de coordination gérontologique locaux soutenus par une plate-forme d'information départementale
- 3.2 – Développer une méthodologie de lutte contre la maltraitance
- 3.3 – Consolider et qualifier l'accueil familial

### 4 – Organiser le suivi de la mise en œuvre du schéma

Réunion annuelle de l'IDCG

# **2<sup>ème</sup> PARTIE**



## **PLAN**

## **D'ACTION**

**1 – Conforter le maintien à domicile**

- 1.1 – Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire  
Favoriser la formation des aides à domicile
- 1.2 – Développer et accompagner les actions de prévention des effets liés au vieillissement
- 1.3 – Diversifier et adapter l'offre de logement aux besoins des personnes âgées comme alternative à l'entrée en établissement et lutte contre l'isolement

**2 – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre**

- 2.1 – Inciter à l'amélioration rapide de la qualité et de la diversité de l'offre d'accueil et favoriser la coopération entre établissements et entre le sanitaire et le médico-social pour mutualiser compétences et expériences
- 2.2 – Rendre l'offre accessible à l'ensemble de la population sur tout le territoire
- 2.3 – Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement

**3 – Assurer le respect de la personne âgée et garantir sa liberté de choix**

- 3.1 – Développer les réseaux de coordination gérontologique locaux soutenus par une plate-forme d'information départementale
- 3.2 – Développer une méthodologie de lutte contre la maltraitance
- 3.3 – Consolider et qualifier l'accueil familial

**4 – Organiser le suivi de la mise en œuvre du schéma**

1 – Conforter le maintien à domicile

1.1 – **Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire**

1.2 – Développer et accompagner les actions de prévention des effets liés au vieillissement

1.3 - Diversifier et adapter l'offre de logement aux besoins des personnes âgées et isolées

#### CONTEXTE

Rester à domicile, même lorsque la dépendance s'installe, constitue le souhait de la majorité des personnes.

L'évolution législative récente accompagne ce souhait par l'encouragement au développement des services et des emplois à domicile.

La quantité et la qualité de cette offre méritent d'être développées pour garantir la mise en œuvre des plans d'aide APA et permettre le libre choix des personnes.

#### OBJECTIF

- Permettre aux personnes âgées de recourir librement aux services de leur choix
- Organiser et structurer l'offre de service à domicile
- Garantir, par une procédure adaptée, la qualité des services
- Développer l'hébergement temporaire et l'accueil de jour

#### MESURES PROPOSÉES

##### concernant l'offre de service à domicile

- Mise en place à titre expérimental de relais « aide à domicile »
- Mise en place d'un module de découverte des métiers de l'aide à la personne
- Mise en place d'une action de professionnalisation
- Identification territoriale des besoins de recrutement
- Mise en place d'une campagne d'information sur les métiers de l'aide à domicile
- Mise en place de journées départementales de stages thématiques
- Développement de l'information sur les services d'aide à domicile (SAD)
- Simplification du suivi des prestataires

##### concernant l'offre d'accueil de jour, de nuit d'hébergement temporaire et d'accueil d'urgence

- Quantifier les besoins et les zones sur lesquelles les offres adaptées sont déficitaires
- Solliciter les établissements pour réserver des lits pour l'accueil d'urgence
- Mettre en place une équipe mobile de gériatrie

#### RÉSULTATS ATTENDUS

- Développer et qualifier les services et les emplois à la personne pour garantir les interventions auprès des personnes âgées dépendantes
- Développement de services innovants et complémentaires
- Augmentation significative du nombre de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour
- Organiser l'accueil en urgence

#### PILOTE

Conseil Général - DDTEFP

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

- ANPE, employeurs, organismes de formations, CRAM, Conseil régional, FEPEM, OPCA, DDASS représentants des établissements

1 – Conforter le maintien à domicile

1.1 – Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire

**1.2 – Développer et accompagner les actions de prévention des effets liés au vieillissement**

1.3 - Diversifier et adapter l'offre de logement aux besoins des personnes âgées et isolées

#### CONTEXTE

Si le gain d'espérance de vie est lié essentiellement à des conditions sanitaires, l'espérance de vie sans incapacité peut être accrue par la prévention active des conséquences du vieillissement.

Public ciblé de cette prévention précoce et continue, la tranche d'âge 60-74 ans connaîtra dans les prochaines années une croissance importante.

#### OBJECTIF

- Prévenir les effets liés au vieillissement
- Lutter contre l'isolement
- Accompagner les familles dans la prise en charge de leurs proches

#### MESURES PROPOSÉES

- Mise en place d'une procédure coordonnée et conventionnelle des aides financières aux promoteurs d'actions
- Rédaction d'un règlement d'attribution des aides départementales

#### PILOTE

Conseil Général

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, CRAM, MSA, RSI





#### 1 – Conforter le maintien à domicile

- 1.1 – Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire
- 1.2 – Développer et accompagner les actions de prévention des effets liés au vieillissement
- 1.3 – Diversifier et adapter l'offre de logement aux besoins des personnes âgées et isolées**

#### CONTEXTE

Isolé et sans fonctionnalités, l'habitat peut constituer un facteur aggravant de la perte d'autonomie. Pourtant, en conjuguant l'adaptation de l'habitat, son regroupement et le recours à des aides extérieures, les personnes âgées peuvent demeurer chez elles et être autonomes.

#### OBJECTIF

- Rompre l'isolement des personnes âgées
- Permettre aux personnes âgées de rester à domicile le plus longtemps possible

#### MESURES PROPOSÉES

- Elaboration et signature d'une charte départementale
- Recensement des logements accessibles
- Gestion coordonnée des logements adaptés
- Favoriser le recours aux possibilités d'adaptation des logements par l'information

#### PILOTE

Conseil Général

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

- Association Départementale des Maires, CAUE, bailleurs publics, CRAM, MSA, APF, ADMR, ANAH, DDE



2 – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre

**2.1 – Inciter à l'amélioration rapide de la qualité de l'offre d'accueil**

2.2 – Rendre l'offre accessible à l'ensemble de la population sur tout le territoire

2.3 – Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement

#### CONTEXTE

Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes sont engagés dans une réforme qui structure l'offre d'accueil

#### OBJECTIF

- Favoriser la prise en charge spécifique des personnes atteintes de démences de type Alzheimer (DTA)

#### MESURES PROPOSÉES

- Poursuite de la démarche qualité engagée avec les établissements
- Amélioration de la qualité par une diversification de l'offre d'accueil
- Identification dans les établissements d'unités dédiées à la prise en charge des DTA
- Développement du réseau de soins palliatifs
- Développement de la coopération et mutualisation inter-établissements sur un territoire pilote
- Poursuite du maintien des opérations d'adaptation des établissements à la prise en charge de la dépendance

#### PILOTE

Conseil Général

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, Etablissements, services de soins palliatifs



- 2 – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre
- 2.1 – Inciter à l'amélioration rapide de la qualité de l'offre d'accueil
  - 2.2 – Rendre l'offre accessible à l'ensemble de la population sur tout le territoire**
  - 2.3 – Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement

### CONTEXTE

La plupart des territoires disposent d'une offre d'hébergement dont l'accessibilité dépend de la nature juridique de l'établissement.

Or, l'attente des personnes âgées en demande d'entrée en établissement porte sur un accueil de proximité généralement circonscrit au canton.

### OBJECTIF

- Promouvoir une offre de proximité en adéquation avec les ressources des personnes âgées

### MESURE PROPOSÉE

- Actualisation des besoins de places d'hébergement
- Elaboration concertée d'une convention avec les établissements non habilités à l'aide sociale permettant aux personnes âgées qui le souhaitent d'être accueillies dans un établissement quelle que soit sa nature et quelles que soient les ressources de la personne
- Adapter l'offre à l'accueil de personnes handicapées âgées (cf. schéma personnes handicapées)

### PILOTE

Conseil Général

### PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, Représentants des établissements



- 2 – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre
- 2.1 – Inciter à l'amélioration rapide de la qualité de l'offre d'accueil
  - 2.2 – Rendre l'offre accessible à l'ensemble de la population sur tout le territoire
  - 2.3 – Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement**

#### CONTEXTE

L'état des lieux montre que malgré l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre d'hébergement, les besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes sont inégalement couverts et que des disparités infra-départementales existent.

#### OBJECTIF

- Favoriser l'adaptation et l'évolution de l'offre départementale d'accueil des personnes âgées dépendantes dans une approche territoriale la plus pertinente

#### MESURES PROPOSÉES

- Elaborer une typologie de modes d'accueil dans les établissements
- Mettre en œuvre un système d'information partagé des demandes d'entrée en établissement
- Elaborer un dossier d'admission avec un socle commun d'informations

#### RÉSULTATS ATTENDUS

- Disposer d'un outil de recueil d'informations sur la demande d'entrée en établissement
- Assurer une veille permanente de l'évolution des besoins des personnes âgées en liaison avec les établissements, au sein d'un comité technique
- Disposer d'une connaissance précise des publics accueillis

#### PILOTE

Conseil Général

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, représentants d'établissements





3 – Assurer le respect de la personne âgée et garantir sa liberté de choix

#### 3.1 – Consolider et qualifier l'accueil familial

3.2 – Développer une méthodologie de lutte contre la maltraitance

3.3 – Développer les réseaux de coordination gérontologique locaux soutenus par une plate-forme d'information départementale

#### CONTEXTE

L'accueil familial est l'illustration de la diversité des modes de prise en charge susceptibles d'apporter une réponse adaptée à l'attente des personnes âgées lorsque certaines d'entre elles ne peuvent plus vivre de manière autonome.

Le développement et la qualification des accueillants constituent une garantie supplémentaire à l'exercice du libre choix des personnes.

#### OBJECTIF

- Accroître l'offre d'accueil
- Rompre l'isolement des familles d'accueil
- Améliorer la qualité de la prise en charge

#### MESURES PROPOSÉES

- Mise en place d'une formation continue adaptée aux besoins sur la base d'un plan pluriannuel de formation
- Elaboration d'une campagne d'information

#### PILOTE

Conseil Général

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

Représentants des accueillants familiaux, représentants des établissements

3 – Assurer le respect de la personne âgée et garantir sa liberté de choix

3.1 – Consolider et qualifier l'accueil familial

**3.2 – Développer une méthodologie de lutte contre la maltraitance**

3.3 – Développer les réseaux de coordination gérontologique locaux soutenus par une plate-forme d'information départementale

## CONTEXTE

L'émergence du phénomène de maltraitance des personnes âgées, qui se manifeste aussi bien à domicile qu'en établissement, oblige à une attention particulière.

Si les facteurs de risque sont aujourd'hui assez bien connus, il est désormais nécessaire de savoir les évaluer au moyen d'outils et de procédures appropriées.

## OBJECTIF

- Faciliter l'expression et le recueil des informations signalantes

## MESURES PROPOSÉES

- Diffusion des bases d'intervention des professionnels dans le cadre de la maltraitance
- Disposer d'une culture commune sur la lutte contre la maltraitance
- Formalisation et diffusion des procédures
- Actions de communication à l'intention du public et des professionnels
- Formation au recueil d'une info signalante
- Mise en place d'un observatoire départemental sur les situations de maltraitance et de mise en danger des personnes vulnérables adultes vivant à domicile ou en établissement

## RÉSULTATS ATTENDUS

- Mise en place d'un accueil téléphonique dédié
- Mise en place d'une procédure d'évaluation et d'un mode d'intervention partagé

## PILOTE

Conseil Général

## PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, sites de coordination, services sociaux spécialisés

3 – Assurer le respect de la personne âgée et garantir sa liberté de choix

3.1 – Consolider et qualifier l'accueil familial

3.2 – Développer une méthodologie de lutte contre la maltraitance

**3.3 – Développer les réseaux de coordination gérontologique locaux soutenus par une plate-forme d'information départementale**

## CONTEXTE

Le département de Loir-et-Cher dispose de sites de coordination gérontologique de différentes natures : réseaux et clics. Ces différentes organisations ont des missions et des moyens très différents.

Développée sans ligne directrice, l'organisation actuelle ne couvre pas tout le territoire départemental et manque de lisibilité.

## OBJECTIF

- Répondre aux besoins d'information de la population et des professionnels
- Organiser la coopération professionnelle autour de la personne âgée

## MESURES PROPOSÉES

- Elaboration d'une charte des réseaux locaux de coordination
- Création d'une plate-forme départementale de coordination gérontologique
- Constitution d'une banque de données et site Internet « seniors »

## RÉSULTATS ATTENDUS

- Assurer une couverture géographique complète en suscitant et validant les projets émergents
- Développer une plate-forme départementale en proposant aux CLIC un nouveau cahier des charges
- Rédiger une charte départementale, cadre de développement des réseaux locaux
- Valider les projets émergents

## PILOTE

Conseil Général

## PARTENAIRES ASSOCIÉS

CRAM, MSA, porteurs de projets, DDASS

4 – Organiser le suivi de la mise en œuvre du schéma

**CONTEXTE**

- ❖ Evolution des dispositifs de financement et de programmation (PRIAC – CNSA)
- ❖ Evolution démographique
- ❖ Evolution des comportements
- ❖ Diversification des réponses

**OBJECTIF**

- Evaluer la mise en œuvre des orientations
- Vérifier la validité des orientations

**MODALITÉ**

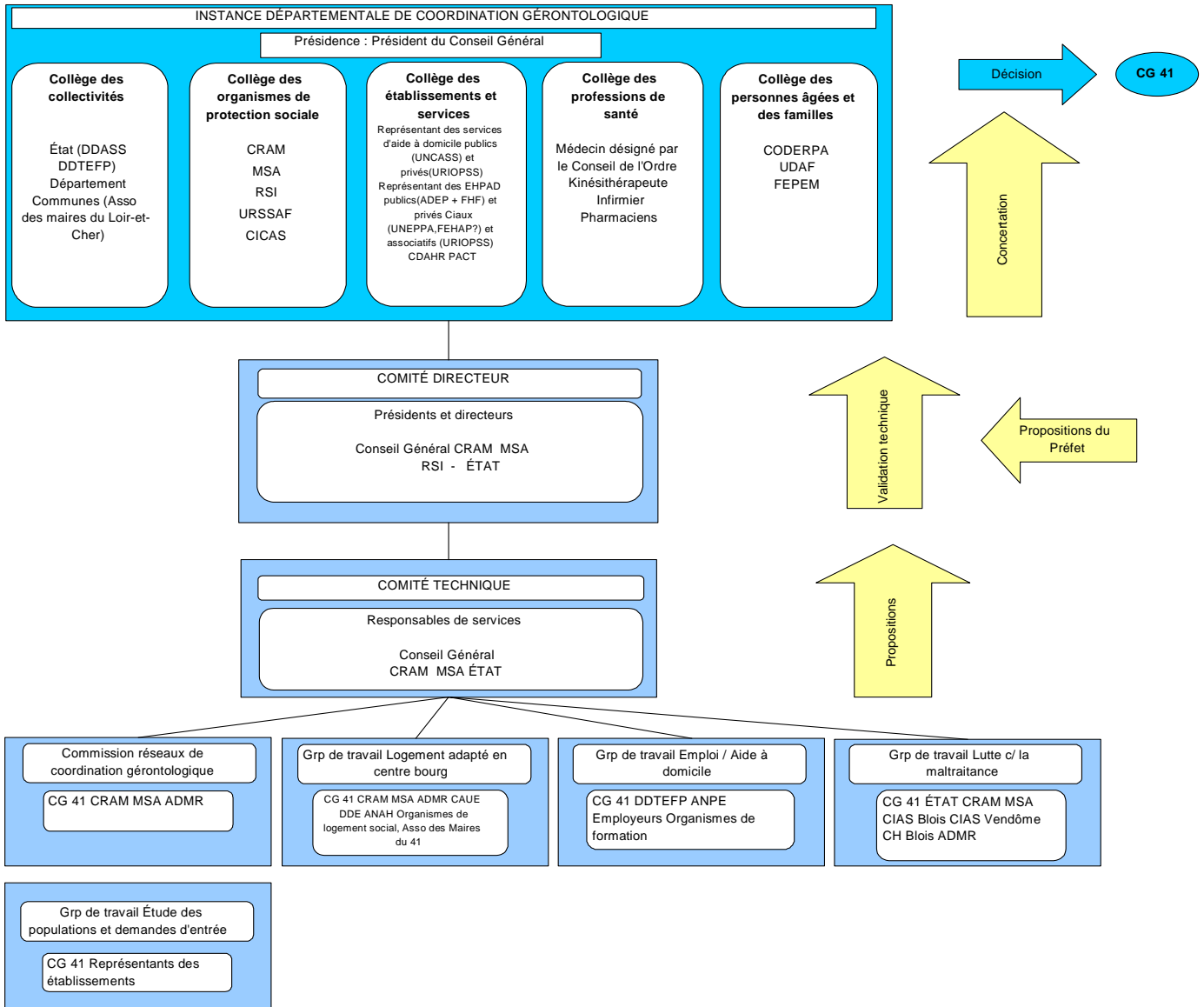
Réunion annuelle de l'IDCG

**RÉSULTATS ATTENDUS**

- Conforter ou amender les orientations

**PILOTE**

Conseil Général



# **ANNEXES**

1 – Conforter le maintien à domicile

**1.1 – Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire**

1.2 – Développer et accompagner les actions de prévention des effets liés au vieillissement

1.3 - Diversifier et adapter l'offre de logement aux besoins des personnes âgées et isolées

#### CONTEXTE

Rester à domicile, même lorsque la dépendance s'installe, constitue le souhait de la majorité des personnes.

L'évolution législative récente accompagne ce souhait par l'encouragement au développement des services et des emplois à domicile.

La quantité et la qualité de cette offre méritent d'être développées pour garantir la mise en œuvre des plans d'aide APA et permettre le libre choix des personnes.

#### OBJECTIF

- Permettre aux personnes âgées de recourir librement aux services de leur choix
- Organiser et structurer l'offre de service à domicile
- Garantir, par une procédure adaptée, la qualité des services
- Développer l'hébergement temporaire et l'accueil de jour

#### MESURES PROPOSÉES

##### concernant l'offre de service à domicile

- Mise en place à titre expérimental de relais « aide à domicile »
- Mise en place d'un module de découverte des métiers de l'aide à la personne
- Mise en place d'une action de professionnalisation
- Identification territoriale des besoins de recrutement
- Mise en place d'une campagne d'information sur les métiers de l'aide à domicile
- Mise en place de journées départementales de stages thématiques
- Développement de l'information sur les services d'aide à domicile (SAD)
- Simplification du suivi des prestataires

##### concernant l'offre d'accueil de jour, de nuit d'hébergement temporaire et d'accueil d'urgence

- Quantifier les besoins et les zones sur lesquelles les offres adaptées sont déficitaires
- Solliciter les établissements pour réserver des lits pour l'accueil d'urgence
- Mettre en place une équipe mobile de gériatrie

#### RÉSULTATS ATTENDUS

- Développer et qualifier les services et les emplois à la personne pour garantir les interventions auprès des personnes âgées dépendantes
- Développement de services innovants et complémentaires
- Augmentation significative du nombre de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour
- Organiser l'accueil en urgence

#### PILOTE

Conseil Général - DDTEFP

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

- ANPE, employeurs, organismes de formations, CRAM, Conseil régional, FEPEM, OPCA, DDASS représentants des établissements

## Mise en place à titre expérimental de relais aide à domicile

### **Description de la mesure :**

- Sur le modèle des relais assistantes maternelles (RAM) proposer aux salariés et aux employeurs un lieu de rencontre et d'information sur :
  - l'offre et la demande d'emploi,
  - l'accompagnement des professionnels
  - le recensement des besoins de formation
  - le conseil aux employeurs et aux salariés

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Meilleure qualité de la prise en charge des personnes âgées employeurs
- Meilleure lisibilité du secteur du particulier employeur
- Sécurisation de l'intervention des professionnels employés à domicile

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Financement du dispositif

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Recherche de partenariat pour éventuellement adosser le dispositif à l'existant
- Recherche d'un animateur



**Partenaires impliqués :**

- OPCA
- SPE
- Conseil Général
- FEPEM

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## Mise en place d'un module de découverte des métiers de l'aide à la personne

### **Description de la mesure :**

- Information sur les métiers des services aux personnes, les compétences et capacités requises, les représentations
- Rencontre avec des professionnels du secteur
- Test des motivations et intérêts professionnels
- Information sur le marché du travail, les entreprises et modalités d'exercice
- Mise en situation professionnelle
- Pour tout public en recherche d'emploi, sur une durée de 2 jours

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Diffuser une information objective et réaliste aux métiers des services à la personne et de potentialités d'emploi afin de cibler les entrées en emploi ou en formation, en associant les employeurs
- Aider à bâtir ou faire évoluer un projet professionnel favorisant l'accès à l'emploi

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Co-financement à rechercher
- Logistique d'accueil à négocier avec les collectivités territoriales intéressées

**Partenaires impliqués :**

- ANPE
- Employeurs
- Conseil Général
- Organismes de formation
- Communes et communautés de communes

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## Mise en place d'une action de professionnalisation

### Description de la mesure :

Délivrer sur une durée de 40 heures un enseignement ne donnant pas lieu à certification mais permettant l'acquisition de savoirs, savoir-être et savoir-faire, nécessaires à l'intégration en emploi dans les métiers de l'aide aux personnes :

- organisation et méthodes de travail,
- entretien des locaux,
- entretien du linge,
- hygiène alimentaire, cuisine familiale,
- aide aux gestes difficiles,
- prévention, hygiène, santé et sécurité,
- sensibilisation à la spécificité de la personne âgée ou handicapée

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Développer une capacité à répondre aux offres d'emploi des entreprises
- Proposer aux employeurs des personnes disposant des savoirs de base
- Préparer l'entrée en emploi ou en formation qualifiante
- Associer les employeurs à la construction des parcours

### Inconvénients éventuels :

### Difficultés/obstacles à surmonter :

- Recherche de co-financement

### Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :

- Elaboration d'un cahier des charges
- Recherche de co-financement

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- Employeurs
- ANPE
- Organismes de formation
- OPCA
- DDTEFP

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## Identification territoriale des besoins de recrutement

### **Description de la mesure :**

- Diligenter une enquête permettant de croiser les prescriptions d'aide à la personne (APA, Action Sociale des caisses) et les demandes d'emploi dans le secteur de l'aide à la personne (fichier ANPE)
- Faire transiter les offres d'emplois par l'ANPE

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

Meilleure connaissance des besoins en recrutement et pré-qualification

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Mobiliser l'Observatoire de l'Economie et des Territoires

### **Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- Caisses de retraite
- ANPE
- DDTEFP

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Mise en place d'une campagne d'information sur les métiers de l'aide à domicile

### Description de la mesure :

- Stands mobiles d'information
- Conception d'une vidéo d'information sur les métiers de l'aide à la personne
- Programmation de campagnes d'affichage

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Meilleure connaissance des métiers de la part des salariés et des particuliers employeurs

### Inconvénients éventuels :

### Difficultés/obstacles à surmonter :

### Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :

- Financement des actions

### Partenaires impliqués :

- DDTEFP
- Conseil Général 41
- Conseil Régional (CRD)
- ANPE
- OPCA
- Organismes de formation
- Employeurs



Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Mise en place de journées départementales de stages thématiques

### **Description de la mesure :**

Proposer à un ou deux salariés par employeur prestataire un stage permettant d'entretenir ou rappeler certaines connaissances professionnelles et actes techniques nécessaires à des prises en charge lourdes (GIR 1-2)

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Meilleure prise en charge des personnes lourdement dépendantes à domicile

### **Inconvénients éventuels :**

- Risque de confusion avec la formation continue obligatoire

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Identifier précisément le besoin
- Elaborer le cahier des charges
- Financement des intervenants

### **Partenaires impliqués :**

- OPCA
- Employeurs
- Conseil Général

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Développement de l'information sur les services d'aide à domicile (SAD)

### Description de la mesure :

Diffusion de l'information relative à l'existence des SAD au travers des outils de communication institutionnels ((site Internet)

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Meilleure connaissance de l'offre de service

### Inconvénients éventuels :

### Difficultés/obstacles à surmonter :

### Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :

### Partenaires impliqués :

- Tout partenaire disposant d'outils de communication appropriés (site Internet, magazine ...)

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Simplification du suivi des prestataires d'aide à domicile

### Description de la mesure :

Elaboration d'une trame commune de rapport d'activité simplifiant le travail des services agréés ou habilités et permettant une approche commune (DDTEFP, CRAM, Conseil Général) du suivi de la qualité de service

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Simplification des procédures
- Suivi commun de la qualité de service

### Inconvénients éventuels :

### Difficultés/obstacles à surmonter :

### Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :

### Partenaires impliqués :

- DDTEFP
- Conseil Général
- CRAM
- Entreprises et associations SAD

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Quantifier les besoins et les zones sur lesquelles les offres adaptées sont déficitaires

### Description de la mesure :

- Envoi d'un questionnaire à l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées : médecins généralistes, infirmiers libéraux, services de soins infirmiers à domicile, centres intercommunaux d'action sociale, services d'aide à domicile bénéficiaires de l'agrément qualité, établissements hébergeant des personnes âgées

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Meilleure connaissance des besoins
- Meilleur ciblage des actions

### Inconvénients éventuels :

### Difficultés/obstacles à surmonter :

### Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :

- Envoi préalable d'un courrier au Président du Conseil de l'Ordre des Médecins pour attirer son attention sur la nécessité de développer des modes d'accueil diversifiés facilitant le maintien à domicile et lui demander de sensibiliser les médecins généralistes à l'intérêt de participer au recensement des besoins

### Partenaires impliqués :

- Conseil Général
- DDASS
- Etablissements
- Services
- Personnels médicaux et para-médicaux
- Syndicats professionnels, ordres professionnels
- Communes



Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Organiser à titre expérimental l'accueil d'urgence en établissement

### **Description de la mesure :**

- A titre expérimental, dans l'attente des résultats de l'enquête, les établissements volontaires pourraient être sollicités pour réserver, dans leurs unités d'hébergement de personnes âgées, un, voire deux lits, à cet accueil dont la durée pourrait être limitée à 15 jours maximum avant la réorientation de la personnes vers le domicile ou un établissement de son choix ou éventuellement du choix de sa famille

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Apporter une réponse nouvelle aux situations d'urgence compromettant le maintien à domicile (décès de l'aidant, situation de maltraitance ...)

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Les établissements concernés pourraient mettre en place une convention de gestion de la vacance des places ainsi créées

### **Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- Etat
- Etablissements

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Mise en place d'une équipe mobile de gériatrie

### **Description de la mesure :**

- Mettre en place une équipe chargée d'aller au domicile de la personne âgée pour :
  - établir une évaluation,
  - constater l'évolution de la pathologie,
  - conseiller et accompagner vers un accueil temporaire ou un hébergement permanent,
  - apporter un soutien aux aidants à domicile, tout en respectant ses choix, en lien avec les acteurs de terrain
  
- Au niveau de l'orientation, le constat de l'évolution de la pathologie pourrait se faire en collaboration avec l'infirmière coordinatrice du service de soins infirmiers à domicile et les infirmières libérales

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Meilleure préparation de l'entrée en établissement
- Meilleure articulation entre professionnels des établissements et des services
- Meilleure qualité du maintien à domicile

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Redéploiement des moyens nécessaires

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Convention de partenariat entre acteurs concernés

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- DDASS
- Etablissements
- Services

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

1 – Conforter le maintien à domicile

1.1 – Accroître, diversifier, adapter et harmoniser l'offre de services sur le territoire

**1.2 – Développer et accompagner les actions de prévention des effets liés au vieillissement**

1.3 - Diversifier et adapter l'offre de logement aux besoins des personnes âgées et isolées

#### CONTEXTE

Si le gain d'espérance de vie est lié essentiellement à des conditions sanitaires, l'espérance de vie sans incapacité peut être accrue par la prévention active des conséquences du vieillissement.

Public ciblé de cette prévention précoce et continue, la tranche d'âge 60-74 ans connaîtra dans les prochaines années une croissance importante.

#### OBJECTIF

- Prévenir les effets liés au vieillissement
- Lutter contre l'isolement
- Accompagner les familles dans la prise en charge de leurs proches

#### MESURES PROPOSÉES

- Mise en place d'une procédure coordonnée et conventionnelle des aides financières aux promoteurs d'actions
- Rédaction d'un règlement d'attribution des aides départementales

#### PILOTE

Conseil Général

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, CRAM, MSA

## Mise en place d'une procédure coordonnée des aides financières aux promoteurs d'actions

### Description de la mesure :

- Elaborer une convention de partenariat permettant de développer les réponses au maintien à domicile dans les secteurs de la modernisation et de la diversification des services, de la formation des personnels, de la coordination gériatrique ... (domaines couverts par la section IV de la CNSA) et élaborer une procédure coordonnée de financement

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Développement coordonné des services à la personne
- Garantir aux personnes dépendantes à domicile des services de qualité
- Soutenir le développement de services innovants

### Inconvénients éventuels :

### Difficultés/obstacles à surmonter :

### Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :

- Convention pluripartenaire

### Partenaires impliqués :

- Conseil Général
- DDASS
- CNSA
- Caisses de retraite
- Prestataires
- OPCA
- Conseil Régional

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

➤ Convention à inscrire dans le champ de la section IV de la CNSA



2 – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre

**2.1 – Inciter à l'amélioration rapide de la qualité de l'offre d'accueil**

2.2 – Rendre l'offre accessible à l'ensemble de la population sur tout le territoire

2.3 – Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement

## CONTEXTE

Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes sont engagés dans une réforme qui structure l'offre d'accueil

## OBJECTIF

- Favoriser la prise en charge spécifique des personnes atteintes de démences de type Alzheimer (DTA)

## MESURES PROPOSÉES

- Poursuite de la démarche qualité engagée avec les établissements
- Amélioration de la qualité par une diversification de l'offre d'accueil
- Identification dans les établissements d'unités dédiées à la prise en charge des DTA
- Développement du réseau de soins palliatifs
- Développement de la coopération et mutualisation inter-établissements sur un territoire pilote
- Soutien de la modernisation et de l'adaptation des établissements à la prise en charge de la dépendance

## PILOTE

Conseil Général

## PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, Etablissements, services de soins palliatifs

## Poursuite de la démarche qualité engagée avec les établissements

### **Description de la mesure :**

- Au moyen des conventions tripartites (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération) améliorer la qualité de prise en charge des résidants
- Poursuivre la médicalisation des établissements accueillants des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et ce par un renforcement du taux de personnel de soins
- Améliorer les conditions d'accueil personnes âgées par le recours à un psychologue et par la promotion des projets d'animation
- Renforcer la professionnalisation des agents en charge de l'accueil des personnes âgées dépendantes
- Maîtriser les coûts à la charge des usagers

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées dépendantes
- Mieux garantir le bien être des résidants
- Assurer le respect de la personne âgée
- Equilibrer l'offre et la demande

### **Inconvénients éventuels :**

Néant

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Moyens financiers à dégager pour y répondre(usager : Etat et Conseil Général)
- Appropriation de cette démarche de qualité par les établissements

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Moyens financiers
- Moyens humains

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- DDASS
- Etablissements
- Région (formation)

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## Une amélioration de la qualité par une diversification de l'offre d'accueil

### **Description de la mesure :**

- Développer dans les EHPAD existants des unités d'accueil adaptées à la prise en charge de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés
- Déploiement de modes d'accueil séquentiel (accueil de jour, hébergement temporaire, garde de nuit, ...)

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Prise en charge mieux adaptée à l'évolution de la demande
- Participer à l'accompagnement des familles
- Favoriser un droit au répit
- Renforcer le maintien à domicile en proposant une palette de service favorisant le libre choix de la personne âgée

### **Inconvénients éventuels :**

Néant

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Moyens financiers à dégager pour y répondre (usager : Etat et Conseil Général)
- Appropriation de cette démarche de qualité par les établissements

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Moyens financiers
- Moyens humains

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général 41
- DDASS
- Etablissements

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## **Développer les coopérations et mutualisations entre établissements et services**

### **Description de la mesure :**

Multiplier les possibilités de coopération par :

- le recrutement de personnel technique partagé entre plusieurs établissements (cette démarche initiée pour les psychologues pourrait être étendue à d'autres catégories d'agents, ex : cadres de santé)
- la mutualisation de compétences administratives et techniques : identification de référent (travaux, ressources humaines, regroupement de certaines fonctions, informatique ...)
- la promotion d'échanges de bonnes pratiques, de formations et stages entre établissements
- l'organisation de prestations diversifiées sur un territoire élargi, ex : accueils de « jour Alzheimer » modulés en fonction du niveau de dépendance
- la promotion de coopérations élargies entre établissements et services sanitaires et médico-sociaux (personnes âgées, adultes handicapés)
- le développement ou la consolidation de partenariats avec les centres hospitaliers (accueil en urgence, appui des pôles gériatriques, de la psychiatrie de liaison, de l'équipe de soins palliatifs)

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Optimisation des ressources
- Mise en œuvre d'une offre graduée complète adaptée aux besoins locaux

### **Inconvénients éventuels :**

Néant

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Domaines et périmètres des coopérations à définir
- Cloisonnements à dépasser

**Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Groupe de travail DGAAS – DDASS et représentants d'établissements
- Incitations financières : crédits non reconductibles
- Conventions de partenariat
- Création de groupements de coopération médico-sociaux

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général 41
- DDASS
- Etablissements

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## Soutien de la modernisation et de l'adaptation des établissements à la prise en charge de la dépendance

### **Description de la mesure :**

- Participation du Conseil Général au financement des opérations d'humanisation des établissements
- Contractualisation avec l'Etat et la Région au travers :
  - le contrat de projet Etat Région (2007-2013)
  - la convention Région-Département (2007-2013)
- Liste des établissements bénéficiaires ci-jointe

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Amélioration de la qualité de la prise en charge
- Réduction du coût supporté par les personnes âgées

### **Inconvénients éventuels :**

Néant

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Moyens financiers à dégager pour y répondre

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Moyens financiers



**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général 41
- DDASS
- CNSA
- Etablissements

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## 1 – Les opérations de restructuration et d’humanisation des établissements accueillant des personnes âgées inscrites au titre des exercices 2000-2006 réalisées ou en cours

- **Dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région (CPER) 2000-2006 :**

- Centre Hospitalier de Blois – La Pinçonnière 1 :	80 lits
- Centre Hospitalier de Blois Croix du Foix/Gaston d’Orléans/Centre de gérontologie :	210 lits
- Hôpital Local de Montrichard :	127 lits
- EHPAD de Salbris :	96 lits
- Maison de retraite de Lamotte-Beuvron :	81 lits
- Centre Hospitalier de Vendôme – Unité Alzheimer :	45 lits
- Centre Hospitalier de Vendôme – Maison de retraite « Les Tilleuls » :	72 lits
- EHPAD de Morée :	80 lits
- Hôpital de Marchenoir :	117 lits

Soit un total de **908 lits**

- **Dans le cadre de la Convention Région-Département 2000-2006 :**

- Maisons de retraite de Neung-sur-Beuvron – La Marolle-en-Sologne :	<b>85 lits</b>
--	----------------

- **Opérations hors CPER et hors Convention Région-Département :**

- Maison de retraite d’Yvoy-le-Marron :	<b>17 lits</b>
---	----------------

Globalement, le Département aura soutenu la restructuration des établissements accueillant des personnes âgées de 1010 lits

## 2 – Les opérations de restructuration et d’humanisation des établissements accueillant des personnes âgées prévues au titre des exercices 2007 à 2013

- **Dans le cadre du Contrat de Projet Etat-Région (CPER) :**

Le montant des opérations engagé par le Département concernant **178 lits** est chiffré à **2,7 millions d’euros**.

- **Dans le cadre de la Convention Région-Département :**

- Sur la liste prioritaire, le montant des opérations engagé par le Département concernant **331 lits** est chiffré à **5,2 millions d’euros**.

- Sur la liste complémentaire, la participation du Conseil Général proposée s’élève à **5,2 millions d’euros** pour **275 lits**.

- **Opérations hors CPER et hors Convention Région-Département :**

La participation du Conseil Général proposée s’élève à **2,6 millions d’euros** pour **255 lits**.

Globalement, le Département propose de financer des opérations à hauteur de **15,6 millions d’euros** pour un total de **1039 lits** au titre de 2007-2013.

- 2 – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre
- 2.1 – Inciter à l'amélioration rapide de la qualité de l'offre d'accueil
  - 2.2 – Rendre l'offre accessible à l'ensemble de la population sur tout le territoire**
  - 2.3 – Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement

## CONTEXTE

La plupart des territoires disposent d'une offre d'hébergement dont l'accessibilité dépend de la nature juridique de l'établissement.

Or, l'attente des personnes âgées en demande d'entrée en établissement porte sur un accueil de proximité généralement circonscrit au canton.

## OBJECTIF

- Promouvoir une offre de proximité en adéquation avec les ressources des personnes âgées

## MESURE PROPOSÉE

- Actualisation des besoins de places d'hébergement
- Elaboration concertée d'une convention avec les établissements non habilités à l'aide sociale permettant aux personnes âgées qui le souhaitent d'être accueillies dans un établissement quelle que soit sa nature et quelles que soient les ressources de la personne
- Adapter l'offre à l'accueil de personnes handicapées âgées (cf. schéma personnes handicapées)

## PILOTE

Conseil Général

## PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, Représentants des établissements

## Actualisation des besoins de places d'hébergement

### **Description de la mesure :**

- A partir des données existantes et dans l'attente de la mise en œuvre de l'étude permanente des demandes d'entrée, réaliser une étude prospective des besoins de places

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Meilleure appréhension de la demande
- Adaptation de la réponse notamment d'un point de vue territorial

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Collecter les études disponibles

### **Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- DDASS

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Conventionnement des établissements non habilités à l'aide sociale

### **Description de la mesure :**

- Elaborer une convention avec les établissements non habilités à l'aide sociale permettant aux personnes âgées d'être accueillies dans un établissement quelle que soit sa nature et quelles que soient les ressources des personnes

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Plus grande proximité de l'offre
- Fluidité des entrées

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Convention élaborée en concertation avec les représentants d'établissements

### **Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- DDASS
- Représentants des établissements

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :



2 – Garantir le bien être des résidents accueillis en établissement et s'assurer de l'adéquation de l'offre

2.1 – Inciter à l'amélioration rapide de la qualité de l'offre d'accueil

2.2 – Rendre l'offre accessible à l'ensemble de la population sur tout le territoire

**2.3 – Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement**

## CONTEXTE

L'état des lieux montre que malgré l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre d'hébergement, les besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes sont inégalement couverts et que des disparités infra-départementales existent.

## OBJECTIF

- Favoriser l'adaptation et l'évolution de l'offre départementale d'accueil des personnes âgées dépendantes dans une approche territoriale la plus pertinente

## MESURES PROPOSÉES

- Elaborer une typologie de modes d'accueil dans les établissements
- Mettre en œuvre un système d'information partagé des demandes d'entrée en établissement
- Elaborer un dossier d'admission avec un socle commun d'informations

## RÉSULTATS ATTENDUS

- Disposer d'un outil de recueil d'informations sur la demande d'entrée en établissement
- Assurer une veille permanente de l'évolution des besoins des personnes âgées en liaison avec les établissements, au sein d'un comité technique
- Disposer d'une connaissance précise des publics accueillis

## PILOTE

Conseil Général

## PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, représentants d'établissements

Orientation n° 2-3 : Veiller à l'adéquation de l'offre par la mise en place d'une méthodologie d'étude permanente des populations accueillies ou en demande d'entrée en établissement

## Elaborer une typologie des modes d'accueil dans les établissements

### **Description de la mesure :**

- Pour chaque établissement, connaître la nature et le nombre de place à savoir :
  - hébergement permanent
  - lits de soins de longue durée
  - hébergement temporaire
  - accueil de jour
  - accueil de nuit
  - accueil d'urgence
  - accueil Alzheimer

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Connaissance de l'offre sur un territoire donné
- Assurer une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'entrée
- Mutualisation des moyens entre les établissements

### **Inconvénients éventuels :**

Néant

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Nécessité d'une organisation et d'une méthodologie très stricte
- Nécessité d'un pilote bien identifié pour la préparation

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Moyens financiers
- Moyens humains

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- DDASS
- Etablissements
- Coordinations gérontologiques

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## Mise en œuvre d'un système d'information partagé des demandes d'entrée en établissement

### **Description de la mesure :**

- Mise en réseau des demandes d'entrée qui permettent, via Internet, une étude permanente des demandes d'entrée en établissement
- La base de données doit être sécurisée par des droits d'accès
- La périodicité de collection des données doit être clairement définie et respectée

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Connaissance de la demande et de l'offre sur un territoire donné
- Assurer une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'entrée
- Mutualisation des moyens entre les établissements
- Mieux orienter les demandes des usagers en précisant que cet outil doit fonctionner dans le strict respect des prérogatives des directeurs des maisons de retraite
- Evaluation des besoins en terme de créations, d'extension de lits et/ou de transformation
- Pilotage et coordination partagée (établissement/institutions) pour une meilleure concertation
- Base de données informatisée, ce qui permet des extractions rapides et fiables

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Nécessité d'un outil convivial
- Nécessité de données fiables
- Nécessité d'une organisation et d'une méthodologie très strictes
- Nécessité d'un pilote bien identifié pour la mise en œuvre
- Nécessité de mobiliser et d'intéresser les différents acteurs

**Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

➤ Logiciel adapté

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- DDASS
- Etablissements
- Coordinations gérontologiques

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## Elaboration d'un dossier d'admission avec un socle commun d'informations

### Description de la mesure :

- Création d'un dossier médical d'admission qui ne serait pas unique mais dont certaines données à renseigner seraient communes à l'ensemble des établissements
- Définition des données communes qui seraient les critères de demandes d'entrée, à savoir :
  - identité de la personne (nom, prénom, âge)
  - numéro de sécurité sociale
  - domicile au moment de la demande
  - girage
  - date de la demande et date d'admission
  - la nature de la demande : accueil permanent, accueil temporaire, accueil d'urgence, accueil de jour, prise en charge spécialisée (ici doit être compris comme accueil de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés)

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Alimentation du système d'information de gestion des listes d'attente
- Mieux cibler les inscriptions multiples
- Eviter les doublons
- Mieux orienter les demandes des usagers

### Inconvénients éventuels :

### Difficultés/obstacles à surmonter :

- Nécessité de ne pas créer un dossier trop complet et trop exhaustif que, si tel était le cas, ne rempliraient pas les médecins généralistes
- Nécessité d'un pilote bien identifié pour la mise en oeuvre
- Nécessité de mobiliser et d'intéresser les différents acteurs

**Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- DDASS
- Etablissements
- Coordinations gérontologiques

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

3 – Assurer le respect de la personne âgée et garantir sa liberté de choix

3.1 – Consolider et qualifier l'accueil familial

**3.2 – Développer une méthodologie de lutte contre la maltraitance**

3.3 – Développer les réseaux de coordination gérontologique locaux soutenus par une plate-forme d'information départementale

## CONTEXTE

L'émergence du phénomène de maltraitance des personnes âgées, qui se manifeste aussi bien à domicile qu'en établissement, oblige à une attention particulière.

Si les facteurs de risque sont aujourd'hui assez bien connus, il est désormais nécessaire de savoir les évaluer au moyen d'outils et de procédures appropriées.

## OBJECTIF

- Faciliter l'expression et le recueil des informations signalantes

## MESURES PROPOSÉES

- Diffusion des bases d'intervention des professionnels dans le cadre de la maltraitance
- Disposer d'une culture commune sur la lutte contre la maltraitance
- Formalisation et diffusion des procédures
- Actions de communication à l'intention du public et des professionnels
- Formation au recueil d'une info signalante
- Mise en place d'un observatoire départemental sur les situations de maltraitance et de mise en danger des personnes vulnérables adultes vivant à domicile ou en établissement

## RÉSULTATS ATTENDUS

- Mise en place d'un accueil téléphonique dédié
- Mise en place d'une procédure d'évaluation et d'un mode d'intervention partagé

## PILOTE

Conseil Général

## PARTENAIRES ASSOCIÉS

DDASS, sites de coordination, services sociaux spécialisés



## Diffusion des bases d'intervention des professionnels dans le cadre de la maltraitance

### **Description de la mesure :**

Identifier et rappeler les bases juridiques :

- droits
- obligations
- coordination
- protection et assistance des agents par l'employeur
- secret professionnel
- partage d'informations

dans lesquelles évolue chacun des partenaires concernés en fonction de leur profession et/ou de leurs missions (différents corps de métier : travailleurs sociaux, médecins, administratifs, soignants..).

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Situer le cadre d'intervention des professionnels et de leur encadrement
- Améliorer leurs positionnements
- Efficacité et efficience dans le traitement des situations
- Gestion optimisée du stress professionnel

### **Inconvénients éventuels :**

Néant

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Exhaustivité de la réglementation
- Actualisation nécessaire liée aux évolutions législatives
- Interprétation des textes
- Vide juridique
- Vulgarisation du langage juridique
- Incidence financière

**Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Recours à des juristes spécialisés (droit hospitalier, droit social, droit administratif, droit civil, droit pénal..)
- Formalisation par écrit (élaboration d'un référentiel juridique commun à tous les partenaires) dont il faut garantir l'accessibilité (extranet, Internet) et l'actualisation. Action pilotée par le Conseil Général
- Organisation d'une journée partenariale d'information « Lutte contre la maltraitance »

**Partenaires impliqués :**

- État
- MSA, CRAM
- Conseil général, entre autres le service juridique
- Autorités judiciaires
- CIAS/CCAS/Réseaux gérontologiques

et tous les professionnels concernés par le dispositif  
Cette liste n'est pas exhaustive.

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

Pour être pleinement efficace, cette mesure nécessite en parallèle une connaissance du fonctionnement des autorités judiciaires locales

## Disposer d'une culture commune sur la lutte contre la maltraitance

### Description de la mesure :

- Élaborer des outils :
  - . glossaire
  - . fiches techniques (les différentes mesures de protection , l'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'hospitalisation d'office, définition de la vulnérabilité, de la mise en danger, de la maltraitance avérée....)
- Les mettre en forme et les reproduire
- Les diffuser
- Les mettre à jour

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Amélioration du service rendu à l'utilisateur
- Discours commun entre les différents partenaires facilitant la communication et le traitement des situations
- Aide au traitement de l'information signalante

### Inconvénients éventuels :

Néant

### Difficultés/obstacles à surmonter :

- Appropriation et « bon usage » de la culture commune par tous les partenaires concernés
- Adaptation des outils en fonction de l'évolution culturelle, législative
- Incidence financière

### Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :

- Élaboration du glossaire et des fiches par un groupe de travail
- Reproduction par l'imprimerie du Conseil Général sous forme de classeur (pour l'actualisation) et sous forme électronique
- Mise à jour (service Personnes Handicapées)
- Diffusion par le service Personnes Handicapées

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général, entre autres la Direction PA-PH, le service de la Communication et l'Imprimerie

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

Chaque partenaire devra veiller à ce que tout nouvel arrivant s'approprie la culture et les outils se rapportant au dispositif

## Formalisation et diffusion des procédures

### **Description de la mesure :**

- Identification du ou des professionnels, destinataires de l'information signalante ou susceptibles de travailler sur le dispositif
- Validation de l'information signalante par le supérieur hiérarchique du professionnel
- Interrogation de chaque partenaire sur les circuits internes de son institution avec objectif de culture commune
- Définition de la population (ex : personne âgée, personne à la retraite) à actualiser de façon régulière afin que chacun ait la connaissance de l'action sociale des partenaires sociaux
- Centralisation en un lieu de l'information sur l'action sociale des partenaires
- Coordination des actions (ex : avec les services de l'État/PASED)
- Élaboration d'un protocole de travail qui déterminerait les interventions des partenaires, la nature des situations à transmettre et/ou à traiter par chacun des partenaires, détermination du niveau d'informations (à visée statistiques)

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Efficacité du service rendu à l'utilisateur
- Lisibilité du dispositif
- Connaissances des partenaires et de leurs actions
- Approche globale de la personne
- Gain de temps
- Réactivité (améliorer l'efficacité de l'intervention)
- Cohérence et coordination des actions

### **Inconvénients éventuels :**

Néant

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Implication de tous les partenaires
- Ne pas tarder à élaborer le protocole
- Rapidité de l'évolution des changements des politiques institutionnelles et de la législation

**Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Modalités d'installation du téléphone
- Fax au service personnes handicapées
- Mise en place d'une formation commune aux professionnels à la réception d'une information signalante (intra/extra). Monter un cahier des charges
- Actualisation régulière de l'action sociale des partenaires
- Rédaction du protocole : constitution d'un groupe de travail pour ce faire
- Bilan régulier pour apprécier l'efficacité du dispositif, actualiser et ajuster si besoin

**Partenaires impliqués :**

- |                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| - Etat                          | - SSIAD               |
| - Services sociaux spécialisés  | - CRAM                |
| - Services d'aide à la personne | - MSA                 |
| - EHPAD – MR                    | - CIAS/CCAS/CLIC      |
| - Association SAUV/AVEC         | - Centres Hospitalier |
| - Conseil Général               |                       |

Cette liste n'est pas exhaustive.

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

Agrandir le groupe de travail à des partenaires sociaux (ex : Mr BOMPAS du Centre Hospitalier de BLOIS – SSIAD)

## Actions de communication à l'intention du public et des professionnels

### **Description de la mesure :**

- Public :
  - . Élaboration d'une plaquette à articuler avec la plaquette du PASED
  - . Campagne d'information (médias) et de diffusion
- En interne au Conseil Général :
  - . Journée dédiée à la présentation du dispositif (procédures)
- Professionnels :
  - . Élaboration d'une plaquette
  - . Journée dédiée à la présentation du dispositif.

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

Amélioration du service rendu à l'utilisateur du fait de la connaissance du dispositif

### **Inconvénients éventuels :**

Absence de maîtrise de la montée en charge du dispositif

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Adaptation des moyens humains pour faire face à la montée en charge du dispositif
- Coût de la plaquette, de la campagne d'infos
- Disponibilité des personnes en charge de la diffusion de l'info

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Constitution d'un groupe de travail pour l'élaboration de la plaquette d'information

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- DDASS
- Etablissements
- CIAS
- Réseaux gérontologiques

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**



## Formation au recueil d'une info signalante

### **Description de la mesure :**

- Mettre en place une formation commune à l'ensemble des principaux partenaires visant à :
  - . identifier clairement la personne en difficultés
  - . identifier et recueillir dans le discours les infos pertinentes et rechercher les autres infos complémentaires
  - . avoir recueilli les éléments permettant l'élaboration de statistiques.
- Élaborer un cahier des charges pour la mise en œuvre de l'action de formation

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Améliorer le service rendu à l'utilisateur
- Obtenir un recueil fiable d'une information au moyen de la « fiche » réception d'une information relative à une personne vulnérable »
- Permettre un traitement plus efficace des situations signalées
- Élaborer des statistiques

### **Inconvénients éventuels :**

Néant

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Identifier les partenaires qui participeront à la formation, voire ceux qui contribueront au financement de la formation
- Incidence financière
- Obtenir l'accord des partenaires sur le programme et l'intervenant choisi
- Mettre en place la formation avant l'action de communication

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Élaboration d'un cahier des charges par le Conseil Général soumis aux partenaires.

**Partenaires impliqués :**

- Conseil Général
- Coordinations gérontologiques
- CIAS

Les partenaires intéressés par cette formation

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

Coût à partager entre les différents partenaires

**Mise en place d'un observatoire départemental sur les situations de maltraitance et de mise en danger des personnes vulnérables adultes vivant à domicile ou en établissement**

**Description de la mesure :**

Élaborer un outil dédié :

- au recueil de données qualitatives et quantitatives
- au traitement des situations
- à l'analyse des situations
- et à l'élaboration de propositions d'actions (prévention, bientraitance, ...)

**Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Centraliser les infos pour connaître la population, ses difficultés et ses besoins permettant de déterminer les actions à mettre en œuvre
- Anticiper les conséquences liées à la démographie

**Inconvénients éventuels :**

Néant

**Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Multiplicité et implication des intervenants
- Fiabilité des informations
- Retour d'informations
- Variété des publics concernés

**Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Assistance de l'Observatoire départemental des territoires (logistique, analyse et étude des données recueillies...)
- Moyens humains
- Constitution d'un groupe de travail partenarial ayant, entre autres, comme objectifs :
  - de définir les indicateurs pertinents (s'appuyer sur les expériences d'autres départements)
  - d'élaborer un cahier des charges pour une formation destinée aux personnes impliquées dans le dispositif
- Élaboration d'un outil de suivi commun DIAST/DPAPH
- Disposer d'un outil de saisie informatique

**Partenaires impliqués :**

- Conseil général, entre autres le service informatique
- Observatoire départemental de l'Economie et des Territoires
- État
- MSA, CRAM
- établissements
- CIAS/CCAS
- réseaux gérontologiques

Cette liste n'est pas exhaustive

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

Nécessité d'une période d'expérimentation (prendre en compte le facteur temps)



3 – Assurer le respect de la personne âgée et garantir sa liberté de choix

3.1 – Consolider et qualifier l'accueil familial

3.2 – Développer une méthodologie de lutte contre la maltraitance

**3.3 – Développer les réseaux de coordination gérontologique locaux soutenus par une plate-forme d'information départementale**

## CONTEXTE

Le département de Loir-et-Cher dispose de sites de coordination gérontologique de différentes natures : réseaux et clics. Ces différentes organisations ont des missions et des moyens très différents.

Développée sans ligne directrice, l'organisation actuelle ne couvre pas tout le territoire départemental et manque de lisibilité.

## OBJECTIF

- Répondre aux besoins d'information de la population et des professionnels
- Organiser la coopération professionnelle autour de la personne âgée

## MESURES PROPOSÉES

- Elaboration d'une charte des réseaux locaux de coordination
- Création d'une plate-forme départementale de coordination gérontologique
- Constitution d'une banque de données et site Internet « seniors »

## RÉSULTATS ATTENDUS

- Assurer une couverture géographique complète en suscitant et validant les projets émergents
- Développer une plate-forme départementale en proposant aux CLIC un nouveau cahier des charges
- Rédiger une charte départementale, cadre de développement des réseaux locaux
- Valider les projets émergents

## PILOTE

Conseil Général

## PARTENAIRES ASSOCIÉS

CRAM, MSA, RSI, porteurs de projets, DDASS

## Elaboration d'une charte des réseaux locaux de coordination

### **Description de la mesure :**

Rédaction du document cadre de développement des réseaux locaux de coordination

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Développement des réseaux locaux dans un cadre méthodologique sécurisé
- Harmonisation de pratiques de coordination gérontologique

### **Inconvénients éventuels :**

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

### **Partenaires impliqués :**

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| ▪ Caisses de retraite    | ▪ EHPAD                       |
| ▪ Conseil Général        | ▪ Etablissements hospitaliers |
| ▪ Communes               | ▪ SSIAD                       |
| ▪ Médecins, paramédicaux | ▪ SAD                         |

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

## Création d'une plate-forme départementale de coordination gérontologique

### Description de la mesure :

Par la mutualisation des moyens, constitution d'un pôle-ressource départemental chargé de :

- l'information, l'accueil, l'orientation, l'animation des pratiques de coordination gérontologique et de soutien aux réseaux gérontologiques locaux
- la constitution et la gestion d'une base de données

### Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :

- Diffusion des informations de façon homogène sur le territoire départemental
- Accès de tous les habitants à cette information
- Animation de la coordination gérontologique
- Diffusion des pratiques de coordination
- Agrégation des observations des besoins

### Inconvénients éventuels :

### Difficultés/obstacles à surmonter :

- Redéploiement des moyens à négocier

### Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :

- Mutualisation des moyens existants en partie subventionnés par le Conseil Général



**Partenaires impliqués :**

- CRAM
- MSA
- CIAS du Blaisois
- CIAS de Vendôme
- ADMR
- Conseil Général

**Degré de priorité (note de 1 à 5) :**

**Observations éventuelles :**

## Constitution d'une base de données et site Internet « seniors »

### **Description de la mesure :**

- Constitution d'une banque de données d'information
- Création d'un site d'information Internet dédié aux personnes âgées

### **Bénéfices attendus de la mise en œuvre de la mesure :**

- Meilleure information sur les dispositifs contribuant à l'exercice d'un choix éclairé

### **Inconvénients éventuels :**

- Ceux liés à l'usage d'Internet

### **Difficultés/obstacles à surmonter :**

- Veiller à une mise à jour régulière

### **Moyens éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mesure :**

- Rattacher le fonctionnement à la plate-forme départementale

### **Partenaires impliqués :**

- Tous les partenaires de l'action gérontologique, producteurs ou détenteurs d'information

Degré de priorité (note de 1 à 5) :

Observations éventuelles :

Avec le Conseil général  
de Loir-et-Cher, je vis bien  
mon département

Direction de la communication, Crédits photos : BananaStock.ltd - Juillet 2008



LOIR-ET-CHER



**Conseil général de Loir-et-Cher**

Hôtel du Département - Place de la République

41020 Blois Cedex

Tél. 02 54 58 41 41 - Fax : 02 54 58 42 13

[www.le-loir-et-cher.fr](http://www.le-loir-et-cher.fr)