



Synthèse

Département de l'Indre

Schéma Gérontologique
2008-2013

Bien vieillir dans l'Indre



Schéma Gériatologique

Édito



Véritable outil de pilotage départemental de politique publique, le schéma gérontologique traduit les défis à relever pour accompagner, dans les meilleures conditions, les aînés. Il décline un programme détaillé d'actions adaptées aux spécificités du territoire indrien.

Face au diagnostic contrasté qui a été réalisé, ce schéma se devait d'être l'affaire de tous. La large concertation avec l'ensemble des acteurs de l'aide aux personnes âgées, a permis d'aboutir à une réflexion partagée et concertée.

On retiendra de ces travaux qu'il est indispensable de développer, pour la personne âgée, les conditions d'un véritable choix de son mode de vie, de veiller à ajuster les réponses actuelles à l'évolution des besoins et de porter une attention particulière à conserver la personne âgée au cœur des politiques gérontologiques.

Forts de ce schéma, nous pouvons mener des actions en vue, non seulement de prendre en charge le "grand âge", mais d'en prévenir les effets en soutenant les actions conduisant au sentiment de "bien-vieillir" dans l'Indre.

Le "bien vieillir" passe par une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Cela vise non seulement les actions ciblées pour prévenir ou retarder l'entrée dans la dépendance, mais aussi à valoriser la place occupée par les personnes âgées dans la vie sociale.

Je souhaite remercier très sincèrement les différents acteurs sociaux qui ont permis la rédaction de ce précieux schéma départemental.

Louis PINTON

Sénateur de l'Indre

Président du Conseil général

Le Conseil général a défini le schéma gérontologique du département de l'Indre pour la période 2008-2013. Ce document contient une étude détaillée de l'existant et dégage les points de satisfaction, de ceux restant à améliorer. Il propose ensuite les mesures d'adaptation pour parvenir à une meilleure prise en compte des besoins et attentes spécifiques des personnes âgées.

Chaque mesure fait l'objet d'une ou plusieurs "fiches actions" qui précisent l'objectif, le public visé, les modalités de mise en œuvre, les partenaires, et le ou les financements prévus.

Ces outils permettront de suivre au jour le jour la réalisation de ce schéma, et de l'adapter aux attentes.

2008-2013

L'Indre possède des points forts...

Trois points forts constituent des atouts importants pour le département.

• **1^{er} atout :**
une politique de soutien à domicile bien ancrée

Cette politique correspond à la volonté des personnes âgées, à l'évolution des conditions de vie et aux dispositions législatives, parmi lesquelles l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Cette APA est généralement utilisée pour une aide à domicile, et aussi pour d'autres prestations comme la téléassistance ou le portage de repas, en complément de l'intervention d'une infirmière libérale ou d'un service de soins infirmier à domicile (SSIAD). L'offre de services est diversifiée et bien utilisée. Concernant la population des plus de 75 ans, la part des bénéficiaires dans l'Indre représente 11,2 % (région Centre 10,2 % - France 11 %).

En outre, des actions complémentaires, qui se sont révélées indispensables, ont été mises en place pour conforter le maintien à domicile : ce sont l'aide aux "aidants naturels" (la majorité des personnes déclarent recevoir l'aide d'un proche), les actions de prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation de l'habitat existant ou la mise en place d'habitat regroupé, généralement en centre bourg.

• **2^e atout :**
une offre d'hébergement développée

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrent plus de 3 200 lits répartis sur tout le département. La moitié de l'équipement départemental est implantée sur la zone d'emploi de Châteauroux alors que la part importante des personnes âgées de 75 ans et plus vivent sur les zones d'emploi de La Châtre et Argenton sur Creuse. Pour autant, les délais d'attente restent raisonnables avec la moitié des entrées réalisée en moins de quinze jours et les deux tiers en moins de 30 jours.

Sur la période 2000-2006, 1 300 lits ont été modernisés, dont 1 124 grâce aux aides de l'Etat, la Région Centre et le Conseil général de l'Indre, dans le cadre du Contrat de plan Etat/Région et de la Convention Région/Département, pour un montant supérieur à 20 millions d'euros.

En plus des EHPAD, l'Indre offre une diversification maîtrisée des modes d'accueils (logements foyers et Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) ; familles d'accueil).



Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrent plus de 3 200 lits répartis sur tout le département.

Conçus dans les années 70-80 pour accueillir des pensionnaires valides, souvent isolés géographiquement ou socialement, ces structures reçoivent aujourd'hui des résidents beaucoup plus âgés - l'âge moyen d'arrivée est de 82 ans - et sont donc concernées rapidement par la prise en charge de la dépendance du "locataire". C'est pourquoi de nouvelles modalités de médicalisation et de tarification votées par le Parlement exigent des normes équivalentes aux EHPAD pour l'accueil des personnes dépendantes et des règles de sécurité incendie. Cela implique une mise aux normes très lourde techniquement et financièrement. Les logements foyers s'interrogent sur leur positionnement futur.

Il en est de même pour les MARPA, foyers logements dont le concept est propre à la Mutualité sociale agricole : respecter l'autonomie de vie des résidents dans un fonctionnement de type communautaire voire familial. Toutefois, l'âge moyen d'entrée étant de 87 ans, il apparaît que la dépendance des résidents peut s'accroître très rapidement. C'est pourquoi, soumises aux mêmes conditions réglementaires, les MARPA devront comme les foyers logements choisir entre accueil exclusif de personnes autonomes ou satisfaire aux normes EHPAD.

Enfin, l'accueil en famille est soutenu par les différents schémas départementaux car il permet de conserver une vie de famille à la personne accueillie. Ainsi 73 accueillants, suivis par le Service d'accompagnement à l'accueil familial (SAAF), proposent une capacité de 111 places.

Schéma Gériatologique

• 3^e atout : un partenariat ancien et solide construit avec l'ensemble des acteurs

Dès 1991, avec la mise en place du Plan d'action gérontologique 91-93, une réflexion sur la prise en charge de la personne âgée est menée et débouche sur la mise en place d'une instance de coordination départementale.

En 1994, les différents partenaires dont les caisses de retraite signent avec le Conseil général une charte de coordination gérontologique, qui aboutira à la création, le 28 juin 1999, de l'Instance de coordination gérontologique départementale (ICGD).

Parallèlement, des réseaux informels se tissent au niveau cantonal entre les différents acteurs pour donner naissance aux réseaux locaux de coordination gérontologique.

Enfin, les travaux de l'ICGD aboutiront notamment à la création du "pôle seniors" sur le portail Cyber-Indre outil d'information pour le public et les professionnels.

En 2000, l'Etat crée un Centre local d'information et de coordination (CLIC) dans chaque département. L'objectif et le fonctionnement correspondent au dispositif à deux niveaux déjà préexistants dans l'Indre. Confiés aux Départements depuis 2005, le CLIC est un guichet unique répondant aux interrogations des personnes âgées, des familles et des professionnels.

D'autres instances assurent le lien entre les différents acteurs dont la personne âgée :

- Le comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) participe aux dialogues entre les autorités et les différents organismes, les professionnels et les retraités.
- Le réseau ETRE INDRE a permis de fédérer le partenariat autour des besoins spécifiques liés à la dépendance psychique dont la maladie d'Alzheimer.
- Le réseau hospitalier est bien adapté puisque tous les hôpitaux proposent des consultations de gériatrie.

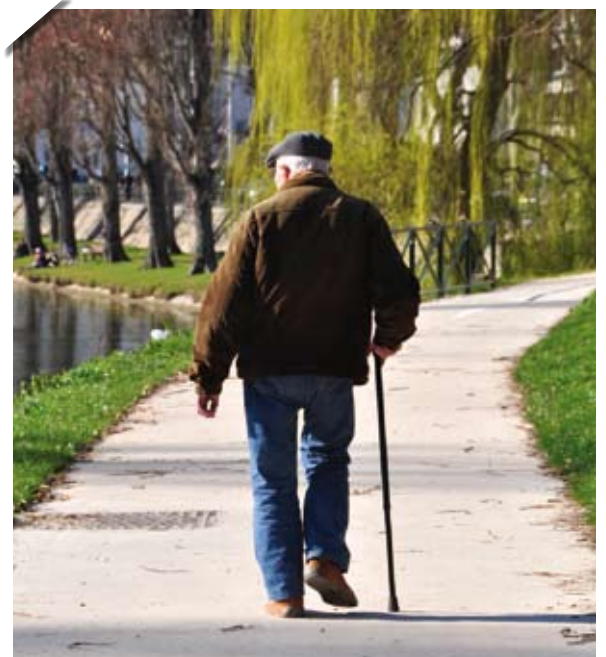
... mais des points restent à améliorer et des solutions à mettre en place

• Le vieillissement de la population départementale

L'Indre est le département le moins peuplé de la région Centre et sa population devrait légèrement diminuer d'ici à 2015. Les décès excèdent les naissances et le solde migratoire bien que positif ne compense pas ce phénomène. Aujourd'hui, répartis géographiquement sur tout le territoire, les plus de 60 ans sont plus nombreux que les moins de 20 ans, et devraient représenter un tiers de la population en 2015.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, c'est pourquoi on les retrouve majoritairement seules lorsqu'elles sont très âgées. Elles sont aussi majoritaires comme bénéficiaires du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), même si ce dispositif concerne de moins en moins de personnes avec la généralisation de l'assurance vieillesse.

C'est logiquement dans le groupe des 85 ans et plus que l'on note le plus grand nombre de personnes dépendantes, nombre qui va s'accroître dans les années à venir. Pour autant cette évolution sera moins spectaculaire que pour les autres territoires, le département de l'Indre ayant déjà "absorbé" l'effet du vieillissement de sa population.



les plus de 60 ans sont plus nombreux que les moins de 20 ans, et devraient représenter un tiers de la population en 2015.

• Les difficultés du maintien à domicile des personnes grandement dépendantes

L'un des enjeux des années à venir est celui de la grande dépendance associée ou pas à la dépendance psychique qui interroge les financeurs, principalement les personnes âgées elles-mêmes et leur famille, le secteur professionnel de l'aide à domicile et les soignants, dans des contextes défavorables de conjoncture économique, de démographie médicale, de soins infirmiers saturés, de faible développement de mode d'accueil relais (accueil de jour, hébergement temporaire).

• Les difficultés des E.H.P.A.D. à répondre à l'évolution de la dépendance et aux besoins de soins

Le défi des E.H.P.A.D. est aussi celui de la prise en charge de la grande dépendance associée à des troubles psychiques de plus en plus fréquents.

Même si la médicalisation des structures est en nette progression, elle reste insuffisante tant à raison du financement sanitaire par lit qu'en égard aux difficultés de recrutement de personnel soignant qualifié et formé.

• La persistance des lignes de fractures

La dichotomie de la politique gérontologique entre les différents acteurs institutionnels du sanitaire, du médico-social, ..., ne fait qu'accroître les difficultés "du terrain" que sont les établissements ou le domicile de la personne.

Une telle situation suppose que soient mises en place les conditions d'un choix entre des solutions qui répondent vraiment aux besoins et qui sont le fruit d'une véritable synergie entre les différents acteurs du secteur pour que la personne âgée se retrouve au cœur des dispositifs.



Le nombre, l'âge moyen et la dépendance des personnes admises en EHPAD augmentent.

I - Les conditions d'un véritable choix

Choisir c'est accéder à l'information, disposer de toutes les réponses possibles dans les limites des capacités financières des personnes.

A - Favoriser l'accès à l'information

- Grâce à la promotion du CLIC auprès des professionnels, associations et particuliers (fiche action n°1)
- En améliorant le "serveur seniors" pour en faciliter l'usage (fiche n°2)

B - Promouvoir et développer la diversité des réponses

- Renforcer les conditions du maintien à domicile :
 - par un accès rapide et adapté de l'APA (fiche n°3) facilitant l'intervention des aides à domicile.
 - par un accompagnement des transformations nécessaires des métiers de la dépendance (fiche n°4).
 - par une offre diversifiée des solutions de répit des aidants naturels, acteurs principaux du maintien à domicile. Ainsi, il faut alors

leur permettre de disposer d'accueil de jour et d'en connaître la possibilité de façon à sécuriser un court déplacement (fiche n°5). Pour une durée plus longue, c'est l'hébergement temporaire qu'il faut mettre en place (fiche n°6) dans le cas de maladie de l'aidant par exemple.

- Le regroupement d'habitants en proximité de centre bourg (fiche n°7).
- Poursuivre le développement de l'accueil familial : cet hébergement individualisé sur un mode de vie familial doit aussi être favorisé (fiche n°8).

C - Contenir les restes à charge

- En établissement.

Grâce à la mise en place de dispositifs financiers adaptés et en respectant une "taille critique" d'environ 80 places, on peut maintenir le prix de journée au niveau des moyens des pensionnaires (fiche n°9).

- À domicile.

L'organisation des plans d'aides conformément aux besoins et aux capacités contributives de la personne évite tout débordement financier (fiche n°10).

II - Les réponses aux besoins

A - Adapter les EHPAD

- *En quantité.*

Le nombre, l'âge moyen et la dépendance des personnes admises en EHPAD augmentent. Il convient donc d'accroître le nombre de places disponibles, en particulier dans le sud de l'Indre (fiche 11). La priorité sera de restructurer les foyers logements. Parallèlement, il convient aussi d'optimiser l'occupation des places existantes (fiche n°12).

- *En qualité.*

La mise aux normes de sécurité et de confort des EHPAD existants sera poursuivie, en prenant en compte les besoins spécifiques des personnes souffrant de dépendance psychique (fiche n°13). Pour les logements foyers et les MARPA, la législation ayant évolué, il leur faudra opter pour une médicalisation et un respect des normes équivalant aux EHPAD ou se limiter à l'accueil de personnes valides (fiche n°14).

La qualité passe aussi par une meilleure répartition et qualification des personnels au sein des EHPAD. Le Plan solidarité grand âge et la validation des acquis de l'expérience sont des solutions face aux difficultés de recrutement de personnels qualifiés (fiche n°15). Parallèlement des lieux ressources sur la dépendance psychique tel que le réseau "Être Indre" devront pouvoir inscrire leur démarche de soutien aux professionnels dans la durée.

B - Faire évoluer l'accompagnement à domicile

1. En répondant au besoin de soins de la personne âgée

Il est prévu pour cela un accroissement du nombre de places de SSIAD ou d'infirmières libérales, dont les interventions seront coordonnées aux aides à domicile (fiche n°16).

Mais il faut également l'intervention du médecin. Or la démographie médicale dans l'Indre est en chute : 214 médecins pour 100 000 habitants contre 338 en moyenne nationale. De plus, de nombreux médecins ont aujourd'hui plus de 55 ans et sont tous en suractivité. C'est pourquoi le Conseil général a décidé d'accorder des bourses aux étudiants en contrepartie d'une installation dans le département. Il favorise en outre la création de Maisons de santé pluridisciplinaires et le développement d'un réseau de télé-médecine (fiche n°17).

Cette volonté de soutenir, voire de renforcer la réponse médicale, doit aussi trouver un écho dans les établissements ou services médico-sociaux (fiche n°18) et établissements sanitaires (fiche n°19).

Aujourd'hui, deux services d'hospitalisation à domicile existent à partir des hôpitaux de Châteauroux et Châtillon. Un autre est en création à partir du Blanc en 2009.

Toutes ces actions doivent permettre aux personnes d'être soignées sur leur lieu de vie.

2. En prenant en compte l'environnement comme condition de maintien à domicile

Dans l'environnement, l'habitat tient bien sûr une place primordiale. Des adaptations du logement permettent de compenser la perte d'autonomie (suppression de marches, aménagement de salle de bains...) et le maintien à domicile devient possible. Ces travaux sont pris en charge dans le cadre d'un Programme d'intérêt général (PIG) (fiche n°20).

La plupart des personnes âgées n'ont pas ou plus de véhicule. Il leur faut pourtant se déplacer pour accéder aux soins, aux services, aux animations. Le Conseil général met en place le tarif unique à 2€, quel que soit le trajet, avec un service de renseignement téléphonique (fiche n°21).

Dans l'environnement des personnes âgées, il faut aussi compter avec le rôle important des aidants qui doivent être soutenus. La proposition consiste à développer des groupes de paroles et à offrir information et formation sur l'ensemble du département (fiche n°22).

3. En accompagnant les associations et services d'aide à domicile dans leur démarche d'amélioration du service

Enfin, les associations d'aide à domicile doivent s'adapter aux besoins tant en quantité qu'en qualité. Pour se faire, une Convention pluriannuelle avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, l'Etat et le Conseil général sera élaborée en vue d'organiser un plan d'accompagnement à la modernisation et la professionnalisation de ces services (fiche n°23).



Des adaptations du logement permettent de compenser la perte d'autonomie (suppression de marches, aménagement de salle de bains...) et le maintien à domicile devient possible.

2008-2013

III - Les personnes âgées au cœur des politiques

Malgré les efforts conjugués de tous les acteurs, des méconnaissances entre secteur social et médical, entre les institutions elles-mêmes, sont à l'origine de la perte d'efficacité. Les domaines d'action sont au nombre de quatre.

A - Renforcement de la coordination autour de la personne âgée

C'est le rôle des coordinations locales, qui doivent veiller à ce que les seniors puissent accéder à l'ensemble des dispositifs de manière adaptée et cohérente (fiche n°24).

Pour y parvenir un outil, le dossier "Maintien à domicile" est mis en place et permettra à tous les partenaires de l'intervention gérontologique de coordonner leurs actions autour de la personne (fiche n°25).

Le développement de la notion de référent permettra également d'améliorer la coordination des services autour de la personne âgée à domicile (fiche n°26).

Enfin, une bonne collaboration entre les différents acteurs passe par l'information. Là encore un outil, la fiche de liaison "Domicile/Hôpital/Domicile" instaure un partenariat entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. Cet outil permet une bonne articulation et coordination entre professionnels, et grâce au travail en amont, évite les situations d'urgence lors des sorties d'hospitalisation (fiche n°27).

B - Décloisonnement des politiques gérontologiques

Les personnes âgées en établissement doivent pouvoir conserver un lien social. C'est pourquoi il est très important de veiller à la mise en place du Conseil de la vie sociale dans chacun des établissements, voire de proposer d'autres modes de participation et de faciliter les relations résident-famille-établissement (fiche n°28).

De leur côté, les secteurs sanitaire, social et médico-social mettent en place des protocoles de bonnes pratiques pour une meilleure utilisation des moyens humains (fiche n°29).

C - Prévention de la maltraitance

Elle se fera par la mobilisation de tous les professionnels, en insistant sur l'importance de l'accompagnement de la relation humaine dans l'accueil des personnes en établissement (fiche n°30).



Les personnes âgées en établissement doivent pouvoir conserver un lien social. C'est pourquoi il est très important de proposer d'autres modes de participation et de faciliter les relations résident-famille-établissement.

Pour les cas dépistés de maltraitance à domicile, il sera organisé localement une procédure de traitement des situations (fiche n°31).

Par ces mesures, il s'agit de veiller à la bientraitance des personnes âgées devenues dépendantes.

D - Poursuite des actions de prévention

La perte d'autonomie arrive petit à petit au fil des ans et la dépendance s'installe à ce rythme. Or une bonne hygiène de vie, le maintien du lien social, de l'activité physique et intellectuelle sont autant d'éléments favorisant le bien-vieillir. C'est le sens des actions de prévention qui doivent donc être maintenues voire développées (fiche n°32).

Enfin, l'ultime action est l'organisation de points d'étape pour vérifier la mise en œuvre de ce schéma (fiche n°33).



Conseil général de l'Indre
Direction de la Prévention et du Développement Social

Centre Colbert - Bât. E - BP 601
36020 Châteauroux Cedex
Tél. 02 54 08 38 09